

LAPORAN PENELITIAN
 ANALISA PERHITUNGAN TARIF
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAYU AGUNG

Nomor Registrasi																	
Fakultas		Ps/Bagian		Publikasi		Penulis		No Publikasi		Sumber		Sumber Dana		No urut Publikasi			
0	1	0	3	0	6	0	3	1	2	0	1	0	1	0	5	8	1

OLEH
 PUSAT PENELITIAN PEMBANGUNAN
 LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS SRIWIJAYA

BEKERJASAMA DENGAN
 RUMAH SAKIT DAERAH KAYU AGUNG

2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT kami panjatkan karena berkat rahmat dan ridho-Nya jua kami telah dapat menyelesaikan laporan penelitian "Analisa Perhitungan Tarif Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung".

Kajian ini merupakan hasil kerjasama antara Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung dengan Lembaga Penelitian Universitas Sriwijaya. Maksud dari kajian ini adalah untuk mengkaji peningkatan taraf dan peran Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung menjadi Badan Layanan Umum (BLU) di masa depan.

Semoga hasil kajian ini memberikan manfaat sebagai masukan bagi pemangku kepentingan di daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan, strategi, dan program di daerah Kayu Agung. Akhirnya Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung mengucapkan terimakasih kepada Lembaga Penelitian Universitas Sriwijaya dan pihak-pihak yang telah memberikan kontribusinya dalam penyusunan hasil studi ini.

Kayu Agung, Januari 2013

Kepala Rumah Sakit

Daftar Isi

Halaman Judul	0
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Bab I Pendahuluan.....	1
1. Latar Belakang Penelitian.....	1
2. Rumusan Masalah.....	6
3. Tujuan Penelitian.....	6
4. Metodologi Penelitian.....	7
Bab II Tinjauan Pustaka.....	8
2.1. Badan Layanan Umum.....	8
2.1.1. Pengertian, Tujuan dan Azas Badan Layanan Umum.....	8
2.1.2. Pengertian, Tujuan dan Azas Badan Layanan Umum Daerah.....	9
2.1.3. Rumah Sakit Pemerintah sebagai Badan Layanan Umum.....	10
2.1.4. Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Pemerintah sebagai BLU.....	11
Bab III Analisis Biaya Per Unit RSUD Kayu Agung.....	18
3.1. Pendahuluan.....	18
3.2. Unit Cost / Biaya Per Unit.....	19
3.3. Bentuk Departemen / Unit-unit Dalam Operasi.....	19
3.4. Metode-metode Alokasi Biaya Tidak Langsung.....	20
3.5. Metode Perhitungan Biaya per unit cost Dan Alokasi Biaya Unit Penunjang Pada RSUD Kayu Agung.....	23
Bab IV. Kesimpulan.....	46
Daftar Pustaka	
Lampiran	

BAB I

1. Latar Belakang Penelitian

Rumah sakit pemerintah yang terdapat di tingkat pusat dan daerah tidak lepas dari pengaruh perkembangan dari segmentasi kelompok masyarakat, secara umum rumah sakit pemerintah merupakan layanan jasa yang menyediakan untuk kalangan menengah ke bawah, sedangkan rumah sakit swasta melayani masyarakat kelas menengah ke atas. Biaya kesehatan cenderung terus meningkat, dan rumah sakit dituntut untuk secara mandiri mengatasi masalah tersebut. Peningkatan biaya kesehatan ini menyebabkan fenomena tersendiri bagi rumah sakit pemerintah karena rumah sakit pemerintah memiliki segmen layanan kesehatan untuk kalangan menengah ke bawah. Akibatnya rumah sakit pemerintah diharapkan menjadi rumah sakit yang murah dan bermutu.

Saat ini, rumah sakit harus merubah orientasinya dimana adanya perpaduan antara service public oriented dan profit oriented. Perubahan orientasi organisasi pemerintah yang paling sering diterapkan pada setiap unit lembaga pelayanan masyarakat adalah reorganisasi yuridis dan reorganisasi finansial, yang terimplementasi melalui Penerapan Badan Layanan Umum (BLU) pada beberapa lembaga masyarakat. Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, BLU adalah instansi di lingkungan pemerintah 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.

Rumah sakit merupakan suatu unit usaha jasa yang memberikan jasa pelayanan sosial dibidang medis klinis. Pengelolaan unit usaha rumah sakit memiliki keunikan tersendiri karena selain sebagai unit bisnis, usaha rumah sakit juga memiliki misi sosial, disamping pengelolaan rumah sakit juga sangat tergantung pada status kepemilikan rumah sakit. Misi rumah sakit tidak terlepas dari misi layanan sosial, namun ternyata dalam pengelolaan rumah sakit tetap terjadi konflik kepentingan dari berbagai pihak.

