

DAFTAR PUSTAKA

- Agastya, A. (2009), *Unit Cost Dan Tarif Rumah Sakit (Metode Analisis Dan Cara Perhitungan)*, Gajah Mada, Yogyakarta.
- Aimanah, I.U., Budisuari, M.A. and Supriyanto, R. (2018), "ANALISIS BIAYA PRODUKSI DI UNIT KERJA POLI REHABILITASI MEDIS RUMAH SAKIT X BATANG, JAWA TENGAH", *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 21 No. 1, pp. 8–14, doi: 10.22435/hsr.v21i1.36.
- Aini, A.R. and Rochmah, T.N. (2013), "Optimalisasi Cost recovery Rate Berdasarkan Biaya Satuan Menggunakan Activity Based Costing", *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1 No. 2, p. 7.
- Anderson, G.F. (2007), "From 'Soak The Rich' To 'Soak The Poor': Recent Trends In Hospital Pricing", *Health Affairs*, Vol. 26 No. 3, pp. 780–789, doi: 10.1377/hlthaff.26.3.780.
- Arfiani, M., Fahlevi, H. and Zuraida. (2020), "Cost Recovery Rate dan Pengendalian Biaya di Rumah Sakit: Studi kasus pada Rumah Sakit Pemerintah", Vol. 12, pp. 372–383.
- Aritonang, D.V.A. (2019), *Analisis Cost Recovery Rate (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya, Tarif, Dan Utilisasi Sebagai Dasar Cost Containment Di Rumah Sakit X Sidoarjo*, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Aurelia, A. and Pujiyanti, E. (2017), "Biaya Satuan dan Pemulihan Biaya (Cost Recovery Rate) Layanan Pasien Acute Coronary Syndrome dengan Rawat Inap di Rumah Sakit X Tahun 2015", *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1 No. 3, doi: 10.7454/eki.v1i3.1778.
- Azizan, N., Sutoto and S. Maryam, M. (2020), "Analisis Biaya dan Manfaat Berbagai Skema untuk Pelayanan Hemodialisis di Rumah Sakit DR. Sitanala Tangerang", *JRB-Jurnal Riset Bisnis*, Vol. 4 No. 1, pp. 39–48, doi: 10.35814/jrb.v4i1.1657.
- Bahaswan, S. and Pribadi, F. (2017), "UNIT COST PELAYANAN HEMODIALISIS DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL UNIT COST OF HEMODIALYSIS PROCEDURE WITH THE ACTIVITY BASED COSTING METHODE IN THE ERA OF NATIONAL HEALTH INSURANCE", Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Baker, J.J. (1998), *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Jones & Bartlett Learning.
- Barrows, C.W. (2000), "An exploratory study of food and beverage training in private clubs", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 12 No. 3, pp. 190–197.
- Beck, L., Trombetta, W. and Share, S. (1986), "Using focus group sessions before decisions are made", *North Carolina Medical Journal*, Vol. 47, pp. 73–74.
- Blocher, E.J., Chen, K.H. and Lin, T.W. (2000), *Manajemen Biaya*, translated by Ambarriani, A.S., Salemba Empat.

- Chandra, H. and Naik, A.K. (2005), "Cost awareness And Containment", *OPD Pharmaceutical Services Of A Speciality Hospital*, Vol. 7 No. 1.
- Collins, J.W. and O'Brien, N.P. (2003), *The Greenwood Dictionary of Education*, Greenwood Press, London.
- Dafny, L.S. (2005), "How Do Hospitals Respond to Price Changes?", *THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW*, Vol. 95 No. 5.
- Dumaris, H. (2016), "Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015", *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, Vol. 3 No. 1, doi: 10.7454/arsi.v3i1.2209.
- Febriani, F., Pribadi, F. and Dewanto, I. (2016), "ANALISIS PERHITUNGAN UNIT COST PELAYANAN HEMODIALISIS TERHADAP PENETAPAN TARIF INA-CBG'S DAN TARIF RUMAH SAKIT MEDIKA STANNIA KABUPATEN BANGKA (STUDI KASUS DI RS MEDIKA STANNIA KABUPATEN BANGKA)".
- Foster, G. (1993), *Financial Statement Analysis*, Prentice Hall.
- Gani, A. (1996), "Analisis Biaya Rumah Sakit", Makalah Seri Manajemen Keuangan Pelayanan Kesehatan, Jakarta.
- Gaynor, M. and Town, R.J. (2012), "Competition in Health Care Markets", *Handbook of Health Economics*, Centre for Market and Public Organisation Bristol Institute of Public Affairs.
- Girsang, E., Nasution, S.L.R., Rushd, I. and Andriati, N. (2022), "Analysis of Costs, Tariffs and Utilization of Increased Cost Recovery Rates".
- Gundumogula, M. (2020), "Importance of Focus Groups in Qualitative Research", *The International Journal of Humanities & Social Studies*, Vol. 8 No. 11, doi: 10.24940/theijhss/2020/v8/i11/HS2011-082.
- Handayani, L., Suharmiati, S. and Pratiwi, N.L. (2018), "UNIT COST RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBG'S":, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 21 No. 4, pp. 219–227, doi: 10.22435/hsr.v21i4.45.
- Horngren, C.T., Datar, S.M. and Rajan, M.V. (2018), *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*, Pearson.
- Indiarto, R. (2019), *PERJANJIAN KERJASAMA OPERASIONAL HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT*, thesis, Universitas Airlangga, 15 March.
- Javid, M., Hadian, M., Ghaderi, H., Ghaffari, S. and Salehi, M. (2015), "Application of the Activity-Based Costing Method for Unit-Cost Calculation in a Hospital", *Global Journal of Health Science*, Vol. 8 No. 1, p. 165, doi: 10.5539/gjhs.v8n1p165.
- Jong No, J. and Kleiner, B.H. (1997), "How to implement activity-based costing", *Logistics Information Management*, Vol. 10 No. 2, pp. 68–72, doi: 10.1108/09576059710815725.
- Jorgenson, C.J. (1994), "Cost Awareness in Emergency Department Nurses: Nursing Management", *Nursing Management (Springhouse)*, Vol. 25 No. 6, pp. 65–69.

