BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Manajemen Rumah Sakit

Dalam suatu organisasi diperlukan manajemen untuk mengelola proses penyelenggaraan organisasi hingga tercapainya tujuan dari organisasi secara efektif dan efisien yang bersifat masif, kompleks dan bernilai tinggi. Pada instansi pemerintah khususnya menyangkut soal pelayanan publik, diperlukan manajemen yang efektif dan efisien dalam proses penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas agar tercapainya tujuan dari pelayanan itu sendiri yakni kepuasan masyarakat. Menurut Gibson, Donelly dan Invancevich dalam Ratminto dan Winarsih (2013:1-2) menjelaskan bahwa:

> Manajemen merupakan proses yang dilakukan oleh satu atau lebih individu untuk mengoordinasikan berbagai aktivitas lain untuk mencapai hasil-hasil yang tidak bisa dicapai apabila satu individu bertindak sendiri.

Uraian pendapat di atas menguraikan bahwa manajemen merupakan usaha mencapai tujuan tertentu dengan mendayagunakan segala sumberdaya baik manusia maupun non manusia dalam suatu organisasi. Uraian tersebut searah dengan pendapat Robbins (2009:8) menguraikan:

> Manajemen adalah proses mengorganisasikan aktivitas-aktivitas kerja sehingga dapat selesai secara efisien dan efektif dengan dan atau melalui orang lain. Dalam hal ini, fungsi-fungsi manajemen

> merupakan elemen-elemen dasar yang selalu ada dan melekat di dalam proses manajemen yang akan dijadikan acuan oleh manajer dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan.

Uraian pendapat dapat dijelaskan bahwa manajemen merupakan suatu proses mengorganisasikan aktivitas-aktivitas kerja sehingga dapat selesai secara efisien dan efektif dengan dan atau melalui orang lain, dimana manajemen merupakan elemen-elemen dasar yang selalu ada dan melekat di dalam proses manajemen yang akan dijadikan acuan oleh manajer, karena tanpa manajemen yang baik, tidak mungkin sebuah organisasi dapat berkembang dan mengikuti persaingan.

Pengelolaan rumah sakit tidak terlepas dari proses manajemen, sebab dengan manajemen akan mengarahkan atau mengkoordinasikan penyelesaian aktivitas-aktivitas pelayanan kesehatan akan tercapainya tujuan-tujuan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan. Sasaran utama manajemen pelayanan publik seperti rumah sakit adalah kemampuan penyedia layanan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Sehubungan dengan pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat, menurut (Muninjaya, 2012:46) menguraikan bahwa :

> Peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat telah banyak mengaplikasikan berbagai teknologi kedokteran mutakhir yang dimanfaatkan rumah sakit. Faktor produksi dari mutu pelayanan kesehatan berasal dari petugas/staf yang dimiliki oleh rumah sakit itu sendiri baik dokter, perawat, petugas administrasi maupun petugas lainnya.

Uraian diatas mengisyaratkan bahwa baik buruknya reputasi dari penyedia pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit sangat ditentukan oleh kompetensi dan kesigapan dari staf yang dimilikinya dalam memberikan jasa pelayanan, untuk itu dibutuhkan proses manajemen yang dijalankan pihak manajerial agar dapat mendorong peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Sehubungan dengan uraian tersebut, dalam Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bahwa :

> Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit pada umumnya mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Hal ini dapat dipahami bahwa Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif). Lebih lanjut dijelaskan dalam Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dimana Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan menyelenggarakan fungsinya, kegiatan:

a. Pelayanan medis.
b. Pelayanan dan asuhan keperawatan.
c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis.
d. Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan.
e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan.
f. Aministrasi umum dan keuangan.

Uraian tersebut menunjukkan bahwa setiap Rumah Sakit berfungsi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mulai dari pelayanan medis,

asuhan keperawatan, kesehatan masyarakat dan rujuakan sampai pada aministrasi umum dan masalah keuangan. Uraian tersebut mengisyaratkan akan fungsi maupun kewajiban Rumah Sakit, hal tersebut dapat terlaksana dengan baik, apa bila dilaksanakannya prinsip manajemen atau pengelolaan yang baik. Dimana dengan pelaksanan manajemen akan mendorong proses pelayanan yang efektif serta efisin khususnya layanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Uraian tersebut searah dengan pendapat (Soejitno, 2002:52) menjelaskan bahwa :

> Untuk dapat menyelenggarakan upaya-upaya penyelengaraan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan pengelola rumah sakit agar tetap dapat memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat yang dinamis, maka setiap komponen yang ada di rumah sakit harus terintegrasi dalam satu system.

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa rumah sakit dalam menyelengarakan pelayanan kesehatan secara paripurna, maka setiap komponen yang ada dirumah sakit harus terintegrasi dalam suatu sistem, untuk menyatuhkan dan tertatanya sistem tersebut maka fungsi dari manajemen harus bagian utama merekat didalamnya. Seperti kita pahami bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu organisasi yang bergerak dibidang jasa pelayanan kesehatan, tentunya telah menerapkan manajemen biaya. Menurut Prawirohardjo, (2006 : 67) menguraikan :

> Meningkatkan efisiensi rumah sakit baik dari segi manajemen keuangan maupun pelayanan, perlu menjadi program utama dari setiap administrator rumah sakit. Sumber daya yang makin terbatas, tuntutan yang makin meningkat, makin kerasnya kompetensi, membuat administrator perlu berusaha lebih keras untuk rumah sakit yang dikelolanya.

Uraian tersebut menunjukkan upaya meningkatkan efisiensi rumah sakit dengan keberlangsunganya, maka perlu setiap pengambil kebijakan melakukan penataan baik dari segi manajemen pelayanan maupun manajemen keuangan. Sehubungan dengan masalah manajemen keuangan, menurut Hartono (2002:151) bahwa pentingnya manajemen keuangan terletak pada usaha untuk mencegah meningkatnya pembiayaan dan kebocoran. Lebih lanjut Herlambang (2016:144) menguraikan bahwa :

> Manajemen rumah sakit sebagai suatu lembaga yang "nirlaba/non profit" harus dikembangkan dengan perencanaan yang sebaik-baiknya untuk menyediakan pelayanan yang bermutu, tetapi dengan biaya yang seoptimal mungkin dan didapatkan suatu sisa hasil usaha. Proses perencanaan ini terdiri dari dua kegiatan pokok, yaitu penyusunan rencana oleh pimpinan dan penyusunan anggaran oleh pihak yang terkait.

