



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BIAYA DAN PENDAPATAN
UNIT HAEMODIALISA DI
RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG
TAHUN 2007**

Oleh :

**FERA CHRISTIANI
NPM. 0606020285**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya;

Nama : FERA CHRISTIANI
NPM : 0606020285
Mahasiswa Program : Pascasarjana ilmu kesehatan Masyarakat UI
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan
Tahun Akademik : 2006/2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul;

“Analisis Keuangan Unit Haemodialisa dengan Sistem *Outsourcing* di RSUD
Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2005”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Juli 2007



(FERA CHRISTIANI)

ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Tesis, 19 juli 2006

Fera Christiani

**Analisis Biaya dan pendapatan Unit Haemodialisa dengan Sistem *Outsourcing*
di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2007**

iiii + 50 halaman, 5 tabel , 2 lampiran

Perubahan pengelolaan rumah sakit pemerintah dari orientasi sosial menjadi orientasi sosial bisnis, hal ini terjadi karena perubahan tuntutan dari konsumen sebagai pengguna dan juga oleh pemberi pelayanan. Selain itu menyongsong era Globalisasi, perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan, persaingan antar rumah sakit dan kondisi keuangan pemerintah yang terbatas dalam pembiayaan rumah sakit. Peningkatan mutu yang baik dan terjangkau oleh ekonomi Konsumen secara umum.

RSUD dr.H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung merupakan salah satu rumah sakit swadana pemerintah yang mengemban misi sosial dan juga merupakan rumah sakit pusat rujukan di propinsi Lampung, sejak meningkatnya kebutuhan masyarakat akan Mesin cuci darah atau haemodialisa tahun 1999, telah berperan untuk mengadakan alat tersebut dengan melakukan *Outsourcing* dengan pihak ketiga dengan perjanjian Pinjam pakai mesin dan pembelian haemodialisa set kepada perusahaan tersebut.

Paket haemodialisa tersebut seharga Rp.549.350 untuk yang baru dan Rp.454.350 untuk yang *Reuse*. Dengan tarif Perda Rp. 729.350 baru dan Rp. 634.350 untuk yang *Reuse*.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapat berapa *Cost* yang harus dikeluarkan unit Haemodialisa dan berapa *Revenue* yang didapat dari tindakan tersebut tahun 2007, penelitian ini bersifat *Operasional Research* melalui pendekatan Kualitatif.

Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa, *Revenue* yang didapat unit haemodialisa setelah dikurangi *Cost* ada *Surplus*.

Dari hasil penelitian , maka disimpulkan bahwa unit haemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, dengan sistem *Outsourcing* mempunyai potensi untuk mendapatkan *Surplus* lebih besar apabila dilakukan dengan investasi sendiri mesin Haemodialisa, mensosialisasikan kepada Direksi dan Jajaranya, melakukan penelitian lebih lanjut terhadap unit lain yang akan melakukan *Out Sourcing*.

Kepustakaan: 30 (1992 - 2007)



ABSTRACT

UNIVERSITY OF INDONESIA
POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF PUBLIK HEALTH
STUDY PROGRAM OF PUBLIK HEALTH

Thesis, 21 July 2008

Fera Christiani

Analysis cost and revenue in unit haemodialysis retribution Hospital of Dr. H.AbdulMoeloek Lampung Province Year 2007

Xi + 50 pages, 6 tables

Change of management of governmental hospital of social orientation of social orientation of business, matter of interjadi because change of demand of consumer as consumer as well as by giver of that pelayanan.selain welcome Globalization era, growth of and science of tehnologi in health area, emulation between monetary condition and hospital of limited government in defrayal of hospital. top notch Improvement and reached by Consumer economics in general

RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Lampung Province to represent one of the hospital of innate governmental which is carry of social mission as well as representing hospital center province reference Float, its of requirement of Blood washing machine society will or year haemodialisa 1999, sharing to perform a the the appliance by doing/conducting Outsourcing with third party with agreement Borrow to wear machine and purchasing of haemodilaisa set to company

package of Haemodialisa the at the price of Rp.549.350 for the things newly and Rp.454.350 for the things Reuse. With tariff of Perda Rp. 729.350 newly and Rp. 634.350 for the things Reuse