- Kaplan, R.S. and Atkinson, A.A. (1998), *Advanced Management Accounting*, Prentice Hall.
- Kasie, J.N., Windiyarningsih, C. and Supardjo. (2023), "Analisis Biaya Pemulihan Rumah Sakit Pada Pasien Rawat Inap Penyakit Dalam Yang Menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Firdaus Jakarta Utara", *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*.
- Krueger, R.A. (1994), *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, 2nd ed., Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Krueger, R.A. and Casey, M.A. (2000), *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Kuchta, D. (2011), "Activity-based costing for health care institutions".
- Leitao, B.J. and Vergueiro, W. (2000), "Using the focus group approach for evaluating customers' opinions: the experience of a Brazilian academic library", *New Library World*, Vol. 101 No. 2, pp. 60–65.
- Liamputtong, P. (2013), *Qualitative Research Methods*, 4th ed., Oxford University Press.
- Mahardika, R. (2018), *Ekonomi Kesehatan*, Samudra Biru.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadwi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P. and Prawira, J. (2017), *The Republic of Indonesia Health System Review*, WHO Library Cataloguing-in-Publication data.
- Mardiah, M. and Rivany, R. (2017), "Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015", *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1 No. 4, doi: 10.7454/eki.v1i4.1794.
- Marpaung, R.P. (2011), *PERJANJIAN KERJASAMA OPERASIONAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) DALAM PENGELOLAAN ALAT KESEHATAN*, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Media Info BPJS Kesehatan. (2022), "INFO BPJS KESEHATAN EDISI 104", p. 24.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2010), "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/PER/VII2010".
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013), "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013".
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2023), "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan".
- Morgan, D.L. (1998), *Focus Groups the Qualitative Research*, Sage Publications, Beverly Hills.
- Mulyadi. (2007), *Activity Based Cost System: Sistem Informasi Biaya Untuk Pengurangan Biaya*, 6th ed., UPPAMP YKPN, Yogyakarta.
- Paruntu, S. (2012), *Analisis Cost Awareness dan Cost Monitoring Untuk Efisiensi Biaya Pelayanan di Sub Departemen Radiologi RUMKITAL Dr. Mintohardjo (Studi Kasus: Pelayanan Thoraks AP/PA Foto)*, Universitas Indonesia, Jakarta.

- Patience, O.A., Olufemi, Y.M. and Tjiani, W.A. (2008), "Awareness And Attitude Of Health Care Workers Toward Implementation Of Universal Safety Precautions In Selected Hospital In Ogbomoso Land, Oyo State, Nigeria", *West African Journal Of Nursing*, Vol. 19 No. 2.
- Perkumpulan Nefrologi Indonesia. (2018), "11th Report of Indonesian Renal Registry".
- PERSI. (2023), "RSUP Kandou Manado Sukses Lakukan Transplantasi Ginjal Pertama di Indonesia Timur – PERSI", available at: <https://www.persi.or.id/rsup-kandou-manado-sukses-lakukan-transplantasi-ginjal-pertama-di-indonesia-timur/> (accessed 2 September 2023).
- Petty, C. (1988), "Cost awareness is needed for cost containment", *American Association of Nurse Anesthesiology*, Vol. 56 No. 3, pp. 188–9.
- Porter, M.E. (1985), *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, Free Press.
- Primadinta, Marwati, T. and Solikhah. (2011), "ANALISA COST SHARING PERHITUNGAN TARIF HEMODIALISIS (HD) MASYARAKAT MISKIN DI RUMAH SAKIT UMUM", Vol. 5 No. 3, pp. 162–232.
- Prince, M. and David, M. (2001), "Moderator teams: an extension to focus group methodology", *Qualitative Market Research: An International Journal*, Vol. 4 No. 4, pp. 207–216.
- Pudjirahardjo, W. (1998), *Analisis Biaya Satuan dan Penyesuaian Tarif Biaya Pelayanan Rumah Sakit*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya.
- Rahayuningrum, I.O., Tamtomo, D., Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta, Suryono, A., and Faculty of Law, Sebelas Maret University, Surakarta. (2016), "Comparison Between Hospital Inpatient Cost and INA-CBGs Tariff of Inpatient Care in the National Health Insurance Scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java", *Journal of Health Policy and Management*, Vol. 01 No. 02, pp. 102–112, doi: 10.26911/thejhpm.2016.01.02.05.
- Rahman, F. (2016), "Analisis Biaya Layanan Diabetes Melitus dengan Komplikasi dan Faktor Penentu Inefisiensi Penanganan Diabetes Melitus di Rawat Inap RSUD Banyuasin Tahun 2015", *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, Vol. 3 No. 1, doi: 10.7454/arsi.v3i1.2210.
- Rajabi, A. and Dabiri, A. (2012), "Applying Activity Based Costing (ABC) Method to Calculate Cost Price in Hospital and Remedy Services", *Iranian Journal of Public Health*, Vol. 41 No. 4, pp. 100–107.
- Rechou, Z. (1992), *Cost Awareness Among Staff Level Hospital Nurses*, United States International University, School of Human Behavior, San Diego Campus.
- Sabarguna, B.S. (2007), *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*, Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng - DIY, Yogyakarta.
- Safi'i, A. and Sulistiadi, W. (2020), "Pengaruh Bauran Pemasaran terhadap Kepuasan Pasien yang diperoleh dari Tingkat Kunjungan Pasien ke Rumah