Perkembangan pengelolaan rumah sakit, baik dari aspek manajemen maupun operasional sangat dipengaruhi oleh berbagai tuntutan dari lingkungan, baik eksternal maupun internal. Pihak eksternal, menuntut rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan biaya pelayanan kesehatan terkendali sehingga akan berujung pada kepuasan pasien. Selain pihak internal juga menuntut adanya pengendalian biaya. Pengendalian biaya adalah masalah yang kompleks karena dipengaruhi berbagai pihak yaitu mekanisme pasar, tindakan ekonomis, sumber daya profesional dan yang tak kalah penting adalah perkembangan teknologi (Adriansyah, 2011)

Rumah sakit pemerintah yang terdapat di tingkat pusat dan daerah tidak lepas dari pengaruh perkembangan dari segmentasi kelompok masyarakat, secara umum rumah sakit pemerintah merupakan layanan jasa yang menyediakan untuk kalangan menengah ke bawah, sedangkan rumah sakit swasta melayani masyarakat kelas menengah ke atas. Biaya kesehatan cenderung terus meningkat, dan rumah sakit dituntut untuk secara mandiri mengatasi masalah tersebut. Peningkatan biaya kesehatan ini menyebabkan fenomena tersendiri bagi rumah sakit pemerintah karena rumah sakit pemerintah memiliki segmen layanan kesehatan untuk kalangan menengah ke bawah.

Akibatnya rumah sakit pemerintah diharapkan menjadi rumah sakit yang murah dan bermutu.

Saat ini, rumah sakit harus merubah orientasinya dimana adanya perpaduan antara service public oriented dan profit oriented. Perubahan orientasi organisasi pemerintah yang paling sering diterapkan pada setiap unit lembaga pelayanan masyarakat adalah reorganisasi yuridis dan reorganisasi finansial, yang terimplementasi melalui Penerapan Badan Layanan Umum (BLU) pada beberapa lembaga masyarakat. Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, BLU adalah instansi dilingkungan pemerintah 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.

Dalam Pasal 1 angka 2 PP no 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum bahwa Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Tujuan dibentuknya BLU, sebagaimana diamanatkan dalam PP No 23 Tahun 2005 sebagai peraturan pelaksanaan dari pasal 29 ayat (7) UU No 1 Tahun 2004, Pasal 2 yang menyebutkan bahwa "BLU bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan

keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat”.

Perubahan ini juga berimbas pada pola kinerja, pola keuangan dan pertanggungjawaban pengelolaan rumah sakit. Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah akan mengarah kepada operasional pelayanan secara mandiri dan otonom. Dengan adanya issue kemandirian, rumah sakit terus didorong untuk melakukan upaya pembenahan dan peningkatan kinerja di setiap unitnya. Ini dibuktikan di Jawa Tengah dimana semenjak penerapan konsep BLU, maka pendapatan rumah sakit yang dulunya di bawah 100 milyar saat ini bisa mencapai diatas 120 milyar (Mardiatmo, 2010). Selain peningkatan kinerja keuangan, yang paling utama rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Namun pada kenyataannya, masih terdapat banyak keluhan pada rumah sakit pemerintah terutama dalam hal pelayanan, mutu dan fasilitas sarana rumah sakit.

Buruknya pelayanan rumah sakit ini terutama dirasakan oleh masyarakat menengah ke bawah, terbukti dari hasil survei yang dilakukan oleh Indonesia Corruption Watch pada Tahun 2009 di daerah Jabotabek, yang menyatakan bahwa 28,4 % pasien miskin mengungkapkan pengurusan administrasi rumah sakit masih rumit dan berbelit-belit, sekitar 46,9 % mengeluhkan antrian panjang. Selain itu, pasien rawat inap juga mengeluhkan ihwal rendahnya kunjungan dan disiplin dokter terhadap pasien, sedangkan 65,4 % pasien perempuan rawat inap mengeluh kurang ramahnya sikap perawat terhadap mereka (Amri, 2010). Masalah ini bukan hanya terjadi di Jabotabek, berbagai keluhan dirasakan juga pada salah satu rumah sakit pemerintah di kota Palembang (Kertaningtyas,

2011), terutama pelayanan medis untuk pasien yang menggunakan jasa jamkesmas (Noerdin, 2011).

Fenomena ini sangat bertolak belakang dengan tujuan utama penerapan BLU pada rumah sakit, seperti yang diungkapkan oleh Menteri Kesehatan bahwa dengan penerapan BLU, rumah sakit yang bersangkutan bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Supari, 2006). Besarnya manfaat yang akan diperoleh dengan status BLU tersebut, maka diharapkan pada Tahun 2011 ini seluruh rumah sakit di Indonesia sudah berstatus Badan Layanan Umum (Supari, 2006).

Keberhasilan rumah sakit BLU dalam kinerjanya telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan dalam 3 (tiga) indikator yaitu pelayanan, mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat serta keuangan (Husein, 2007). Untuk mengukur tiga indikator di atas perlu adanya pengukuran kinerja yang komprehensif mencakup kinerja finansial maupun kinerja non finansial seperti tingkat kepuasan pasien, cara rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan dan tingkat kepuasan pegawai rumah sakit terhadap sistem manajemen yang diterapkan, sehingga dengan demikian para pengambil kebijakan mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kinerja rumah sakit.