Intention of this research is to get how much/many Cost which must be released by unit of Haemodialisa and how much/many got Revenue of action of year

2007, this research have the character of Operational of Research pass approach Qualitative

From result of research got by result of that, got by Revenue is unit of haemodialisa after lessened by Cost there is Surplus

From result of research , hence concluded that unit of haemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Province Float, with system of Outsourcing potency mempunyai to get bigger Surplus if Done/conducted with invesment alone machine of Haemodialisa, socializing to Board of directors and of Staff only,Melakukan furthermore advance research to other unit to do/conduct Out Sourcing

Literature: 30 (1992 - 2007)





UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BIAYA DAN PENDAPATAN
UNIT HEMODIALISA DI
RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG
TAHUN 2007**

Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :

**FERA CHRISTIANI
NPM. 0606020285**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**ANALISIS KEUANGAN UNIT HEMODIALISA
DENGAN SISTEM OUTSORCING DI
RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG
TAHUN 2007**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim penguji tesis program pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2008

Komisi Pembimbing



(Pujianto, SKM.M.Kes)

**PANITIA UJIAN SIDANG TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



(Pujiyanto, SKM. M.Kes)

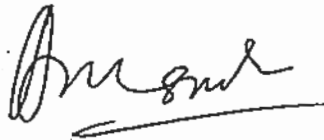
Anggota



(Dr. Ronnie Rivany, drg. MSc)



(dr. Noor Sardono, M.Kes)



(Dewa Made Angga Wisnawa. SKM. MSc. PH)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama : FERA CHRISTIANI
2. Tempat, tanggal lahir : LIWA, 18 FEBRUARI 1970
3. Agama : ISLAM
4. Riwayat Pendidikan :
 - A. SDN 3 Teladan Lampung Barat , Lulus tahun 1982
 - B. SMP N Lampung Barat, Lulus tahun 1985
 - C. SPK Bandar Lampung, Lulus tahun 1988
 - D. Fakultas Kesehatan Masyarakat URINDO, Lulus tahun 2004
5. Riwayat Pekerjaan :
 - A. Pelaksana perawatan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung , tahun 1988- 2004
 - B. Tim Pendidikan Pelatihan dan Penelitian Pengembangan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, tahun 2004-sekarang

KATA PENGANTAR

Puji Sukur penulis sampaikan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat, Ridhoda dan Karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Tesis ini penelitiannya dilakukan di Unit Haemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tentang Analisa keuangan dengan Sistem outsourcing tahun 2007.

Selama proses penelitian ini penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa Hormat dan terima kasih yang sebesar – besarnya terutama kepada Bapak Prof. Hasbullah Thabrany, dr. MPH, Dr PH. yang telah meluangkan waktunya diantara kesibukannya untuk memberikan ilmu, membimbing, mengoreksi dan mengarahkan dengan penuh kesabaran dalam membimbing penulis dari awal. Kepada pak Pujianto, SKM .M.Kes penulis haturkan banyak terima kasih yang telah dengan sabar membantu penulis menyelesaikan tesis ini dengan meluangkan waktu diantara kesibukan beliau terima kasih atas diskusi dan masukan dari bapak, yang dengan sabar membangkitkan semangat penulis diantara keputus asaan untuk dapat menyelesaikan tesis ini. Semoga ini menjadi amal bagi bapak, hanya tuhan yang dapat membalas semua kebaikan bapak berdua. Semoga Alloh Melimpahkan Rahmat dan Karunianya kepada bapak dan keluarga.