- Sakit: Literature Review”, *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, Vol. 7 No. 1, doi: 10.7454/arsi.v7i1.3675.
- Saver, C. (2010), “The price is right for cost awareness”, *OR Manager*, Vol. 26 No. 11.
- Schmidt, M. (2001), “Using an ANN-approach for analyzing focus groups”, *Qualitative Market Research: An International Journal*, Vol. 4 No. 2, pp. 100–111.
- Stewart, D.W. and Shamdasani, P.N. (2014), *Focus Groups: Theory and Practice*, 3rd ed., Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Subanegara, H.P. (2010), “Modul Cost Containment (Pengendalian Biaya di Rumah Sakit)”.
- Sudirman, I. (2020), *Buku Ilmiah Strategi Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Unit Cost*, Penerbit Nas Media Pustaka, Makassar.
- Sulistyarini, N. and Moediarso, B. (2022), “Analisis Biaya Unit Pelayanan Otopsi dengan Metode Distribusi Ganda”, *Jurnal Kedokteran Forensik Indonesia*, Vol. 4 No. 3.
- Sumiati, S., Witcahyo, E. and Ramani, A. (2020), “Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) dengan Metode Activity Based Costing (ABC) di Poliklinik Jantung RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso”, *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Vol. 4 No. 2, doi: 10.7454/eki.v4i2.2956.
- Supriadi, S. (2013), “Cost Recovery Rate Unit Hemodialisa Rumah Sakit ABC Tahun 2006-2008”, *Jurnal Vokasi Indonesia*, Vol. 1 No. 1, doi: 10.7454/jvi.v1i1.9.
- Suryana, A. (2006), “Aplikasi Simulasi Biaya Operasional Rumah Sakit Umum Daerah di Propinsi Lampung dengan Metode Double Distribution dalam Upaya Membantu Menyiapkan Pola Tarif Pelayanan Rumah Sakit Swadana yang Terjangkau oleh Masyarakat”, *Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi (SNATI)*.
- Tadiontong, M. and Lestari, A. (2011), “Peranan Activity-Based Costing System Dalam Perhitungan Harga Pokok Terhadap Peningkatan Profitabilitas Perusahaan (Studi Kasus pada PT Retno Muda Pelumas Prima Tegal)”, p. 27.
- Trisnantoro, L. (2018), *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*, UGM PRESS.
- Turban, E. (1980), *Cost Containment in Hospitals*, Aspen Pub, London, England.
- Twinn, S. (1998), “An analysis of the effectiveness of focus groups as a method of qualitative data collection with Chinese populations in nursing research”, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28 No. 3, pp. 654–661.
- Ulandari, L.P.S., Ilyas, Y. and Indrayathi, P.A. (2021), “Strategi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional dengan Metode Balanced Scorecard: Studi Kasus di Rumah Sakit X Tangerang Tahun 2018”, *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Vol. 5.
- Verdika, R., Nurdin, N. and Kusnadi, D. (2022), “ANALISIS PERBANDINGAN BIAYA SATUAN PELAYANAN HEMODIALISA DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING (ABC) TERHADAP TARIF RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBGS SERTA COST RECOVERY RATE (CRR)”, *Humantech : Jurnal*

Ilmiah Multidisiplin Indonesia, Vol. 1 No. 12, pp. 1907–1922, doi: 10.32670/ht.v1i12.2521.

Werner, R.M., Kolstad, J.T., Stuart, E.A. and Polsky, D. (2011), “The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement”, *Health Affairs*, Vol. 30 No. 4, pp. 690–698, doi: 10.1377/hlthaff.2010.1277.