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa manajemen rumah sakit tidak terlepas dari proses penataan atau perencanaan dalam penyusunan anggaran atau pengolaan keuangan sebagai upaya mengobtimalkan keberlangsungan proses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dalam hal ini pihak manajer memiliki pertanggung jawab dalam memperoleh kelancaran aliran kas masuk, untuk membiayai investasi dan kegiatan operasional Rumah Sakit. Dalam hal ini salahsatu peran manajemen keuangan juga adalah Memaksimalkan nilai RS dapat bermakna lebih luas dari sekedar memaksimumkan laba, sebagai upaya memaksimalkan nilai dapat berarti mempertimbangkan nilai waktu uang, dan

memaksimalkan nilai berarti akan melakukan pertimbangan terhadap berbagai resiko yang akan terjadi dalam kaitannya dengan arus pendapatan Rumah Sakit.

2. Konsep *Cost Recovery Rate* (CRR) Rumah Sakit

a. Defenisi dan penentuan tarif (*Cost Recovery Rate*)

Peningkatan *demand* dari masyarakat agar pelayanan kesehatan yang bermutu menjadi tantangan bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang paripurna dengan harga yang bersaing. Penentuan tarif layanan kesehatan pada rumah sakit, penting untuk menghitung secara akurat berapa biaya satuan yang dibutuhkan untuk menghasilkan layanan tersebut. Menurut Supriyanto, (2000 ;47) menjelaskan:

> *Cost Recovery Rate* adalah salah satu indikator kinerja keuangan yang merupakan persentase perbandingan antara total pendapatan dibandingkan dengan total biaya produksi yang dikeluarkan.

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa *Cost Recovery Rate* merupakan persentase perbandingan antara total pendapatan dibandingkan dengan total biaya produksi rumah sakit. Lebih lanjut Supriyanto, (2000:47) menjelaskan bahwa :

> Penentuan unit *cost* dalam analisis biaya diperlukan untuk mengetahui besarnya biaya yang benar-benar dibutuhkan untuk menghasilkan suatu produk baik berupa barang ataupun jasa ataupun untuk menilai efisiensi dalam anggaran.

Uraian pendapat di atas, mengisyaratkan bahwa setiap rumah sakit memiliki manajemen keuangan rumah sakit yang baik, sehingga manajemen keuangan tersebut mempunyai peranan yang sangat penting terutama dalam hal perencanaan anggaran. Dalam hal ini pengelolaan

rumah sakit harus dapat menutupi biaya rutin atau operasional Rumah Sakit, sehubungan dengan uraian tersebut menurut Prawirohardjo (2006:115) menguraikan :

> Salah satu tujuan *Cost Recovery Rate (*CRR) sebagai alat penentuan efisiensi agar kita dapat mengetahui sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutupi biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Melalui *Cost Recovery Rate (*CRR) kita juga dapat mengetahui dan menggambarkan bagaimana hubungan antara hasil yang dicapai suatu usaha yang dilakukan dengan sumberdaya yang dipergunakan untuk menghasilkan suatu produk atau output tertentu.

Uraian tersebut di atas dapat dipahami bahwa melalui *Cost Recovery Rate (*CRR) merupakan alat penentu efisiensi, maka melalui pengelolaan atau manajemen kuangan rumah sakit, maka rumah sakit tersebut dapat secara mandiri dan efiensi mampu mendapatkan pendapat fungsional. Sehubungan dengan uraian tersebut lebih lanjut menjelaskan Prawirohardjo (2006:116) bahwa :

> *Cost Recovery Rate (*CRR) diharapkan dapat mengendalikan biaya yang dikeluarkan, meningkatkan laba, efisiensi, kualitas atau kinerja serta citra rumah sakit yang bagus.

Uraian di atas dapat dipahami bahwa *Cost Recovery Rate (*CRR) merupakan alat pengendali atau sistem yang dapat mengidentifikasi seberapa besar kemampuan pendapatan suatu Rumah Sakit menutup biaya operasionalnya serta upaya mengendalikan biaya yang dikeluarkan, maupun upaya peningkatkan laba serta efisiensi. Sehubungan dengan uraian tersebut menurut Bachtiar, (2012:26)

> *Cost recovery rate* (Tingkat pemulihan biaya) rumah sakit adalah nilai dalam persen yang menunjukkan seberapa besar kemampuan rumah sakit dapat menutup biayanya dengan penerimaannya dari

pendapatan fungsionalnya. Khusus untuk pembiayaan kesehatan, ukuran lazim yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian pembiayaan kesehatan adalah *Cost Recovery.*

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa *Cost recovery rate* rumah sakit merupakan nilai dalam persen yang menunjukkan seberapa besar kemampuan rumah sakit dapat menutup biayanya dengan penerimaannya dari pendapatan. Lebih lanjut menurut Gani, 1994 didalam Bachtiar (2012: 26-27) bahwa tingkat *Cost Recovery* bisa diukur dalam 2 (dua) bentuk, yaitu:

1) *Total Cost Recovery,* Merupakan perbandingan antara pendapatan total sistem pelayanan dengan total biaya yang dikeluarkan yang dinyatakan dalam persen.
2) *Unit Cost Recovery,* Merupakan perbandingan antara pendapatan total unit pelayanan dengan total biaya unit yang dikeluarkan dan dinyatakan dalam persen.

Uraian tersebut menjelaskan bahwa tingkat *Cost Recovery* bisa diukur dalam 2 (dua) bentuk yaitu *total cost recovery* dan *Unit Cost Recovery.* Sehubungan dengan uraian tersebut berdasarkan PP No 23 Tahun 2005 tentang rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum (BLU), pengelola rumah sakit harus dapat mempertahankan hidup dan mengembangakan rumah sakit dengan biaya mandiri secara bertahap yaitu: a. CRR harus di atas 60%. b. Harus sudah menyusun bisnis plan yang baik. c. Untuk mencapai *cost recovery* yang baik tentu saja tarifnya harus dihitung berdasarkan total biaya meliputi investasi dan biaya operasional (*total cost*) yang dikeluarkan.