BLU dalam perkembangannya dapat dijabarkan menjadi dua yaitu BLU dan BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). BLU dibentuk oleh pemerintah pusat sedangkan BLUD oleh pemerintah daerah. Berdasarkan Permendagri No. 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 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. Dalam hal pengintegrasian laporan keuangan, BLU mengkonsolidasikan laporan keuangannya dengan kementerian negara berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) yang diserahkan melalui KPKN, sedangkan pada BLUD laporan keuangan triwulan, semesteran, maupun tahunan diserahkan melalui PPKD yang baru kemudian dikonsolidasikan dengan laporan keuangan pemerintah daerah.

2. Rumusan Masalah

Perubahan ini juga berimbas pada Rumah sakit daerah Kayu Agung yang masih dikelola secara konvensional dan akan berubah untuk penerapan BLU pada tahun mendatang. Berdasarkan prinsip ekonomi, produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat dan untuk persiapan perubahan tersebut maka perlu dilakukan penelitian Analisa Perhitungan Tarif Rumah Sakit Daerah Kayu Agung.

3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengukur dan mengevaluasi rencana rumah sakit Daerah Kayu Agung menjadi Badan Layanan Umum dari aspek finansial dan non finansial. Secara singkat penentuan tarif dimaksud dihitung berdasarkan unit cost yang dianalisa dari biaya langsung dan biaya tak langsung.

4. Metodologi Penelitian

Dalam menganalisis kinerja Rumah Sakit Kayu Agung dilakukan secara bersama-sama dengan petugas rumah sakit melalui Fokus Group discussion dan hasilnya disimpulkan secara bersama-sama.

4.a Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif yang dilakukan pada Rumah sakit Umum di Kota Kayu Agung yang direncanakan menjadi Badan Layanan Umum (BLU).

2. Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh langsung dari sumber data, yaitu data hasil wawancara dengan manajemen/pegawai rumah sakit. Selain itu digunakan juga data sekunder yang diperoleh secara langsung dari sumber data, yaitu dari laporan dan dokumen perencanaan strategis Rumah Sakit Kayu Agung.

3. Metode Analisis Data

Dalam menganalisis kinerja Rumah Sakit Kayu Agung dilakukan secara bersama-sama dengan petugas rumah sakit melalui Fokus Group discussion dan hasilnya disimpulkan secara bersama-sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Badan Layanan Umum

2.1.1. Pengertian, Tujuan dan Azas Badan Layanan Umum

Banyaknya polemik yang memperdebatkan mengenai bentuk pengelolaan yang paling tepat atas pengelolaan aset dan lembaga pemerintah telah memunculkan suatu alternatif baru yaitu Badan Layanan Umum (BLU). Alternatif ini diharapkan dapat menjadi langkah awal dalam pembaharuan pengelolaan keuangan sektor publik demi meningkatkan pelayanan pemerintah kepada masyarakat. Hal ini dikemukakan dalam definisi BLU menurut Pasal 1 PP No 23 tahun 2005 .

“Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas”.

Tujuan pembentukan BLU menurut UU No 1 Tahun 2004 adalah meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Upaya peningkatan pelayanan menurut PP no 23 Tahun 2005 pasal 2 adalah dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat.

Azas penerapan BLU yang tercantum dalam PP No 23 Tahun 2005 Pasal 3 menyebutkan bahwa :

1. BLU beroperasi sebagai unit kerja kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah untuk tujuan pemberian layanan umum yang pengelolaannya berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh induk yang bersangkutan.
2. BLU merupakan bagian perangkat pencapaian tujuan kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah dan karenanya status hukum BLU tidak terpisah dari kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah sebagai instansi induk.
3. Menteri/pimpinan lembaga/gubernur/bupati/walikota bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum yang didelegasikannya kepada BLU dari segi manfaat layanan yang dihasilkan.
4. Pejabat yang ditunjuk mengelola BLU bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pemberian layanan umum yang didelegasikan kepadanya oleh menteri/pimpinan lembaga/gubernur/bupati/walikota.
5. BLU menyelenggarakan kegiatannya tanpa mengutamakan pencarian keuntungan.
6. Rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja BLU disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak dipisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja kementerian negara/lembaga/SKPD/pemerintah daerah.
7. BLU mengelola penyelenggaraan layanan umum sejalan dengan praktek bisnis yang sehat.

Dari uraian definisi, tujuan dan azas BLU, maka dapat terlihat bahwa BLU memiliki suatu karakteristik tertentu, yaitu : (1) Berkedudukan sebagai lembaga pemerintah yang tidak dipisahkan dari kekayaan negara (2) Menghasilkan barang

dan/atau jasa yang diperlukan masyarakat (3) Tidak bertujuan untuk mencari laba (4) Dikelola secara otonom dengan prinsip efisiensi dan produktivitas ala korporasi (5) Rencana kerja, anggaran dan pertanggungjawabannya dikonsolidasikan pada instansi induk (6) Penerimaan baik pendapatan maupun sumbangan dapat digunakan secara langsung (7) Pegawai dapat terdiri dari pegawai negeri sipil dan bukan pegawai negeri sipil (8) BLU bukan subyek pajak.