Tak lupa penulis sampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada :

1. Pimpinan dan Staf FKM Universitas Indonesia yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Magister.

2. Ketua departemen AKK beserta Staf dan jajarannya yang telah banyak membantu penulis dan memberikan ilmu pengetahuan, serta menyediakan sarana dan prasarana yang nyaman selama pendidikan .
3. Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek beserta jajaran Direksi dan Staf yang telah memberi kesempatan dan dukungan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan magister
4. Teman – teman angkatan 2006 terutama Ekokes atas kebersamaan dan kerja sama selama ini Rosa, uni eva, mas gatot, jufri, rahmi, samsul, irwan, raihan dan Devi semoga kebersamaan ini tetap abadi
5. Dr.M Iqbal.SpA, dr Surya PD MARS, Bu Febri Skep. pak Jauhari,SKM,M.Kes dan semua teman – teman bagian Diklat RSAM (jeng Nanik, Jeng Endang dan pak Ismail.SIP) makasih atas dukungan, Pengertian dan Doanya
6. Kepada ibu Hj.Choironi A. Serta adik adikku yang memberikan sayang cinta dan doa kepada penulis dan keluarga.Semoga Allah SWT memberikan Rahmat dan Karunianya
7. Dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberi bantuan dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan. Semoga bantuan Bpk/Ibu yang tulus dibalas oleh Allah SWT

Khusus Buat Suamiku Tercinta (Andy Maryus, MS) dan anak – anaku tersayang (Eka Pramuditha Sarie, Ferdi Chandra Aliem dan Adek Alfira Zalfa Luthfia) terima kasih atas doa – doanya, pengertian dan dukungannya yang menguatkan dan menyejukan hati, terutama buat adek Cha – Cha mama minta maaf

tidak dapat sepenuhnya memberi perhatian, mengantar dan menemani adek untuk berangkat sekolah, belajar bermain di TK.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan tesis ini, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang berguna untuk perbaikan sehingga laporan ini dapat bermanfaat bagi semua orang yang membutuhkan.



Bandar Lampung, Juli 2008

Fera Christiani

DAFTAR ISI

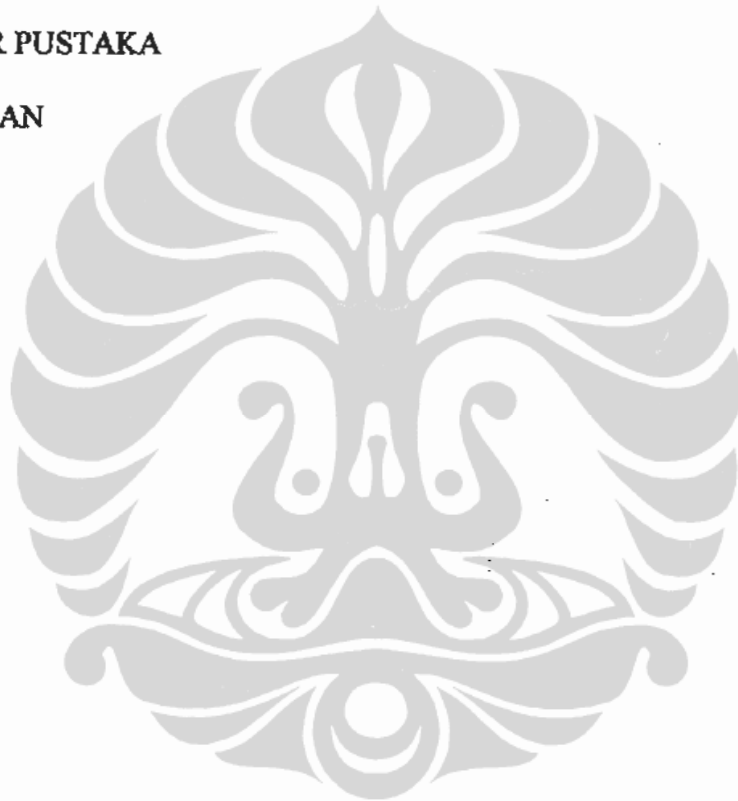
JUDUL	hal
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3.Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep dan Teori Biaya	7
2.2. Evaluasi Ekonomi di Bidang kesehatan	12
2.3 Analisa Kelayakan Investasi	14
2.4 Dialisis	16
2.5 Hemodialisa	17
2.6. Efisiensi Biaya.....	18