Lebih lanjut dijelaskan menurut Gani, 1994 didalam Bachtiar (2012: 27-28) bahwa :

> Perhitungan *cost recovery rate* (CRR) untuk mengetahui berapa besar yang telah diperoleh kembali dari keseluruhan total biaya yang telah dikeluarkan untuk pengadaan suatu barang investasi atau dalam melaksanakan kegiatan. *Nilai Cost recovery* rate ini dapat diperoleh dengan menggunakan rumus sebagai berikut :*Total Cost (TC) = FC + SFC +VC, Total Revenue (TR) = P x Quantity, Price = Unit Cost* + konstanta, sehingga : Untuk memperoleh titik impas atau break event point (BEP) maka total pendapatan (TR) harus sama dengan total pengeluaran (TC). Bachtiar (2012: 27-28)

Uraian di atas dapat dipahami bahwa perhitungan *cost recovery rate* (CRR) dapat diketahui berapa besar yang telah diperoleh kembali dari keseluruhan total biaya yang telah dikeluarkan dalam suatu pengadaan suatu kegiatan.

Sehubungan penetapan tarif rumah sakit, menurut Trisnantoro (2009:146) menyatakan bahwa :

> Tarif rumah sakit merupakan aspek yang sangat diperhatikan oleh rumah sakit swasta juga oleh rumah sakit milik pemerintah.Bagi sebagaian sebagian rumah sakit pemerintah, tarif memang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menkes atau pemerintah Daerah. Hal ini menunjukkan adanya kontrol ketat pemerintah sebagai pemilik terhadap rumah sakit sebagai firma atau pelaku usaha. Akan tetapi disadari bahwa tarif pemerintah umumnya mempunyai *cost-recovery* (pemulihan Biaya) yang rendah.

Uraian tersebut di atas menunjukkan bahwa tarif pemerintah umumnya mempunyai *cost-recovery* (pemulihan Biaya) yang rendah. Lebih lanjut Trisnantoro (2009:147) menyatakan bahwa :

> Tarif dapat ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya rumah sakit. Keadaan ini terutama terhadap pada rumah sakit pemerintahan yang semakin lama semakin berkurang subsidinya. Pada masa lalu kebijakan swadana rumah sakit pemerintah pusat ditetapkan berdasarkan pemulihan biaya (*Cost- recovery*).

Sehubungan dengan penetapan tarif, lebih lanjut lanjut Trisnantoro (2009:153) menyatakan bahwa :

> Dari sudut pandang ekonomi manajerial, rumah sakit pemerintah berbeda dengan swasta dalam beberapa hal yaitu : 1) Rumah sakit pemerintah merupakan milik masyarakat sehingga direksi rumah sakit bertanggungjawab kepada pemimpin politik daerah atau nasional, dan bertanggunjawab pula pada dewan perwakilan rakyat pusat atau daerah. 2) Rumah sakit pemerintah cenderung lebih besar dibanding dengan swasta. Dengan disubsidinya impestasi dan biaya penelitian dan pengembangan rumah sakit pemerintah, terutama rumah sakit pendidikan untuk menolopoli pelayanan tertentu tanpa mempertimbangakan biaya investasi, dengan demikian biaya inversatsi tidak diperhitungkan dalam pertarifan, sehingga dapat lebih murah dibanding swasta. 3) Rumah sakit pemerintah cenderung mempunyai *overhead cost* yang tinggi, karena biaya gaji yang tinggi akibat besarnya pegawai tetap, akan tidak disertai dengan produktivitas yang tinggi akibatnya dalam proses pertarifan seringkali sumber daya manusia tidak diperhitungkan.

Uraian di atas dapat dipahami bahwa rumah sakit pemerintah dalam penetapan tarif lebih cenderung bersifat politis karena direksi rumah sakit bertanggungjawab kepada pemimpin politik daerah, kemudian rumah sakit pemerintah cenderung menolopoli pelayanan tertentu tanpa mempertimbangakan biaya investasi dan rumah sakit pemerintah cenderung mempunyai *overhead cost* yang tinggi, dimana rumah sakit pemerintah memiliki perbedaan dengan rumah sakit swasta. Sehubungan dengan sistem pembayaran INA-CBG's, sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis

sistem INA-CBG'S, menjelaskan bahwa sistem pembayaran INA-CBG's dipilih karena dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan tetap bermutu sesuai dengan standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan atau berlebihan serta mendorong provider untuk melakukan cost containment(pengendalian biaya). Sistem pembayaran yang diterapkan rumah sakit adalah sistem pembayaran perjasa pelayanan atau (*fee for service*). Melalui sistem tersebut, provider layanan kesehatan menarik biaya untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan sehingga setiap pasien membayar sesuai dengan pelayanan yang diterima. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada di rumah sakit. Sistem pembayaran *fee for service*, semakin banyak layanan yang diberikan maka semakin besar biaya yang harus dikeluarkan

b. Jenis dan manfaat *cost recovery rate*

Trisnantoro, (2009:147) menjelaskan bahwa beberapa macam *cost recovery rate* yaitu:

1) *Cost recovery rate* jangka pendek, hanya menutup biaya operasional saja tanpa memikirkan biaya investasi, CRR ini hanya mengalokasikan waktu kurang 1 Tahun.
2) *Cost recovery rate* jangka menengah, dapat menutup biaya operasional dan mengembangkan biaya investasi atau mengganti alat yang tidak dapat terpakai. CRR ini mengalokasikan waktu 5 tahun.
3) *Cost recovery rate* jangka panjang, dapat menutup biaya operasional dan biaya investasi. CRR mengalokasikan waktu lebih dari 5 tahun.