Lampiran 1. Formulir Observasi Pelaksanaan *Cost Awareness*

Kesadaran Biaya (<i>Cost Awareness</i>)		
No	Perihal	Hasil
1	Menggunakan telepon untuk ngobrol/keperluan pribadi	Ya/Tidak
2	Meletakkan gagang telepon tidak pas	Ya/Tidak
3	Setelah menggunakan toilet membiarkan air meluber	Ya/Tidak
4	Tidak ada tugas bergilir untuk mengontrol air	Ya/Tidak
5	Tidak langsung mematikan listrik jika telah selesai menggunakan alat listrik	Ya/Tidak
6	Membiarkan lampu menyala 24 jam	Ya/Tidak
7	Tidak ada kesadaran untuk mematikan listrik jika ada rekan yang lupa	Ya/Tidak
8	Tidak ada tugas bergilir untuk mematikan lampu	Ya/Tidak
9	Menggunakan bahan habis pakai tidak sesuai indikasi	Ya/Tidak
10	Kerja sambil melakukan hal lain (ngobrol, makan, nonton)	Ya/Tidak
11	Meninggalkan lokasi kerja saat jam kerja	Ya/Tidak

Lampiran 2. Daftar Poin Pertanyaan Wawancara Mendalam Tidak Terstruktur Mengenai Pelaksanaan Cost Containment

Kesadaran Biaya (<i>Cost Awareness</i>)		
No	Poin Pertanyaan	Uraian
1	Pengetahuan	Pengetahuan/ kesadaran petugas instalasi hemodialisis akan biaya yang dikeluarkan untuk setiap tindakan pelayanan hemodialisis
2	Pemahaman	Pemahaman petugas instalasi hemodialisis akan pentingnya biaya-biaya yang telah dikeluarkan dalam tindakan pelayanan hemodialisis
3	Sikap	Sikap petugas instalasi hemodialisis akan biaya-biaya untuk pelayanan hemodialisis
Pemantauan Biaya (<i>Cost Monitoring</i>)		
No	Poin Pertanyaan	Uraian
1	Kebijakan tentang pemantauan penggunaan anggaran /biaya	Kebijakan yang dibuat dan ditetapkan oleh manajemen rumah sakit untuk memantau biaya-biaya yang direncanakan dan telah digunakan
2	Proses pelaksanaan manajemen dalam pemantauan biaya	Proses pelaksanaan manajemen dalam melakukan pemantauan biaya yang telah dikeluarkan untuk pelaksanaan layanan hemodialisis. Berapa biaya yang telah dikeluarkan dan apakah sudah sesuai dengan kebijakan rumah sakit
3	Evaluasi (penilaian) akan biaya-biaya yang telah dikeluarkan	Sistem penilaian yang dilakukan untuk biaya-biaya pelayanan hemodialisis

Manajemen Biaya (<i>Cost Management</i>)		
No	Poin Pertanyaan	Uraian
1	Perencanaan (<i>Planning</i>)	Upaya penyusunan anggaran biaya pelayanan hemodialisis
2	Pengorganisasian (<i>Organizing</i>)	Alokasi sumber daya ke departemen/unit yang berbeda sesuai dengan kebutuhan
3	Pelaksanaan (<i>Actuating</i>)	Pencatatan atau pembukuan harian atas biaya yang dikeluarkan
4	Pengendalian (<i>Controlling</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Analisis realisasi kegiatan berdasarkan laporan yang telah dibuat • Langkah perbaikan/koreksi yang dilakukan untuk mengendalikan biaya
5	Evaluasi (<i>Evaluation</i>)	Evaluasi hasil dari upaya manajemen biaya, termasuk sejauh mana tujuan anggaran tercapai, apakah ada peningkatan efisiensi, dan dampaknya terhadap keberlanjutan finansial rumah sakit.
Pemberian Insentif (<i>Cost Incentive</i>)		
No	Poin Pertanyaan	Uraian
1	Kebijakan	Kebijakan pemberian insentif dari manajemen
2	Pemberian insentif	Pemberian insentif kepada pegawai yang dapat melakukan penghematan biaya, rajin, tidak terlambat

Lampiran 3. Rincian Biaya Langsung Tindakan Hemodialisis Rumah Sakit Tk II
Pelamonia Makassar

Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)

BHMP KSO	Kuantitas	Harga Satuan	Total	Total Harga + PPN 11%
Set Arterial-Venous Blood Tubing Set	1	Rp97.800	Rp97.800	Rp108.558
Bio Card G Natrium Bikarbonat (750g)	1	Rp82.200	Rp82.200	Rp91.242
Dialyzer Polypure 16S	1	Rp172,000	Rp172.000	Rp190.920
AV Fistula Needle 16G	2	Rp9.750	Rp19.500	Rp21.645
Hemosafe Acid Concentrate	1	Rp81.000	Rp81.000	Rp89.910
Total BMHP KSO			Rp452.500	Rp502.275

BHMP Lain-Lain	Kuantitas	Harga Satuan (sudah termasuk PPN)	Total
HD Pack	1	Rp45.000	Rp45.000
NaCl 0,9%	3	Rp6.500	Rp19.500
Infus Set	1	Rp19.000	Rp19.000
Total BMHP lain-lain			Rp83.500