BAB III. KERANGKA KONSEP	27
3.1. Kerangka Konsep	27
3.2. Definisi Operasional	28
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN.....	30
4.1. Rancangan Penelitian	30
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	30
4.3. Data dan Sumber Data.....	30
4.4. Pengolahan dan Analisis Data	32
BAB V. HASIL PENELITIAN.....	35
5.1. Pendapatan Dari Unit Haemodialisa	35
5.2. Biaya Unit Haemodialisa.....	36
5.3. Perbandingan <i>Cost</i> dan <i>Revenue</i> unit Haemodialisa	41
BAB VI. PEMBAHASAN	42
6.1. Keterbatasan Penelitian	42
6.2. Analisis Pendapatan dari Unit Haemodialisa.....	43
6.2.1. Ketersediaan Dana	43
6.2.2. Analisis Total Penerimaan Unit Haemodialisa.....	43
6.3. Analisis Komponen Biaya Yang Berperan dalam perhitungan biaya	44
6.3.1. Biaya Investasi.....	44
6.3.2. Biaya Operasional	45
6.3.3. Biaya Pemeliharaan	47

6.4	Analisa perbandingan Cost dan Revenue unit Haemodialisa.....	
	48
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....		
7.1.	Kesimpulan	49
7.2.	Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

No. Tabel		Hal
Tabel 1.1	Rekapitulasi jumlah pasien dan tindakan Haemodialisa di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi lampung tahun 2007	2
Tabel 5.1		
Tabel 5.1	Biaya Investasi Langsung Unit Haemodialisa RSUD Dr.H Abdul Moeloek propinsi Lampung Tahun 2007	37
Tabel 5.2	Biaya Operasional langsung Unit Haemodialisa RSUD Dr.H Abdul Moeloek propinsi Lampung Tahun 2007	39
Tabel 5.3	Distribusi Biaya Langsung Dan Tak Langsung Unit Haemodialisa Menurut Mata anggaran RSUD Dr.H Abdul Moeloek propinsi Lampung Tahun 2007	40

ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Tesis, 19 juli 2006

Fera Christiani

**Analisis Biaya dan pendapatan Unit Haemodialisa dengan Sistem *Outsourcing*
di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2007**

iiii + 50 halaman, 5 tabel , 2 lampiran

Perubahan pengelolaan rumah sakit pemerintah dari orientasi sosial menjadi orientasi sosial bisnis, hal ini terjadi karena perubahan tuntutan dari konsumen sebagai pengguna dan juga oleh pemberi pelayanan. Selain itu menyongsong era Globalisasi, perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan, persaingan antar rumah sakit dan kondisi keuangan pemerintah yang terbatas dalam pembiayaan rumah sakit. Peningkatan mutu yang baik dan terjangkau oleh ekonomi Konsumen secara umum.

RSUD dr.H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung merupakan salah satu rumah sakit swadana pemerintah yang mengemban misi sosial dan juga merupakan rumah sakit pusat rujukan di propinsi Lampung, sejak meningkatnya kebutuhan masyarakat akan Mesin cuci darah atau haemodialisa tahun 1999, telah berperan untuk mengadakan alat tersebut dengan melakukan *Outsourcing* dengan pihak ketiga dengan perjanjian Pinjam pakai mesin dan pembelian haemodialisa set kepada perusahaan tersebut.

Paket haemodialisa tersebut seharga Rp.549.350 untuk yang baru dan Rp.454.350 untuk yang *Reuse*. Dengan tarif Perda Rp. 729.350 baru dan Rp. 634.350 untuk yang *Reuse*.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapat berapa *Cost* yang harus dikeluarkan unit Haemodialisa dan berapa *Revenue* yang didapat dari tindakan tersebut tahun 2007, penelitian ini bersifat *Operasional Research* melalui pendekatan Kualitatif.

Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa, *Revenue* yang didapat unit haemodialisa setelah dikurangi *Cost* ada *Surplus*.