Uraian di atas menjelaskan bahwa *cost recovery rate* terdiri atas jangka pendek, dimana lebih menekankan pada upaya menutup biaya operasional saja tanpa memikirkan biaya investasi. Kemudian *Cost recovery rate* jangka menengah, menekankan pada menutup biaya operasional dan mengembangkan biaya investasi serta *Cost recovery rate* jangka panjang, yang menekankan pada upaya menutup biaya operasional dan biaya investasi dengan menggunakan alokasi waktu panjang dibanding dengan *Cost recovery rate* jangka pendek. Lebih lanjut Trisnantoro, (2009:147) meguraikan bahwa:

> C*ost recovery rate* kurang dari 100% dapat dinyatakan belum dapat membiayai biaya produksinya. *Cost recovery rate* sama dengan 100% menyatakan bahwa bagian tersebut sama antara biaya produksi dan pendapatannya dan *cost recovery rate* lebih 100% menyatakan bahwa pendapatan bagian tersebut telah melampaui biaya produksinya atau telah mendapat laba.

Hal ini dapat dipahami bahwa *Cost recovery rate* sama yang kurang maupun sama 100% antara biaya produksi dan pendapatannya dan *cost recovery rate* tidak akan mendapat laba namun jika melebihi dari 100% atau telah melampaui biaya produksinya akan mendapatkan laba. Manfaat yang dapat diperoleh malalui analisis *Cost Recovery*, adalah:

1) Sebagai informasi dalam kebijakan tarif, apakah akan menguntungkan atau malah sebaiknya.
2) Perencanaan anggaran, digunakan untuk:
3) Merencanakan biaya satuan
4) Memproyeksikan tingkat utilasi pelayanan
5) Patokan dalam menetukan kebutuhan elemen biaya
6) Control anggaran, sebagai alat untuk memonitor dan mengendalikan kegiata operasional.

7) Evaluasai dan pertanggung jawaban, digunakan untuk menilai performance keuangan dan pertangguang jawaban kepada pihak yang berkepentingan.
8) Untuk mengetahui berapa tarif yang tepat untuk menjamin *cost recovery*, sehingga dengan volume yang diperoleh biasa dilakukan berbagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan subsidi silang.

Uraian beberapa manfaat analisis *cost recovery* di atas, maka secara garis besar Seharly (2009:31) mengelompokkan metode penetapan tarif menjadi empat kategori utama, yaitu metode penetapan tarif berbasis permintaan, berbasis biaya, berbasis laba dan berbasis persaingan.

1) Metode penetapan tarif berbasis permintaan
   Metode ini lebih menekankan pada faktor yang mempengaruhi selera dan preferensi pelanggan dari pada faktor biaya, laba dan persaingan.
2) Metode penetapan tarif berbasis biaya
   Dalam metode ini faktor penentu tarif utama adalah aspek penawaran atau biaya, bukan aspek permintaan. Tarif ditentukan bedasarkan biaya produksi dan pemasaran yang ditambah dengan jumlah tertentu sehingga dapat menutupi biaya-biaya langsung, biaya overhead dan laba.
3) Metode penetapan tarif berbasis laba.
   Metode ini berusaha menyeimbangkan pendapatan dan biaya dalam penetapan tarifnya. Upaya ini dapat dilakukan atas dasar target volume laba spesifik atau dinyatakan dalam bentuk persentase terhadap penjualan atau infestasi.
4) Metode penetapan tarif berbasis persaingan
   Selain berdasarkan pada pertimbangan biaya, permintaan atau laba, tarif juga dapat ditetapkan atas dasar persaingan, yaitu apa yang dilakukan pesaing.

Uraian di atas dapat dipahami bahwa sehubungan dapat dipahami bahwa metode penetapan tarif yaitu metode penetapan tarif berbasis permintaan, berbasis biaya, berbasis laba dan berbasis persaingan. Lebih

lanjut Gani dalam Bachtiar, Manfaat utama dari analisis biaya ada empat yaitu (Bachtiar, 2012: 18):

a. *Pricing*
b. *Budgeting/Planning*
c. *Budgetary controld*
d. Evaluasi dan Pertanggungjawaban.

Manfaat yang diperoleh dari analisis biaya rumah sakit: a). Memperoleh informasi mengenai jumlah biaya satuan total dari suatu unit produksi rumah sakit serta biaya satuan dari setiap output rumah sakit. Informasi ini diperlukan untuk alokasi dana dan perencanaan anggaran rumah sakit. b). Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayan rumah sakit, sehingga tarif yang disusun juga dapat bervariasi. c). Analisis *economic of scale*, yaitu analisis yang menggambarkan hubungan antara besarnya suatu rumah sakit dengan biaya. Biasanya hubungan besarnya rumah sakit dengan biaya rata-rata adalah *U shape*, artinya biaya rata-rata akan menurun apabila rumah sakit diperluas hingga titik minimal (keadaan ini disebut *economic of scale*) dan biaya rata-rata kemudian menaik kembali bila rumah sakit diperluas (*diseconomic of scale)* d). Peningkatan efisiensi. e). *Analisis cost and benefit*. f). Negosiasi harga dengan pembayar pihak ketiga mengenai berbagai jenis pelayanan rumah sakit. g). Bagian dari laporan kegiatan rumah sakit kepada pemilik atau pengelola.

3. Konsep Pendapatan

Kamus besar Bahasa Indonesia mendefinisikan pendapatan sebagai perhitungan banyaknya uang yang akan diterima. Pendapatan adalah keseluruhan penghasilan yang diterima baik dari sektor formal maupun nonformal yang dihitung dalam jangka waktu tertentu (Pertiwi, 2015:22). Menurut Andayani (2019) mendefenisikan atas pendapatan rumah sakit di Indonesia saat ini bisa dibagi menjadi 2 basis, yakni:

a. Pendapatan berbasis kas

Pendapatan berbasis kas biasa disebut sebagai penerimaan atau di Pernyataan Standar Akuntansi Pemerintahan (PSAP) tentang akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) disebut sebagai pendapatan

LRA. Pendapatan berbasis kas dicatat saat rumah sakit menerima kas atas pelayanan jasa/produk yang diberikannya

b. Pendapatan Berbasis Akrual
Pendapatan yang berbasis akrual pada prinsipnya adalah mengakui adanya pendapatan ketika sudah muncul hak atas pendapatan dari rumah sakit atas pelayanan jasa/barang yang sudah diberikannya, tanpa melihat apakah rumah sakit sudah menerima pembayaran berupa kas atau belum. Pendekatan akrual basis lebih rumit dalam pengolahan datanya, tidak seperti pendapatan dengan pendekatan kas yang dicatat sebesar kas yang diterima rumah sakit, pendapatan dengan pendekatan akrual ini dicatat dalam berbagai metode.