Selain itu, sekalipun BLU dikelola secara otonom dengan prinsip efisiensi dan produktivitas ala korporasi, namun terdapat beberapa karakteristik lainnya yang membedakan pengelolaan keuangan BLU dengan BUMN/BUMD, yaitu:

1. BLU dibentuk untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
2. Kekayaan BLU merupakan bagian dari kekayaan negara/daerah yang tidak dipisahkan serta dikelola dan dimanfaatkan sepenuhnya untuk menyelenggarakan kegiatan BLU yang bersangkutan.
3. Pembinaan BLU instansi pemerintah pusat dilakukan oleh Menteri Keuangan dan pembinaan teknis dilakukan oleh menteri yang bertanggung jawab atas bidang pemerintahan yang bersangkutan.
4. Pembinaan keuangan BLU instansi pemerintah daerah dilakukan oleh pejabat pengelola keuangan daerah dan pembinaan teknis dilakukan oleh kepala satuan kerja perangkat daerah yang bertanggung jawab atas bidang pemerintahan yang bersangkutan.
5. Setiap BLU wajib menyusun rencana kerja dan anggaran tahunan.

6. Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) serta laporan keuangan dan laporan kinerja BLU disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari RKA serta laporan keuangan dan laporan kinerja kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah.
7. Pendapatan yang diperoleh BLU sehubungan dengan jasa layanan yang diberikan merupakan pendapatan negara/daerah.
8. Pendapatan tersebut dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja yang bersangkutan.
9. BLU dapat menerima hibah atau sumbangan dari masyarakat atau badan lain.
10. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan keuangan BLU diatur dalam PP No. 23 Tahun 2005

2.1.2. Pengertian, Tujuan dan Azas Badan Layanan Umum Daerah

Banyaknya polemik yang memperdebatkan mengenai bentuk pengelolaan yang paling tepat atas pengelolaan asset dan lembaga pemerintah telah memunculkan suatu alternatif baru yang disebut sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Alternatif ini diharapkan dapat menjadi langkah awal dalam pembaharuan pengelolaan keuangan sektor publik demi meningkatkan pelayanan pemerintah kepada masyarakat. Hal ini dikemukakan dalam definisi BLUD menurut pasal 1 Butir (1) dalam Permendagri No 6 Tahun 2007 tentang Ketentuan Umum.

“Badan Layanan Umum Daerah 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.”

BAB III

ANALISI BIAYA PER UNIT RSUD KAYU AGUNG*

3.1. Pendahuluan

Dengan dikeluarkannya PP No 23 Tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum (BLU) dan Peraturan Menteri Dalam Negeri No 61 Tahun 2007 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) menuntut rumah sakit harus berbenah terutama dari segi keuangan dan akuntabilitasnya. Pengelolaan sumber daya baik manusia, material, peralatan dan teknologi dan keuangan harus dilaksanakan secara tepat, efektif dan efisien sehingga rumah sakit mampu mengelola biaya secara komprehensif.

Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah (RS BLUD) memiliki kewenangan pengelolaan keuangan yang mempunyai fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat yang dikelola secara otonomi dengan prinsip efisiensi dan produktivitas ala korporasi. Hal ini merupakan tantangan bagi pengelola rumah sakit untuk melakukan terobosan-terobosan dalam menggali sumber dana yang dapat dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan biaya operasional dan pengembangan rumah sakit. Terobosan itu dapat dilakukan antara lain dengan mengoptimalkan penerimaan dari unit-unit pelayanan medis dan penunjang medis melalui penentuan tarif berdasarkan perhitungan biaya satuan (unit cost).

Dalam Permendagri No 61 Tahun 2007 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dijelaskan bahwa pola tarif rumah sakit ditetapkan berdasarkan biaya satuan (unit cost). Penghitungan unit cost sangat penting sebagai evaluasi biaya dan dasar dalam penentuan tarif.

Tarif merupakan imbalan atas jasa yang diberikan Badan Layanan Umum Daerah termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan. Semua rumah sakit

6. IRKLAS
7. IRM
8. IRB
9. IRPDL
10. IBS
11. IR PAVILIUN BS
12. Inst LABORATORIUM
13. Inst Radiologi
14. Inst Farmasi
15. Inst Fisioterapi
16. UTDRS
17. Inst Penulasaran Jenazah

- Ambulance
- Unit Penunjang terdiri dari:
 1. Manajemen dan Bagian Tata Usaha dan Bidang Keuangan
 2. Bidang Sarana dan Prasarana
 3. Inst Gizi

3.4. Metode - Metode Alokasi Biaya Tidak Langsung (Unit Pendukung)

Informasi biaya satuan (unit cost) dapat diperoleh dengan melakukan pengukuran dan pembebanan biaya ke objek biaya. Terdapat beberapa metode pengukuran unit cost atau analisis biaya yang telah berkembang, khususnya dalam mengalokasikan biaya tidak langsung dari unit pendukung ke unit utama, antara lain:

1. Metode Simple Distribution (satu langkah)
2. Metode Step Down (Dua langkah)
3. Metode reciprocal
4. Metode Activity Based Costing
5. Metode Modified Activity Based Costing

3.4.1. Metode Simple Distribution (Satu langkah)/ Metode langsung

Merupakan metode yang paling sederhana, yaitu mengalokasikan semua biaya departemen penunjang (misalnya biaya manajemen dan bagian tata usaha, biaya bidang keuangan, dan biaya sarana prasarana) langsung dibebankan semua ke biaya pelayanan medis dan non medis, tanpa memperhatikan keterkaitan antara biaya departemen penunjang yang

pemerintah maupun rumah sakit swasta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, dituntut untuk memiliki hasil perhitungan biaya satuan (unit cost) sebagai dasar penetapan tarif.