Dari hasil penelitian , maka disimpulkan bahwa unit haemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, dengan sistem *Outsourcing* mempunyai potensi untuk mendapatkan *Surplus* lebih besar apabila dilakukan dengan investasi sendiri mesin Haemodialisa, mensosialisasikan kepada Direksi dan Jajaranya,melakukan penalitian lebih lanjut terhadap unit lain yang akan melakukan *Out Sourcing*.

Kepustakaan: 30 (1992 - 2007)

DAFTAR ISI

JUDUL	hal
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3.Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep dan Teori Biaya	7
2.2. Evaluasi Ekonomi di Bidang kesehatan	12
2.3 Analisa Kelayakan Investasi	14
2.4 Dialisis	16
2.5 Hemodialisa	17
2.6. Efisiensi Biaya.....	18

BAB III. KERANGKA KONSEP	27
3.1. Kerangka Konsep	27
3.2. Definisi Operasional	28
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN.....	30
4.1. Rancangan Penelitian	30
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	30
4.3. Data dan Sumber Data	30
4.4. Pengolahan dan Analisis Data	32
BAB V. HASIL PENELITIAN	35
5.1. Pendapatan Dari Unit Haemodialisa	35
5.2. Biaya Unit Haemodialisa	36
5.3. Perbandingan <i>Cost</i> dan <i>Revenue</i> unit Haemodialisa	41
BAB VI. PEMBAHASAN	42
6.1. Keterbatasan Penelitian	42
6.2. Analisis Pendapatan dari Unit Haemodialisa.....	43
6.2.1 Ketersediaan Dana	43
6.2.2 Analisis Total Penerimaan Unit Haemodialisa.....	43
6.3. Analisis Komponen Biaya Yang Berperan dalam perhitungan biaya	44
6.3.1 Biaya Investasi.....	44
6.3.2 Biaya Operasional.....	45
6.3.3 Biaya Pemeliharaan	47

6.4	Analisa pembandingan Cost dan Revenue unit Haemodialisa.....	48
.....		
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN.....	
7.1.	Kesimpulan	49
7.2.	Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Perubahan pengelolaan rumah sakit pemerintah dari orientasi sosial menjadi orientasi sosial bisnis tidak lepas dari tuntutan masyarakat akan pelayanan rumah sakit yang bermutu. Pelayanan rumah sakit senantiasa dituntut peningkatannya tidak hanya oleh konsumen, akan tetapi juga oleh pemberi pelayanan dan oleh pihak lain misalnya pihak yang membiayai pelayanan rumah sakit (Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah/Kota).

Selain itu menyongsong era globalisasi, perkembangan ilmu dan teknologi, persaingan antar rumah sakit dan kondisi keterbatasan keuangan pemerintah dalam pembiayaan rumah sakit, maka institusi Rumah sakit yang dimiliki pemerintah dituntut untuk dapat beroperasi dengan memenuhi kebutuhan *customer* (konsumen) dengan mutu pelayanan yang baik dan terjangkau oleh kemampuan ekonomi masyarakat secara umum.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung , adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Lampung, merupakan Rumah sakit tipe B yang memiliki sarana rawat inap berkapasitas 600 tempat tidur (kondisi s/d akhir 2007). Status RSUD Dr. H. Abdul Moeloek adalah sebagai Lembaga Tehnis Daerah (LTD), berbentuk badan, dan beroperasi sebagai Unit Swadana sejak tahun 2000, disuatu sisi bukti kemampuan pengelolaan keuangan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek sudah dianggap layak dimana rumah sakit dapat mengelola dana penerimaan fungsionalnya sendiri tanpa disetor ke Kas daerah dan sisi lain tentunya

peningkatan tanggung jawab terhadap eksistensi rumah sakit dimasa yang akan datang.