Berdasarkan uraian pendapat di atas, maka dapat dipahami bahwa pendapatan rumah sakit adalah pendapatan yang diperoleh dari pelayanan. Pendapatan dapat berupa penjualan, pendapatan jasa, yang merupakan hasil operasi perusahaan dalam suatu periode tertentu. Pendapatan rumah sakit harus sesuai dengan apa yang telah dianggarkan, karena jika target penerimaan atau pendapatan dalam anggaran rumah sakit tidak terpenuhi maka kinerja operasional Rumah Sakit dapat terganggu.

Suatu rumah sakit mempunyai unit utama meliputi unit medis dan unit penunjang medis sebagai pusat pendapatan. Unit medis dengan pusat pendapatan yaitu poliklinik, UGD, rawat inap, kamar operasi, dan unit penunjang medis dengan pusat pendapatan yaitu laboratorium, farmasi, radiology dan lainlain. Dalam hal pengelolaan keuangan Rumah Sakit milik Pemerintah hal tersebut dimuat dalam pasal 48 ayat 1 UU No. 44/2009 tentang sumber-sumber pendapatan dan biaya rumah sakit disebutkan bahwa : “Pembiayaan rumah sakit dapat bersumber dari penerimaan Rumah Sakit, anggaran Pemerintah Daerah, subsidi Pemerintah Daerah atau subsidi lain yang tidak mengikat sesuai dengan peraturan perundang-undangan”.

4. Konsep Klasifikasi Biaya (*Cost*)

a. Definisi Biaya

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia biaya dapat didefenisikan sebagai uang yang dikeluarkan untuk mengadakan sesuatu (mendirikan, melakukan, dan sebagainya). Menurut Supriyono (2011:16) Biaya adalah harga perolehan yang dikorbankan atau digunakan dalam rangka memperoleh penghasilan (*revenues)* dan akan dipakai sebagai pengulangan penghasilan. Uraian tersebut searah dengan pendapat Simamora (2002:36) juga mengatakan bahwa:

> Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat pada saat ini atau di masa mendatang bagi organisasi.

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa biaya merupakan nilai setara kas yang dikorbankan untuk berang dan jasa yang diharapkan memberikan manfaat. Menurut Hansen and Mowen (2003:124), biaya satuan adalah total biaya yang berkaitan dengan suatu unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi. Menurut Pudjirahardjo (2006:86) menjelaskan bahwa :

> Rumah sakit perhitungan biaya satuan di rumah sakit banyak dipengaruhi oleh tingkat utilitas. Makin tinggi nilai utilisasi (jumlah output menjadi semakin besar), maka makin kecil pula biaya satuan pelayanan, dan sebaliknya. Perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk atau pelayanan disebut biaya satuan aktual. Pendekatan dalam menghitung output pelayanan ini penting untuk membedakan antara biaya satuan normatif dengan biaya satuan aktual.

Uraian tersebut menunjukkkan bahwa perhitungan biaya satuan di rumah sakit yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk atau pelayanan disebut biaya satuan actual. Biaya satuan aktual adalah seluruh biaya (baik biaya tetap maupun biaya variabel) dibagi dengan output. Tinggi rendahnya biaya satuan tidak hanya dipengaruhi oleh biaya total tapi juga dipengaruhi besarnya produk atau pelayanan.

b. Klasifikasi Biaya

Klasifikasi biaya merupakan proses pengelompokan biaya berdasarkan hal-hal tertentu yang dapat memudahkan untuk menganalisa dan memahami data-data dari total pembiayaan. Klasifikasi yang paling umum digunakan berdasarkan gabungan antar biaya dengan beberapa hal berikut ini (Carter, 2009:57):

1) Produk
2) Volume produksi
3) Departemen, proses, pusat biaya atau subdivisi lain darimanufaktur
4) Periode akuntansi
5) Keputusan, kebijakan, tindakan atau evaluasi.

Hal tersebut menunjukkan betapa pentingnya mengalokasikan dana sesuai dengan fungsinya masing-masing. Lebih lanjut dijelaskan bahwa Klasifikasi biaya tersebut adalah (Carter, 2009:58):

1) Biaya berdasarkan hubungannya dengan produk

Pada lingkungan manufaktur, terdapat dua elemen dari total biaya produksi, yaitu biaya manufaktur dan beban komersial.

Biaya manufaktur disebut juga biaya produksi yang didefinisikan sebagai jumlah dari tiga elemen biaya: bahan baku langsung, tenaga kerja langsung dan overhead pabrik. Bahan baku langsung dan tenaga

kerja langsung disebut sebagai biaya utama (prime cost) dan biaya lain disebut sebagai biaya konversi. Beban Komersial terdiri dari beban pemasaran dan beban administratif. Beban pemasaran dimulai dari titik proses manufakturing berakhir, yaitu ketika produk dalam kondisi siap dijual. Beban pemasaran mencakup beban promosi, penjualan dan pengiriman.