3.2. Unit Cost/Biaya Per Unit

Biaya satuan (unit cost) adalah biaya yang dibutuhkan untuk menghasilkan satu unit produk atau jasa, terdiri dari biaya bahan langsung, tenaga kerja langsung dan biaya overhead.

- Biaya bahan langsung yaitu biaya bahan yang langsung digunakan/di konsumsi dalam kegiatan layanan medis/non medis misalnya obat-obatan, jarum suntik habis pakai, kertas, dll.
- Biaya Tenaga kerja langsung adalah biaya tenaga kerja yang terlibat langsung dalam kegiatan pelayanan medis misalnya Dokter, perawat, pegawai administrasi yang tugasnya langsung melayani pasien.
- Biaya overhead adalah biaya bahan tidak langsung, tenaga kerja tidak langsung, dan semua biaya tidak langsung lainnya, misalnya biaya pemeliharaan, biaya penyusutan, dan biaya departemen pendukung.

3.3. Bentuk Departemen/Unit-unit Dalam Organisasi

Dua bentuk departemen/unit-unit dalam organisasi adalah unit pendukung dan unit produksi (untuk rumah sakit disebut unit layanan).

- Departemen/Unit Pendukung adalah unit-unit yang mendukung departemen jasa/unit layanan medis dan non medis menghasilkan jasa layanan.
- Departemen/unit layanan adalah departemen yang menciptakan produk atau jasa. Pada RSUD Kayu Agung terdapat unit pendukung dan unit layanan, yaitu:
- Unit layanan/penayanan medis dan penunjang medis
 1. Intalasi Gawat darurat
 2. Intalasi rawat Jalan
 3. ICU/ICCU
 4. IRA
 5. IR Neonaptus

satu dengan yang lainnya (misalnya biaya bidang keuangan juga digunakan untuk melayani bidang sarana dan prasarana). Semua biaya departemen pendukung tersebut merupakan biaya tidak langsung bagi departemen pelayanan medis dan non medis.

3.4.2. Metode Step Down (Dua langkah)

Metode step down (dua langkah) atau kadang kadang disebut metode bertahap adalah metode alokasi biaya yang mengakui adanya keterkaitan antara departemen penunjang. Dalam metode ini, biaya unit penunjang di alokasikan ke unit penunjang lainnya terlebih dahulu, baru di alokasikan ke departemen produksi (layanan medis dan non medis). Unit penunjang yang memberikan paling banyak kontribusi diletakkan pada urutan yang paling tinggi dalam susunan untuk alokasi ini. Alokasi biaya penunjang di lakukan bertahap sesuai urutan kontribusinya. Bagi departemen penunjang dengan urutan yang lebih tinggi, yang telah di alokasikan biayanya, tidak akan mendapat alokasi lagi dari departemen yang ada di peringkat yang lebih rendah.

3.4.3. Metode reciprocal

Pada metode ini, di perhitungkan adanya hubungan timbal balik antar departemen penunjang. sehingga alokasi biaya dari departemen penunjang dilakukan dengan menggunakan persamaan simultan yang menghitung dan mengalokasikan setiap biaya unit penunjang ke unit penunjang lainnya, kemudian baru dialokasikan ke departemen produksi (layanan medis dan non medis)

3.4.4. Metode Double Distribution

Metode ini hampir sama dengan metode dua, bedanya pada cara alokasi biaya yang dilakukan dalam dua tahapan. adanya kontribusi antara unit dilakukan secara nyata. dalam hal ini tidak ada penutupan suatu unit penunjang yang telah mengalamo alokasi baiay aslinya. dengan demikina maka ada kemungkinan unit penunjang tersebut mendapat alokasi dari unit penunjang lainnya.