Rumah sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek sebagai rujukan layanan kesehatan di Propinsi Lampung memiliki peran penting dalam membantu mewujudkan Sistem Kesehatan Nasional terutama di Bandar Lampung dan sekitarnya. Sesuai dengan misi keduanya meningkatkan pelayanan unggulan. Yang mana saat ini rumah sakit telah melaksanakan pelayanan tersebut antara lain : EEG (*Electro Encephalographi*), sebanyak 530, *Electro Kardiographi* (EKG) 3.960, *Endoskopi* (semua bentuk) 354, dan pelayanan *Haemodialisa* sebanyak 13.138 kali tindakan yang dilakukan selama tahun 2007. Untuk pelayanan dengan mesin *Haemodialisa* tahun 2007, untuk jelasnya dapat kita lihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.1
Rekapitulasi Jumlah Pasien dan Tindakan Hemodialisa
Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Prop.Lampung
Tahun 2007

BULAN	JUMLAH PASIEN			JUMLAH TINDAKAN		
	ASKES	UMUM	ASKESKIN	ASKES	UMUM	ASKESKIN
Januari	84	1	61	666	4	389
Februari	85	4	77	602	6	407
Maret	79	3	87	643	4	497
April	82	1	72	585	1	420
Mei	79	-	75	645	-	479
Juni	79	2	83	594	5	504
Juli	79	1	76	603	1	506
Agustus	78	-	74	603	-	511
September	74	3	80	543	7	484
Oktober	80	1	88	616	1	573
Nopember	83	4	88	604	7	547
Desember	81	2	81	557	5	519
Sub Total	963	22	942	7261	41	5836
TOTAL	1.927			13.138		

Sumber : Buku Register Ruang Haemodialisa

Dari data diatas dapat kita lihat bahwa penderita yang membutuhkan pelayanan Haemodialisa cukup banyak. Untuk saat ini di RSUD Dr.H.Abdul Moeloek terdapat mesin Haemodialisa sejumlah 16 buah yang kesemuannya adalah hasil kerjasama dengan pihak luar (PT) yang sudah berjalan sejak tahun 1995. Oleh karena harga mesin HD tersebut cukup mahal sementara RS tidak memiliki dana untuk investasi yang mana pada saat itu pengelolaan keuangan RS masih dikelola oleh PEMDA Prop.Lampung untuk menggunakan belanja modal harus dengan persetujuan dari Legislatif (DPRD), yang kita ketahui memerlukan proses yang panjang.

Maka pemerintah daerah dalam hal ini RS mengambil kebijakan untuk melakukan kerjasama dengan pihak investor untuk mengadakan mesin Haemodialisa yang saat itu dianggap sangat dibutuhkan. Tidak semua unit di rumah sakit dapat di *Outsourcing*, untuk fungsi yang strategis dan merupakan unggulan rumah sakit sebaiknya tidak di *Outsourcing*, beberapa yang dapat di *Outsourcing* antara lain catering makanan, penyediaan linen rumah sakit, jasa perbankan, *cleaning service*, *maintenance* dan repair peralatan canggih (Depkes RI, 2005). Namun dalam hal ini RS mengambil keputusan melakukan *Outsourcing/KSO* dengan tujuan *reengineering* peralatan canggih

Tuntutan pengelolaan Rumah sakit secara *efisien* dan *efektif* dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi kesehatan, secara tidak langsung akan memberi dampak besar terhadap *efisiensi* pelayanan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan apa yang tertulis dalam dokumen Rencana Strategis Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005-2009. Departemen Kesehatan mempunyai kebijakan

pelaksanaan untuk meningkatkan *efisiensi* dan *efektifitas* pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah sakit (Depkes RI, 2005).

Sejak dilaksanakannya KSO/*Outsourcing* mesin Haemodialisa sejak tahun 1999 sampai saat ini, belum ada analisa atau evaluasi *Cost* dan *Revenue*/pendapatan dari pemakaian mesin Haemodialisa tersebut pada RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan data diatas dengan banyaknya kunjungan pasien yang akan mendapatkan perawatan dengan Haemodialisa maka untuk dapat memenuhi tuntutan masyarakat dan sesuai dengan misi RSAM untuk” memberi pelayanan prima disegala bidang dan menyelenggarakan , mengembangkan pusat – pusat pelayanan unggulan” .