2) Biaya berdasarkan hubungannya dengan volume produksi, terdiri:

a) Biaya Variabel

Biaya variabel menunjukkan jumlah biaya perunit yang relatif konstan dengan berubahnya aktivitas dalam rentang yang relevan. Biaya variabel mencakup biaya bahan baku dan biaya tenaga kerja langsung dan beberapa biaya- overhead yang diklasifikasikakn sebagai biaya variabel, yaitu; perlengkapan, bahan bakar, peralatan kecil, kerusakan, sisa, biaya penerimaan, royalti, biaya komunikasi, upah lembur dan penanganan bahan baku.

b) Biaya Tetap

Merupakan biaya yang bersifat konstan secara total dalam rentang yang relevan. Peningkatan aktivitas dalam rentang yang relevan akan memperkecil biaya tetap perunit. Berikut adalah biaya *overhead* yang diklasifikasikan sebagai biaya tetap; gaji eksekutif produksi, depresiasi, pajak properti, amortisasi paten, gaji penyelia, asuransi properti dan kerugian, gaji satpam dan pegawai kebersihan, pemeliharaan dan perbaikan bangunan, dan sewa. Biaya tetap dianggap sebagai biaya untuk tetap berada dalam bisnis, sedangkan

biaya variabel adalah biaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan bisnis.

c) Biaya Semi variabel

Merupakan jenis biaya yang memiliki elemen biaya tetap dan biaya variabel. Beberapa contoh biaya overhead semivariabel adalah; inspeksi, jasa departemen keuangan, jasa kantor pabrik, air dan limbah, pemeliharaan alat- alat produksi, pajak penghasilan, listrik dan lain-lain.

3) Biaya berdasarkan sifat kegunaannya:

a) Biaya Investasi (*Invesment Cost*)

Biaya investasi adalah biaya yang masa manfaatnya dapat dipergunakan selama lebih dari satu tahun. Batas satu tahun ditetapkan atas dasar kebiasaan- kebiasaan bahwa perencanaan anggaran direalisasikan untuk satu tahun. Contohnya biaya gedung, biaya alat medis dan biaya non-medis. Nilai investasi yang disetahunkan disebut nilai tahunan biaya investasi (*Annualized Fixed Cost atau Annualised Invesment Cost*), besar nilai ini sangat dipengaruhi oleh nilai uang (inflasi), waktu pakai dan umur masa pakai. Untuk menghitung nilai tahunan investasi dapat menggunakan rumus berikut :

$$AIC = \frac{IIC\ (\ 1\ +\ i\ )}{L}$$

Dimana:

AIC = *Annualized Investment Cost* (biaya investasi yang disetahunkan)

IIC = *Initial Investment Cost* (harga beli)

i = Laju inflasi rata-rata

t = Masa pakai (dalam tahun)

L = Masa hidup barang investasi bersangkutan

b) Biaya Pemeliharaan (*Maintenance Cost*)

Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk memelihara/ mempertahankan nilai suatu barang investasi agar tetap terus berfungsi. Biaya pemeliharaan biasanya berupa pemeliharaan biasanya berupa pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat medis, non-medis dan pemeliharaan kendaraan (Bachtiar, 2012:11).

c) Biaya Operasional (*Operational Cost*)

Biaya operasional adalah biaya yang secara rutin dalam tahun anggaran yang harus dikeluarkan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam produksi pelayanan dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun) yang termasuk dalam kelompok ini adalah biaya gaji, obat, biaya makan dan lain-lain.

4) Biaya berdasarkan fungsi proses produksi

Klasifikasi biaya yang kedua menurut Hansen dan Mowen (2003:37), didasarkan pada kedudukan biaya pada fungsinya dalam proses produksi. Klasifikasi ini bertujuan agar informasi dari biaya – biaya

tersebut digunakan dengan benar dan tepat. Klasifikasi biaya berdasarkan fungsinya dalam proses produksi dijabarkan berikut:

a) Biaya Langsung

Biaya langsung adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi). Contoh biaya langsung pada pelayanan kesehatan adalah biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, ICU.

b) Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung demi kelancaran proses produksi (pelayanan). Contoh dari biaya tidak langsung antara lain adalah biaya alat tulis, administrasi, trasnportasi.

5) Biaya berdasarkan fungsi pengambilan keputusan

a) Opportunity Cost

Jenis biaya ini merujuk pada benefit/ nilai yang akan didapat jika kita tidak memilih dan memutuskan menggunakannya kepada alternatif yang kita ambil.

b) Biaya Tambahan (*Incremental Cost*)

Biaya tambahan adalah perubahan biaya yang disebabkan adanya suatu aktivitas manajemen untuk meningkatkan volume pelayanan.

c) Sunk Cost

Biaya ini merujuk pada biaya yang telah dikeluarkan sebelumnya. Dari sudut keuangan, biaya jenis ini seharusnya dikeluarkan dari analisis keuangan.

c. Analisis Biaya

Analisis biaya rumah sakit adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun perunit/perpasien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit/pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien (Bachtiar, 2012:15). Adapun tujuan analisis biaya rumah sakit adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai unit/bagian yang merupakan pusat biaya serta pendapatan dan melihat gambaran biaya pada unit tersebut yang meliputi biaya tetap dan biaya variabel yang pada akhirnya akan menggambarkan pendapatan rumah sakit. Lebih lanjut Aurelia dan Pujianti (2015:3) juga menjelaskan bahwa :

> Analisis biaya melalui perhitungan biaya perunit dapat digunakan rumah sakit sebagai dasar pengukuran kinerja, penyusunan anggaran dan subsidi serta sebagai dasar acuan dalam mngusulkan tarif pelayanan rumah sakit. Selain itu juga dapat mengetahui pusat biaya yang ada di rumah sakit, sehingga akan lebih mudah mengidentifikasi pusat biaya mana yang mengalami defisit sehingga dengan mudah dapat dilakukan tindakan pencegahan atau intervensi yang diperlukan.

Dalam hal ini manajemen keuangan rumah sakit yang baik mempunyai peranan yang sangat penting terutama dalam hal perencanaan anggaran. Untuk melakukan analisis biaya ada beberapa metode yang

dapat dilakukan, antara lain: 1) *Simple Distribution* yaitu melakukan distribusi biaya-biaya yang dikeluarkan di pusat biaya penunjang, langsung ke berbagai pusat biaya produksi. Distribusi ini dilakukan satu persatu dari masing-masing pusat biaya penunjang. Tujuan distribusi dari suatu unit penunjang tertentu adalah unit-unit produksi yang relevan, yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari unit-unit penunjang tertentu tersebut. 2) *Step Down Method*. Untuk mengatasi kelemahan *Simple Distribution* tersebut, dikembangkan distribusi anak tangga (*step down method*). Dalam metode ini dilakukan distribusi biaya unit penunjang lain dan unit produksi. Caranya, distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, dimulai dengan unit penunjang yang biasanya terbesar. 3) *Double Distribution Method*. Metode ini pada tahap pertama melakukan distribusi biaya yang dikeluarkan di unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi.