Total Biaya BMHP:

Rp502.275 (BMHP KSO) + Rp83.500 (BMHP Lain-Lain) = **Rp585.775**

Obat-Obatan

Jenis Obat	Kuantitas	Harga Satuan	Total
Eritropetin ampul	2/3	Rp93,500	Rp62,333
Zat besi ampul	1/3	Rp74,800	Rp24,933
Heparin vial	1/5	Rp58,456	Rp11,691
Total Biaya Obat			Rp98,958

Laboratorium

Penunjang	Tarif	Pembagi	Satuan
DR/ 1 bulan	Rp50,000	12	Rp4,167
Ur Cr/ 3 bulan	Rp66,000	36	Rp1,833
HIV HBsAg/ 6 bulan	Rp160,000	72	Rp2,222
Total			Rp8,222

Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan



Wawancara dengan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi



Observasi Pelayanan Hemodialisis



Focus Group Discussion (FGD) dengan Manajemen

Lampiran 5. Transkripsi Focus Group Discussion (FGD)

Partisipan 1

Sangat menarik ya, minimal ini akan memberikan masukan buat kita bahwa memang selama ini untuk unit HD itu rasa-rasanya agak merugi ya. Setelah dihitung ada nilai minus dari antara penghasilan sama cost yang harus dikeluarkan. Ya memang dari hasil perhitungan unit cost adan perbedaan antara tarif rumah sakit sama tarif INA-CBGs. Memang yang jelas tarif INA-CBGs kan kita nggak bisa koreksi lagi karena itulah yang memang berlaku untuk semuanya. Tetapi kalau khusus untuk tarif rumah sakit, apakah akan seperti ini? Tentu kita harus koreksi juga. Yang bisa dilakukan adalah tarif rumah sakit kita naikkan atau biayanya yang kita efisienkan. Nah cuma kan disini mesin HD kita kan KSO dengan pihak ketiga dan ada kontrak perjanjian yang sudah ditetapkan antara rumah sakit dalam hal ini mereka menyediakan mesin dan kita harus memesan BHP dari mereka. Nah apakah BHP itu sama dengan harga dasar yang beredar di pasaran atau sudah dimasukin biaya dari nilai KSO-nya itu seperti nilai investasi alatnya. Tentunya pasti sudah dinaikkan harganya kan. Sehingga itu tentunya harus jadi bahan pertimbangan sendiri terkait harganya perlu kita evaluasi ulang, apakah persentase atau perjanjian dengan KSO tersebut harus kita ubah? Biar costnya itu menurun. Misalnya kalau kita ubah PKS-nya tentunya akan membuat harga dari BHP itu turun juga.

Partisipan 2

Kalau saya, mau melihatnya antara tarif rumah sakit dengan INA-CBGsnya. Nah menurut saya mungkin karena tarif yang selama ini kita gunakan tarif yang dikasih ya dan bukan hasil analisis unit costnya rumah sakit. Sehingga kalau mungkin dibuat analisisnya rumah sakit, tarif rumah sakit itu sendiri mungkin bisa mendekati nilainya INA-CBGsnya. Karena beberapa penelitian yang saya lihat menggunakan ABC ini biasanya itu lebih rendah daripada INA-CBGs Karena ini INA-CBGs itu kan sudah diteliti dengan harga segitu. Mungkin dari listrik atau air karena saling menyambung dengan unit lain.

Moderator

Kalau untuk listrik saya menghitung secara manual, jadi saat dilakukan tindakan hemodialisis ke pasien saya hitung listriknya dengan wattmeter didapatkan hasil 2,26kWh. Sehingga biaya listrik di direct overhead cost saya hitung dengan asumsi tarif listrik rumah tangga sebesar Rp 1.500/kWh dikalikan jumlah tindakan selama tahun 2023, yakni 3.787 tindakan. Karena dari tagihan listrik meteran yang tersambung ke unit HD agak besar tarifnya dan ada faktor subsidi yang tidak diketahui besarnya, harus konfirmasi lagi ke PLN. Untuk air berdasarkan tagihan PDAM sebesar Rp 12.300/m³ saya kalikan dengan 150 liter/dm³ yang digunakan mesin HD dalam satu kali tindakan dan jumlah tindakan selama tahun 2023.

Partisipan 2

Baik kalau begitu sudah cocok, saya kira tidak dihitung sehingga bisa bias. Sebenarnya kami punya keinginan agar kita menghitung unit cost seluruh tindakan pelayanan di rumah sakit. Supaya kita bisa sesuaikan tarif baru rumah sakit dan berapa banyak kerugian yang rumah sakit alami dengan menggunakan tarif INA-CBGs yang merupakan mayoritas pendapatan rumah sakit. Kalau misalnya kita sudah menghitung, ini kan kita bisa pakai untuk bargaining/ menawar ke BPJS. Karena kan lebih tinggi daripada INA-CBGs karena tujuan sebenarnya bikin unit cost itu untuk bahan penawaran ke sana, supaya kita bisa misalnya bilang ini biayanya INA-CBGs segini sedangkan kami pengeluarannya harusnya segitu. Saya kira itu.