3.4.5.a. Metode activity based costing (ABC)

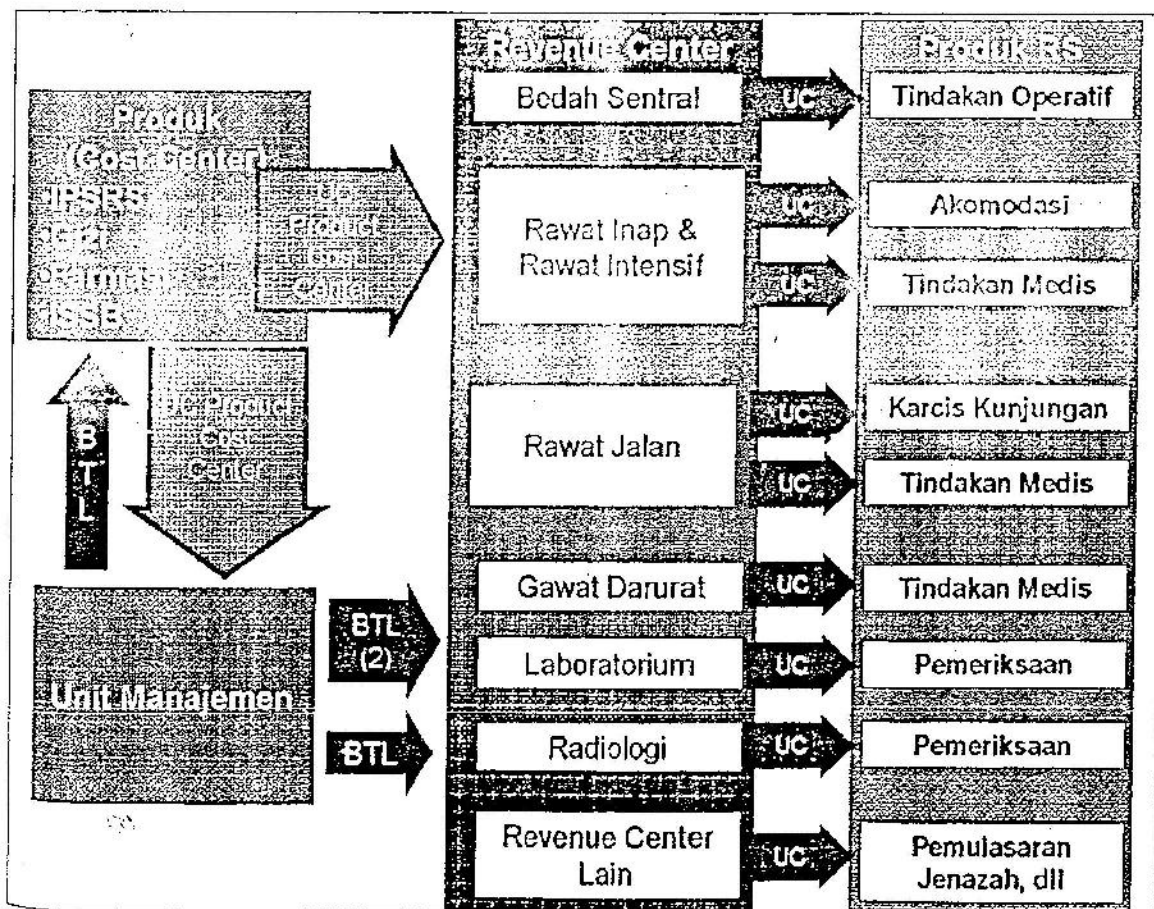
Menurut Mulyadi (2001) ABC adalah sistem akuntansi biaya berbasis aktivitas yang didesain personel dalam melakukan pengurangan biaya dalam jangka panjang melalui pengelolaan aktivitas. kerangka kerja yang dilakuan yaitu dengan mengidentifikasi aktivitas, menghitung akumulasi biaya per kelompok aktivitas, kemudian menghitung standart unit cost untuk produk/output yang dihasilkan yaitu layanan kesehatan. tahapan-tahapan terdiri dari:

1. Identifikasi proses bisnis RSUD

2. Review data keuangan RSUD, untuk mengetahui mata anggaran yang ada serta batasan penggunaannya.
3. Mengidentifikasi dan membuat definisi aktivitas-aktivitas utama yang dilakukan oleh unit-unit layanan, ke dalam activity dictionary.
4. Mengidentifikasi dan menetapkan Cost Object, Direct Labor Cost, Direct Material Cost dan Overhead Cost.
5. Identifikasi Expense Category, Cost Driver, dan Cost Component.
6. Penyusunan hirarki alokasi activity overhead cost pada tingkat bidang. Untuk menentukan/mengestimasi proporsi biaya yang diserap, yaitu melalui proporsi yang besarnya ditentukan oleh cost driver yang telah diidentifikasi
7. Merekonstruksi aktivitas unit layanan berdasarkan activity dictionary pada tahun anggaran 20XX

3.4.5.b. Metode Modified Activity Based Costing (ABC modifikasi)

metode ini adalah metode ABC yang disederhanakan dengan mengadopsi metode double distribution. Aloaksi biaya per unit kerja dan keterkaitannya dengan produk rumah sakit di gambarkan sebagai berikut:



**BAB IV
KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian pada pembahasan yang diuraikan sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan bahwa :