Adapun beberapa syarat yang diperlukan untuk melakukan analisis biaya rumah sakit adalah sebagai berikut :

1) Struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit harus jelas.
2) Analisis biaya sangat tergantung dari desain
3) Adanya sistem akuntansi keuangan yang jelas dan rapi.
4) Adanya informasi tentang produk (*output*) rumah sakit dari masing-masing pusat biaya produksi (pelayanan langsung) dan pusat biaya penunjang (pelayanan tidak langsung).
5) Adanya data non keuangan yang baik disetiap pusat biaya yang merupakan data kegiatan rumah sakit.
6) Distribusi biaya yang relatif rata.
7) Cara yang dipilih dalam melakukan analisis biaya, relatif sederhana sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

Analis biaya memiliki peran yang sangat penting dalam peningkatan mutu rumah sakit sehingga analis biaya harus dilakukan dengan metode

dan cara yang tepat sebagaimana yang telah peneliti deskripsikan. Selain daripada itu, Kapalawi (2007:4) juga mengklasifikasikan beberapa manfaat dari analisi biaya, antara lain:

1) *Pricing* Informasi biaya satuan sangat penting dalam penentuan kebijaksanaan tarif rumah sakit. Dengan diketahuinya biaya satuan (*Unit Cost*), dapat diketahui apakah tarif sekarang merugi, *break even*, atau menguntungkan. Dan juga dapat diketahui berapa besar subsidi yang dapat diberikan pada unit pelayanan tersebut misalnya subsidi pada pelayanan kelas III rumah sakit.
2) *Budgeting/Planning*. Informasi jumlah biaya (*total cost*) dari suatu unit produksi dan biaya satuan (*unit cost*) dari tiap-tiap output rumah sakit, sangat penting untuk alokasi anggaran dan untuk perencanaan anggaran.
3) *Budgetary control*. Hasil analisis biaya dapat dimanfaatkan untuk memonitor dan mengendalikan kegiatan operasional rumah sakit. Misalnya mengidentifikasi pusat-pusat biaya (*cost center*) yang strategis dalam upaya efisiensi rumah sakit.
4) Evaluasi dan Pertanggungjawaban. Analisis biaya bermanfaat untuk menilai *performance* keuangan RS secara keseluruhan, sekaligus sebagai pertanggungan jawaban kepada pihak-pihak berkepentingan.

d. Konsep Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah). Sehubungan dengan BLUD menurut Liawan (2018:4) dijelaskan:

> Badan layanan umum dibagi menjadi dua, yaitu badan layanan umum (pusat) dan badan layanan umum daerah dengan peraturannya masing-masing. Badan layanan umum (pusat) dalam melakukan kegiatannya berdasarkan pada Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Sedangkan untuk badan layanan umum daerah dalam melakukan kegiatannya berdasarkan pada Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

BLUD juga merupakan Pola Pengelolaan Keuangan yang diterapkan pada SKPD atau Unit Kerja dengan diberikan fleksibilitas, yaitu berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum). Adapun Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas atau kebebasan berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang

sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum terdiri atas:

1) Perencanaan dan Penganggaran
2) Pelaksanaan Anggaran
3) Akuntansi, Pelaporan, dan Pertanggung Jawaban

Melalui 3 hal di atas rumah sakit akan mampu melakukan pengelolaan yang efesien terhadapat tarif rumah sakit yang memiliki dampak besar terhadapat pelayanan masyarakat. Adapun beberapa manfaat bagi rumah sakit yang menerapkan pola Badan Layanan Umum Daerah adalah sebagai berikut:

> Satuan Kerja Perangkat Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berpotensi untuk mendapatkan imbalan secara signifikan terkait dengan pelayanan yang diberikan, maupun dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Satuan kerja yang memperoleh pendapatan dari layanan kepada publik secara signifikan dapat diberikan keleluasaan dalam mengelola sumber daya untuk meningkatkan pelayanan yang diberikan. Hal ini merupakan upaya pengagedaan aktivitas yang tidak harus dilakukan oleh lembaga birokrasi umum, tetapi oleh instansi pemerintah daerah yang dikelola secara bisnis, sehingga pemberian layanan kepada masyarakat menjadi lebih efisien dan efektif yaitu dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum).

Uraian di atas dapat dipahami akan manfaat dari Badan Layanan Umum Daerah yang diterapkan pada rumah sakit. Kemudian dalam pelaksanaannya pelayanan atau pengelolaan harus memenuhi Prinsip-

prinsip dalam pengelolaan Keuangan sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 1 Ayat 1 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum menyatakan bahwa :

> PPK BLU adalah pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.

Uraian tersebut mengisyaratkan bahwa dalam pengelolaannya atau praktik berbisnis harus memenuhi unsur bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Dimana Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum memiliki keleluasaan untuk bisnis. Adapun asas badan layanan umum daerah, sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah pasal 2 menyebutkan bahwa :

> 1). BLUD bertujuan untuk memberikan layanan umum secara lebih efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan Praktek Bisnis yang sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh kepala daerah. 2). Kepala daerah bertanggung jawab atas kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum. 3). Pejabat Pengelola BLUD bertanggrrng jawab atas pelaksanaan pemberian layanan umum terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan. 4). BLUD merupakan kekayaan daerah yang tidak dipisahkan dari pemerintah daerah. 5). BLUD merupakan bagian dari pengelolaan keuangan daerah.