Partisipan 3

Iya jadi biaya satuan memang lebih tinggi daripada tarif INA-CBGs. Kalau saya sudah tanya dulu sebenarnya memang rugi kalau per satuan. Ini yang dikejar rumah sakit adalah biaya sampingan atau biaya ikutan dengan pasien misalnya dengan membawa pasiennya jadi ada biaya parkir, makan, jadi dia rumah sakit akan mengejar disitu. Yah makanya ini kalau HD itu biasanya 20 mesin baru bisa running bagus. Kalau kita masih 10 mesin pasti rugi. Karena multiplier effect-nya belum dapat. Ini rumah sakit lain kan saya cek disana, rumah sakit itu sudah hitung bahwa 30 lebih mesinnya baru dia bisa untung. Dan ini belum hitung lagi biaya sampah medisnya rumah sakit itu paling banyak itu justru dari HD. Di rumah sakit itu bahkan 50% sampah medisnya dari HD. Jadi menurut saya salah satu langkah agar bisa nutup ya efisiensi yakni dengan menambah mesin.

Moderator

Kalau dari dokumen sendiri sebenarnya pihak ketiga menyediakan 30 mesin. Saat ini yang sudah ada baru 12 mesin dan akan ditambah bila memenuhi target tertentu, yakni 450 tindakan/mesin/bulan

Partisipan 4

Untuk kapasitas mesin per hari itu ada 2 shift jadi kalau penuh 12 mesin itu bisa terima 24 pasien per hari. Tapi sekarang ini pasien lagi kurang. Kenapa kurang? Karena saat ini sudah banyak sekali rumah sakit yang membuka unit HD. Kalau untuk BHP dan obat yang dihitung di penelitian memang kondisi yang ideal dan rutin. Tapi kenyataannya bisa bervariasi. Kadang kalau pasien baru prosesnya hanya 2 jam, jadi disitu kita bisa hemat selain dari penggunaan listrik air juga karena BHPnya seperti cairan acidnya kami tidak buang dan tampung untuk digunakan kembali. Begitu juga dengan AV Fistula dipakai hanya di pasien dengan cimino, kalau DLC tidak dipakai. Di situ letak strategi penghematan yang bisa dilakukan. Selain itu ada juga BHP non KSO seperti infus set. Di tahun 2023 kemarin bervariasi harganya dan menurut saya harganya terlalu tinggi Rp 20.000-40.000. Rugi karena kita kan 1 kali pakai hanya 4-5 jam dibuang tidak seperti perawatan kan yang sehari-hari. Jadi saya sempat sampaikan ke manajemen, jangan ambil harga segini rugi rumah sakit. Nah akhirnya sekarang dapat yang harga Rp 8.000 sudah oke. Tambahan lagi

mengenai penunjang kita bisa arahkan pasien untuk ambil darah untuk periksa laboratorium rutinnnya lewat poliklinik. Kita edukasi sekalian ketemu dengan dokter spesialisnya. Sehingga bisa tekan biaya langsungnya juga. Itu yang sementara kami sedang upayakan.

Partisipan 5

Yang dari penelitian ini ya hasilnya seperti itu. Yang partisipan 4 sampaikan adalah salah satu strategi itu konsumsi internal. Yang mau saya tambahkan yang disampaikan peneliti bahwa penyusutan tidak dimasukkan karena instansi pemerintah, tanah dan bangunan milik pemerintah. Saran saya untuk selanjutnya tetap masuk namanya penyusutan gedung tetap harus ada. Terimakasih

Moderator

Iya sebenarnya lebih bagus lagi kalau ada biaya penyusutan tapi tidak ada data mengenai harga tanah dan gedung dari rumah sakit

Partisipan 5

Sebenarnya ada tapi di sidam atau simak, tapi ya begitu aksesnya.

Partisipan 2

Iya, susah memang akses

Partisipan 6

Saya ingin mempertanyakan kenapa bisa rugi, padahal perhitungan saya tidak begitu. Misalnya contoh nih dari paket tarif INA-CBGs Rp 950.500, kita anggap yang rutin saja habis langsung, BHP KSO setelah PPN itu Rp 502.275, disitu keluar Rp 448.225 untuk rumah sakit dan 30% untuk dokter keluarlah Rp 134.467, sehingga rumah sakit terima Rp 313.758. Itu dikurangi obat Rp 98.958 dan penunjang Rp 8.222 jadi total pendapatan rumah sakit bersih itu Rp 206.578. Nah ruginya dimana rumah sakit itu.

Partisipan 2

Biaya overheadnya itu yang listrik dan air

Partisipan 6

Iya, saya tahu tapi ini Rp 206ribu loh tinggal dikurangnya dengan listrik perawat dan lain-lain sampai segitu kah?

Moderator

Iya, ada biaya overheadnya sudah sampai Rp269.849, dan juga untuk jasa pelayanan saya hitung real yang dikeluarkan oleh bendahara tiap bulan ke dokter dan perawat. Selain itu harga BHP yang sebelumnya dihitung hanya KSO saja, belum BHP di luar KSO seperti infus set, HD pack dan lain-lain. Jadi pada penelitian ini metode yang digunakan untuk menghitung unit cost itu mempertimbangkan biaya

selain yang dikeluarkan langsung untuk pelayanan pasien. Tapi juga biaya tidak langsung baik dari unit HD dan unit non fungsional yang tidak menghasilkan tapi tetap mengeluarkan biaya untuk beroperasi.