Daftar Tarif NEONATUS berdasarkan Unit COST

NO	TINDAKAN YANG DILAKUKAN	TARIF yg Diusulkan	
		Kelas II	Kelas III
1	Penerimaan pasien baru, Vital Sign (BB, N, T, RR),	Rp 18.096	Rp 9.048
2	perasat bayi (memandikan, GV tali pusat, pasang popok, pasang oksigen, beri minum via oral, colok dubur, SPO2)	Rp 60.000	Rp 54.287
3	Sewa kamar (tanpa inkubator)	Rp 20.000	Rp 14.303
4	Sewa Kamar dengan Inkubator	Rp 35.000	Rp 28.606
5	Pemasangan IVFD (persiapan pasien dan alat)	Rp 40.000	Rp 36.191
6	Injeksi pasien (persiapan pasien dan alat)	Rp 40.000	Rp 36.191
7	Resusitasi jantung paru-paru (untuk bayi yang henti napas dan akan meninggal) → persiapan pasien dan alat	Rp 65.000	Rp 54.287
8	Pasang OGT (persiapan pasien dan alat)	Rp 65.000	Rp 54.287
9	nebulizer (persiapan pasien dan per- siapan alat dan obat)	Rp 65.000	Rp 54.287
10	Spooling OGT persiapan pasien dan per- siapan alat)	Rp 24.000	Rp 18.096
11	Maag slang (persiapan pasien dan per- siapan alat)	Rp 40.000	Rp 36.191
12	Scorstein (persiapan pasien dan persiap- an alat)	Rp 40.000	Rp 36.191
13	ganti cairan infus (persiapan alat dan persiapan pasien)	Rp 24.000	Rp 18.096
14	pasang transfusi darah (persiapan pasien dan per- siapan alat)	Rp 40.000	Rp 36.191

Daftar Tarif NEONATUS berdasarkan Unit COST

NO	TINDAKAN YANG DILAKUKAN	TARIF yg Diusulkan	
		Rp	Rp
15	penetesan obat mata (persiapan pasien, persiapan obat)	36.000	36.191
16	breast care (persiapan orang tua pasien, persiapan alat)	40.000	36.191
17	spooling mata (persiapan pasien, persiapan alat)	40.000	36.191
18	beri minum via ogt (persiapan pasien, dan ibu bayi, persiapan alat)	40.000	36.191
19	metode kangguru (persiapan pasien dan ibu bayi persiapan alat)	65.000	54.287
20	mandi PK (kalium permangan) persiapan pasien, persiapan obat dan alat	65.000	54.287
21	pasang kateter persiapan pasien, persiapan obat dan alat	45.000	36.191
22	Lumbal Punctie (LP)	65.000	54.287
23	Photo Therapi	65.000	54.287
24	pasang fototerapi (persiapan pasien, persiapan obat dan alat)	65.000	54.287
25	terapi oksigen (persiapan pasien, persiapan obat dan alat)	36.000	36.191
26	suction (persiapan pasien, persiapan obat dan alat)	40.000	36.191
27	beri minum via tetes (persiapan alat)	24.000	18.096
28	perawatan jenazah (persiapan pasien, persiapan obat dan alat)	65.000	54.287
29	Resusitasi bimanual (untuk pasien yang akan meninggal)	65.000	54.287

DAFTAR PUSTAKA

- Amri Bambang Afri. 2010. ICW Temukan 13 Rumah Sakit Negeri Nakal. http://nasional.vivanews.com/news/read/124539/icw_temukan_13_rumah_sakit_negeri_nakal. Diunduh 10 Februari 2011.
- Andersen, H.V. and Gavin Lawrie. 2002. *Improving Public Sector Governance through better Strategic Management*. Berkshire. UK: 2GC Active Manajemen.
- Adriansyah. RSUD H Boejasin resmi jadi BLUD. <http://www.tanahlautkab.go.id/berita-utama/rsud-h-boejasin-resmi-menjadi-blud.cfm>. Diunduh 10 Maret 2011
- AM, Vianey Norpatiwi. Aspek Value added Rumah Sakit Sebagai Badan Layanan Umum. <http://www.stieykpn.ac.id/images/artikel/Aspek%20Value%20Added%20Rumah%20Sakit.pdf>. Diunduh 11 Maret 2011
- Amajaya, Ferry. 2006. Efektivitas Pemulihan Jasa Dalam Upaya Membangun Loyalitas Pasien Rumah Sakit. Seminar Program Pengembangan Diri (PPD). Universitas Sriwijaya. Palembang.
- Daniri, Mas Achmad. 2006. *Good Corporate Governance: Konsep dan Penerapannya dalam Konteks Indonesia*. Gloria Printing. Jakarta.
- Devas. Briant. 1989. *Keuangan Pemerintah Daerah Di Indonesia*. Jakarta : UI (Press)
- Ernawati. Dasuki, Djaswari, Wahab, Abdul. Evaluasi Kinerja Pelayanan Antenata! Antara Puskesmas Cakupan Tinggi Dengan Puskesmas Cakupan Rendah Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard*. <http://www.scribd.com/doc/54070452/jurnal-kesmas>. Diunduh 22 September 2011
- Freeman, R.E., dan J. McVea. 2001. *A Stakeholder Approach to Strategic Management*. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=263511. SSRN. Diunduh 25 Mei 2011
- Fatmanelly. Astiena, Kasni, Adila, Busuddin, Hendri. 2010. Analisis Kinerja RSUD, dr. Adnan WD Tahun 2010 dengan Metode *Balanced Scorecard*. <http://www.pasca.unand.ac.id/id/wp-content/uploads/2011/09/FATMA-JURNAL-OKE.pdf>. Diunduh 12 November 2011