Uraian di atas, menunjukkan bahwa badan layanan umum daerah bertujuan untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah

dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

5. Konsep BPJS

Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial, yang menekankan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. sehubungan dengan uraian tersebut, dalam (Depkes RI, 2012) menjelaskan :

> "Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. (Depkes RI, 2012)

Uraian tersebut dapat dipahami bahwa peserta BPJS akan mendapatkan jaminan berupa perlindungan kesehatan. Jadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Adapun Fungsi BPJS Dalam pasal 5 ayat (2) UU No.24 Tahun 2011 disebutkan fungsi BPJS adalah :

1) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
2) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hati tua

Melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk, sebagaimana yang di uraikan dalam pasal 9 Undang-undang Nomor

24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan:

1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Uraian tersebut menunjukkan bahwa tugas BPJS meliputi pendaftaran kepesertaan dan pengelolaan data kepesertaan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan Dana jaminan Sosial, pembayaran manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi. Adapun tujuan serta manfaat dari jaminan kesehatan bagi masyarakat adalah:

1. Memberi kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat.
2. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga nantinya terkendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel. (UU. No.24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Dengan demikian dapat dipahami bahwa tujuan dan manfaat BPJS kesehatan adalah memberikan kemudahan akan akses pelayanan kesehatan. Adapun jenis dan prosedur pelayanan BPJS yakni :

1) Jenis Pelayanan BPJS

Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Pelayanan promotif dan preventif meliputi :

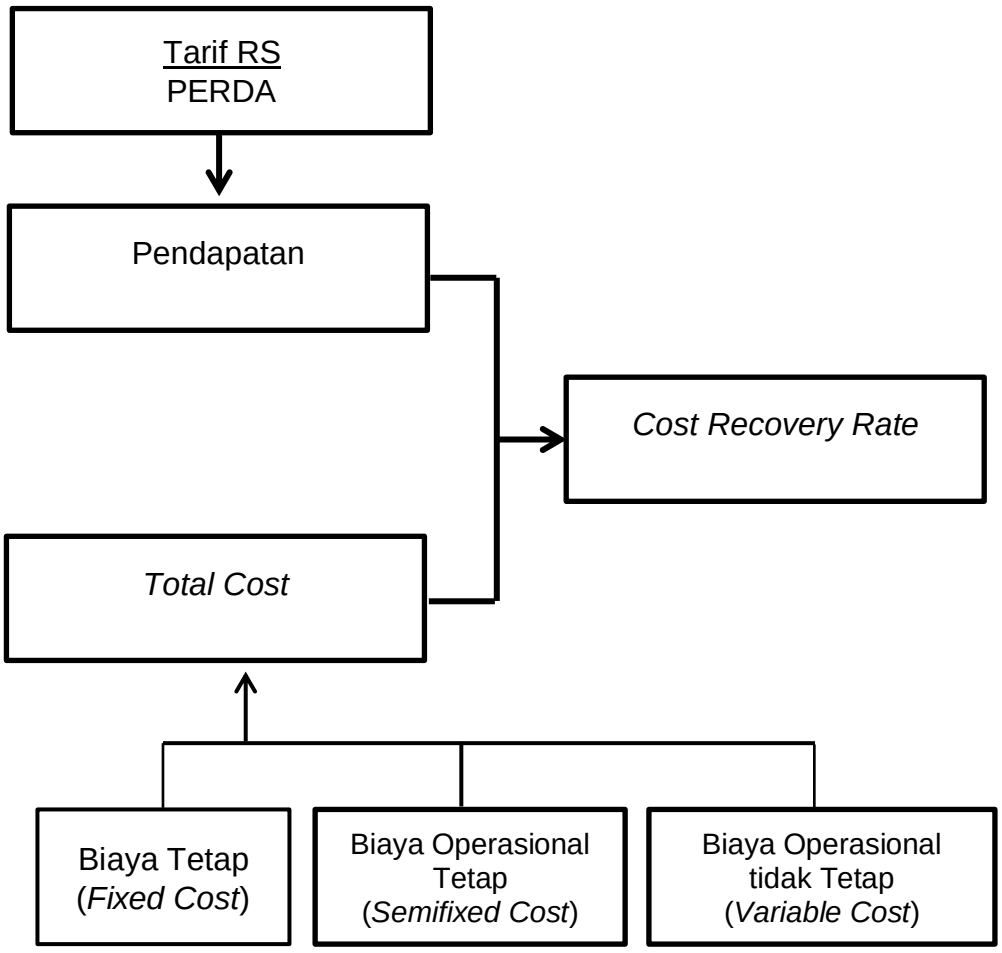
1) Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2) Imunisasi dasar meliputi BCG, DPT, Hepatitis B, Polio dan campak.
3) Keluarga Berencana meliputi kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi.
4) Skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi resiko penyakit dan mencegah dampak lanjut dari penyakit tertentu. Sumber : (Undang-undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

2) Posedur pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan gawat darurat.

B. Model Penelitian

Gambar.1
Model Penelitian



C. Definisi Konsep

Berdasarkan model penelitian di atas, peneliti menjabarkan defenisi konsep sebagai berikut:

1. Tarif Rumah sakit (PERDA)

   Tarif RSUD I Lagaligo yang dikelola oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur dengan menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah ditetapkan oleh pemerintahan daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit).
2. Pendapatan RSUD I Lagaligo adalah jumlah pendapatan berbasis kas dan akrual. Pendapatan yang berbasis akrual yakni mengakui adanya pendapatan ketika sudah muncul hak atas pendapatan dari rumah sakit RSUD I Lagaligo atas pelayanan jasa/barang yang sudah diberikannya.
3. *Cost Recovery Rate* adalah persentase perbandingan antara total pendapatan RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur dibandingkan dengan total biaya produksi yang dikeluarkan
4. *Total Cost* adalah keseluruhan dari Biaya tetap (*Fixed Cost*), Biaya operasional tetap (*Semi Fixed Cost*) dan Biaya operasional tidak tetap (*Variabel Cost*) pada RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur.
5. Biaya Tetap adalah biaya yang besarnya tidak secara langsung dipengaruhi oleh output produksi, yakni biaya investasi, seperti Tanah dan gedung, Kendaraan, Alat medis maupun Alat non medis

6. Biaya Operasional Tetap adalah Gaji, Biaya pemeliharaan seperti : Gedung, Alat medis dan Alat non medis serta Kendaraan pada RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur
7. Biaya Operasional tidak Tetap adalah biaya yang besarnya secara langsung dipengaruhi oleh output produksi, biaya yang masuk kategori ini adalah biaya obat-obatan, BHP medis, BHP non medis, Listrik, telephon, makan dan minum.