Partisipan 6

Iya kalau mungkin penelitian ya begitu, tapi yang terjadi kan ada penghematan seperti yang disampaikan partisipan 4. Jadi saya agak keberatan kalau disampaikan bahwa kita rugi sebesar itu.

Moderator

Iya dari penelitian menghitung kondisi yang ideal untuk satu kali tindakan hemodialisis. Adapun penghematan yang disebutkan sebelumnya itu adalah salah satu bentuk strategi. Tujuan dihitungnya unit cost adalah untuk memberikan gambaran ke rumah sakit bahwa ternyata unit cost sebesar sekian. Dari hasil penelitian hasilnya terlebih lebih besar dari tarif INA-CBGs maupun rumah sakit sehingga terjadilah FGD ini kita berkumpul untuk menyusun strategi agar bisa lebih efisien dan optimal.

Partisipan 4

Iya, salah satu yang bisa kita lakukan lagi. Saya dapat saran dari unit HD rumah sakit lain. Bahwa sebaiknya injeksi obat eritropetin dan zat besi dilakukan di poliklinik juga. Sehingga itu bisa jadi pengurang untuk biayanya lagi.

Partisipan 1

Ada hal yang menarik ya. Ini kan kita mencari jalan gimana cara rumah sakit untuk efisien. Memang jelas dari perhitungan peneliti untuk biaya yang normal ya memang ada terjadi minus melampaui dari baik harga tarif rumah sakit maupun harga tarif BPJS. Ini kan salah satu faktornya adalah jasa. Ya di satu sisi memang kalau misalnya kita bandingkan dengan rumah sakit lain ya pasti komponen jasa kita lebih tinggi, jadi nilai penambah ya. Cuma ga mungkin kan kita mau efisiensi jasa karena itu kebijakan yang sudah berlaku sekarang.

Moderator

Kalau di biaya langsung proporsi jasa sekitar 22,44% dokter perawat gabung

Partisipan 3

Kalau yang saya tahu memang dari proporsi BPJS memang proporsinya 20% jasa dokter di angka proporsional

Partisipan 6

Solusi yang kita berikan itu, kita berorientasi sama PKS. Di PKS itu kan ada 30 mesin, sementara kita yang terpasang ini baru 12 mesin ya. Nah di akhir bulan ini, perjanjian kita itu ada penambahan 8 mesin jadi totalnya itu 20, cuman ragu pasien yang kurang. Jadi kalau misalnya mesinnya banyak dan didukung dengan pasien

banyak saya rasa kita akan mendapat keuntungan. Cuma permasalahannya kalau mau ditambahkan baru pasien juga kurang.

Partisipan 5

Karena HFISnya DPJP Ginjal Hipertensi cuma satu hari seminggu dan cuma beberapa jam di sore hari, jadi tidak bisa banyak pasien. Harusnya tambah jadwal poli, kalau mau banyak pasien. Seandainya DPJP juga buka poli beberapa hari dalam seminggu juga pasti pasien banyak datang.

Partisipan 3

Iya, kan kapasitas satu mesin per hari 2 pasien. Jadi kalau nanti akhir bulan sudah ada 20 mesin artinya bisa maksimal 40 pasien per hari. Nah sekarang bagaimana jumlah pasien per hari

Partisipan 4

Iya sekarang ini ada 12 mesin, harusnya 24 tindakan maksimal per hari. Nah sekarang ini kadang cuma 16 pasien. Kadang lebih rendah lagi dari itu. Saya sampai hubungi DPJP untuk mengirim pasiennya yang mau HD ke rumah sakit. Beliau sampaikan kembali memang sudah mulai berkurang pasien karena sudah banyak unit HD terbuka, sabar saja. Memang lagi kurang-kurang ini pasien, tapi sekarang sudah menetes-netes lagi. Tapi mohon maaf mungkin memang ada pengaruhnya untuk poliklinik tapi tidak terlalu signifikan. Karena rata-rata pasien itu banyak masuk dari IGD dan yang rujukan. Kalau poliklinik ada, tapi tidak terlalu banyak. Saya juga sudah sempat memang sampaikan juga ke DPJP tapi beliau juga sudah full jadwalnya waktunya kurang, sehingga hanya bisa meluangkan waktu di jadwal polikliniknya yang sudah terdaftar dan visit saat pasien masuk rawat inap. Jadi ya kendalanya juga disitu, memang dari jumlah pasien yang sedikit. Kalaupun misalnya nanti pasien membludak, mesin ditambah, unit HD juga sudah siap tambah shift jadi 3 shift per hari. Kita sudah pernah perhitungkan dan tenaga siap dan cukup.

Partisipan 3

Ya apapun judulnya, pasiennya yang harus banyak, biar alatnya juga dipasang banyak, tenaga banyak. Kalau pasiennya tidak banyak ya sama aja.