Gibson, JL. Ivan, Cevick, JM, Donnely. 1987. Organisasi dan Manajemen Prilaku, Struktur, Proses. Erlangga, Jakarta

Chairin. Ghozali. 2007. Teori Akuntansi. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang

Husein, W Farid . 2007. Kinerja Rumah Sakit BLU Harus Memberi Pelayanan Terbaik. <http://www.depkominfo.go.id/berita/berita-utama-berita/kinerja-rumah-sakit-blu-harus-memberi-pelayanan-terbaik>. Diunduh 3 Maret 2011

Hartati, Tjahjono, Kuntjoro. Mutu Pelayanan Puskesmas dengan Pembebasan Tarif Restribusi di Kabupaten Simalungun Provinsi Sumatera Utara. Working Paper Series No 04. Oktober 2007. *First Draft*. http://lrc_kpmk.ugm.ac.id/id/up_pdf/working/No.4_Hartati_10_07_wpd

Imelda. 2004. Implementasi *Balanced Scorecard* pada Organisasi Publik. Jurnal Akuntansi dan Keuangan Vol 6 November 2004, pp 106-122

Kaplan, Robert S. & Norton, David P. 2000. Penerjemah: Peter R. Yosi Pasla. *Balanced Scorecard : Menetapkan Strategi menjadi Aksi*. Jakarta : Erlangga

Kertaningtyas. 2011. Konferensi Pers Untuk Herdian <http://pulaukabal.wordpress.com/2011/01/21/konferensi-pers-untuk-herdian>. Di unduh 17 Februari 2011

Kasmir. 2010. Analisis Laporan Keuangan. Jakarta : Rajawali Pers

LAN & BPKP. 2000. *Modul Sosialisasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Jakarta : LAN

Lembaga Pengembangan Sumberdaya Kesehatan (LPSK). 2010. Pedoman Penilaian Tingkat Kesehatan Rumah Sakit.

Listyani, Ika. Hubeis Musa, Triyulianti, Erlin. Analisis Pengukuran Kinerja dengan Metode *Balanced Scorecard* Pada Sub Direktorat Property and Facilities Management PT. Indosat, Tbk. <http://repository.jpb.ac.id/bitstream/handle/123456789/23365/Analisis%20pengukuran%20kinerja%20dgn%20metode%20balanced%20...%2810%20hal%29.pdf?sequence=1>. Diunduh 20 Agustus 2011

Mahmudi. 2010. Manajemen Kinerja Sektor Publik. Jakarta : STIE YKPN

- Massarie. 2007. Badan Layanan Umum Adalah Pengakuan Dosa. <http://masarie.wordpress.com/2007/12/10/badan-layanan-umum-adalah-pengakuan-dosa/>. Diunduh 5 Maret 2011
- Mardiatmo.2010. BLU RS: Pelayanan Cepat, Pendapatan Meningkat. http://dinkessulsel.go.id/new/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=1. Diunduh 10 Mar
- Mahsun, Mohammad. 2009. Pengukuran Kinerja Sektor Publik. Yogyakarta : BPFE
- Maskur. 2004. Pengukuran Kinerja dengan Pendekatan *Balanced Scorecard* (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang). Tesis-S2. Universitas Diponegoro. Tidak Dipublikasikan
- Muhammad, Iman. Pengaruh Motivasi Kerja Perawat *Outsourcing* Terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Tembakau Deli Medan Tahun 2009. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/22105/6/Cover.pdf> diunduh 15 Juni 2011
- Mulyadi. Alternatif Pemacuan Kinerja Personel Dengan Pengelolaan Kinerja Terpadu Berbasis *Balanced Scorecard*. <http://www.roadmap.depkeu.go.id/Ina/Files/pustaka001.pdf> diunduh 15 Juni 2011
- Niven, Paul R.2003. *Balanced Scorecard Step By Step For Government And Non Profit Agencies*, New Jersey : Juhon Wiley and Sons.
- Nany, Magdalena. Raharjo, Lyna. Handini, Kartika, Winda. 2008. Penerapan *Balanced Scorecard* Sebagai Pengukur Kinerja Manajemen Pada Rumah Sakit Umum Daerah Indramayu. *Jurnal Riset Akuntansi dan Keuangan*, Vol .4 No. 1 Februari 2008
- Nunnally, I.C. 1978. *Psycometric Theory*. 2nd. Mc Graw-Hill. New York
- Noerdin, Zulkarnain. 2011. Dua jam Nunggu Dokter Baru Datang. Sriwijaya Post, 6 September 2011. Palembang
- Piani, Liska. 2008. Rasio Finansial dan Rasio Non Finansial Sebagai Dasar Pengukuran Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah DR.H.M Rabain Muara Enim, Tesis. Pasca Sarjana Universitas Sriwijaya. Tidak Dipublikasikan