Moderator

Dari hasil kita diskusi Tadi, yang kita bisa lihat Mungkin dari segi BHP-nya yang besar ya. Itu yang mungkin jadi PR untuk diefisienkan, selain itu kita perlu juga meningkatkan jumlah pasien. Kalau dari segi sistem pengendalian biaya sendiri di rumah sakit kira-kira dari manajemen sendiri yang merasakan bagaimana? Apakah sudah berjalan dengan baik atau ada hal-hal yang perlu diperbaiki? Misalnya dari kesadaran biaya, pemantauan biaya, manajemen biaya dan pemberian insentif. Karena menurut wawancara dengan staf HD belum pernah ada pemberian insentif bagi yang menghemat biaya.

Partisipan 3

Jadi insentif itu sudah diberikan. Sudah lebih dari cukup. Karena kita memberikan alokasi 15% untuk insentif. Jadi saya rasa sudah cukup, belum perlu ditambah sampai saat ini. Kecuali nanti ada peningkatan jumlah pasien.

Partisipan 1

Jadi gini Kalau reward per orangnya mungkin gak ada ya. Tapi reward untuk per unit. Karena apa? Perhitungan unit itu berdasarkan persentase kan. Nah misalnya perawatan, pada saat mereka diberikan persentase jasa lebih padasaat terjadi efisiensi dari biaya produksi. Tentunya rewardnya itu reward per kelompok, per unit lah, tapi per orang tidak ada. Misalnya unit HD, berapa sih persentase insentif untuk bagian HD diperhadapkan pada penghematan ataupun efisiensi dari biaya produksi dari HD itu, nah seperti itu. Kemudian saya tambahkan untuk masalah yang mungkin harus diperbaiki di rumah sakit adalah perencanaan Saya pikir perencanaan karena bagian perencanaan harus benar-benar efisien ya. Tapi kalau untuk HD, untuk perencanaan di HD sepertinya sudah mentok ya. Karena ini pengadaan dari BHP dari KSO. Jadi cara membuat cost itu menurun, ya sudah susah juga. Sehingga keterlibatan manajemen hanya di bidang obat, penunjang dan jasa pelayanan. Hanya tiga komponen itu. Tetapi untuk BMHP ya sudah jelas sulit. Nah kecuali ada pertimbangan untuk penggantian KSO. Ya, tapi rasa-rasanya sih kemarin kami pada saat membicarakan tentang KSO HD pada saat rapat kemarin pun ya rata-rata seperti itu sih untuk pembagian. Bahkan ada yang 60-40. Kita masih termasuk 50-50 untuk KSO HD.

Moderator

Jadi saya konfirmasi ulang bahwa ada insentif untuk tiap unit diberikan dan persentasenya bergantung pada kinerja. Dan perhitungannya berbeda. Yang belum ada insentif khusus untuk perorangan/unit yang berhasil menghemat biaya?

Partisipan 3

Iya tidak ada. Bergantung pada jumlah kasusnya juga

Moderator

Baik apakah masih ada yang mau menyampaikan pandangan, saran dan solusinya? Jika tidak ada kita tutup FGD ini. Mudah-mudahan bisa bermanfaat bagi rumah sakit. Terimakasih.

Lampiran 6. Rekomendasi Persetujuan Etik



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jln.Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp.(0411) 585658,
E-mail : fk.unhas@gmail.com, website: <https://fk.unhas.ac.id/>

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor: 6392/UN4.14.1/TP.01.02/2023

Tanggal: 27 Desember 2023

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik:

No.Protokol	41223052274	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Fourenty Kusuma	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Analisis <i>Cost Recovery Rate</i> (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya Satuan dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGS Sebagai Dasar <i>Cost Containment</i> pada Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar		
No.Versi Protokol	1	Tanggal Versi	4 Desember 2023
No.Versi PSP	1	Tanggal Versi	4 Desember 2023
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar		
Judul Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku 27 Desember 2023 sampai 27 Desember 2024	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama: Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan	Tanggal 27 Desember 2023
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama: Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes	Tanda tangan	Tanggal 27 Desember 2023

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporkan penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



Lampiran 7. Izin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap-new.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Nomor	: 31537/S.01/PTSP/2023	Kepada Yth.
Lampiran	: -	Kepala RS Tk.II Pelamonia Makassar
Perihal	: <u>Izin penelitian</u>	

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar Nomor : 27738/UN4.14.1/PT.01.04/2023 tanggal 14 Desember 2023 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: FOURENTY KUSUMA	
Nomor Pokok	: K022211031	
Program Studi	: Administrasi Rumah Sakit	
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S2)	
Alamat	: Jl. P. Kemerdekaan Km 10, Makassar	

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun Tesis, dengan judul :

" ANALISIS COST RECOVERY RATE (CRR) BERDASARKAN ANALISIS BIAYA SATUAN DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING (ABC), TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGS SEBAGAI DASAR COST CONTAINMENT PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **14 Desember 2023 s/d 31 Januari 2024**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 14 Desember 2023

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**



ASRUL SANI, S.H., M.Si.
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth

1. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*