Menyadari keterbatasan kemampuan pemerintah terutama dalam bidang pendanaan sektor kesehatan dan untuk menekan berkembangnya masalah tersebut diatas maka pemerintah mengambil kebijakan mencari berbagai alternatif pembiayaan yang *efektif* dan *efisien*, pada saat itu diambil kebijakan melakukan KSO mesin HD. Sejak dilaksanakannya KSO belum pernah dilakukan analisis tentang Biaya dan pendapatan dari pemakaian mesin Haemodialisa tersebut pada RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka sangat menarik untuk dilakukan perhitungan analisis biaya dan pendapatan dari Haemodialisa di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2007.

Pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Berapa biaya yang dikeluarkan untuk unit Haemodialisa di RSAM tahun 2007?
2. Berapa pendapatan ruang Haemodialisa untuk Pihak RS dan Pihak ke III tahun 2007?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk memperoleh Informasi biaya dan pendapatan dari pelaksanaan KSO mesin Haemodialisa di RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung selama tahun 2007, untuk mengambil keputusan melakukan investasi sendiri mesin haemodialisa atau tetap memperpanjang Kerja Sama Oprasional.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketahui biaya yang dikeluarkan untuk unit Haemodialisa di RSAM tahun 2007?
2. Diketahui pendapatan unit Haemodialisa untuk Pihak RS dan Pihak ketiga tahun 2007.

1.5. Manfaat Penelitian

- a. Diharapkan dapat memberikan informasi tentang Biaya dan Manfaat yang didapat dari unit Haemodialisa dengan memakai sistem KSO
- b. Sebagai bahan pertimbangan para pengambil keputusan di Rumah sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung dalam menetapkan tarif dan melakukan negosiasi dengan pihak ke III
- c. Sebagai pengalaman berharga bagi peneliti dalam menerapkan ilmu yang didapat di bangku kuliah sehingga siap untuk menghadapi tantangan dilapangan pekerjaan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, pada ruang Haemodialisa, Subbag Rekam medik, Subbag PPL dan Bagian Keuangan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Pengumpulan dan pengolahan data dilakukan pada pada Bulan Juni – Juli 2008, penelitian ini bersifat *oprasional research* melalui pendekatan kualitatif dengan metode observasi dan telaah dokumen.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

UU No. 23 Tahun 1995 menyatakan bahwa setiap masyarakat berhak atas kesehatan, sekaligus berkewajiban memelihara kesehatan diri, masyarakat dan lingkungannya. Oleh karena itu, di masa datang diharapkan penduduk Indonesia hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, diseluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara terus menerus, dalam tiga dekade terakhir ini telah cukup berhasil meningkatkan derajat kesehatan. Namun demikian, derajat kesehatan di Indonesia masih terhitung rendah dibandingkan dengan negara –negara tetangga. Salah satu permasalahan utama yang dihadapi adalah terbatasnya sumber pembiayaan kesehatan dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan (Depkes, 2005)

2.1. Konsep dan Teori Biaya

Biaya menurut Gilson & Milll (1990) adalah apa yang harus diberikan untuk mendapatkan sesuatu; yang dilihat dari dua sudut pandang yaitu dari sudut pandang ekonomi merupakan nilai kesempatan yang hilang karena mencapai sesuatu dan dari sudut pandang akuntansi merupakan total pengeluaran uang yang diperlukan untuk memperoleh sesuatu. Menurut Gani (1996), biaya adalah nilai dari sejumlah *input* (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu *output* (produk) atau sering

juga disebut nilai suatu pengorbanan, dapat berupa uang, barang, tenaga, waktu, kesempatan untuk memperoleh suatu *output* tertentu. Sedangkan menurut Mulyadi (2003), biaya adalah sumber daya yang dikorbankan untuk mencapai tujuan tertentu.

Menurut beberapa penulis, Newman (1988), Sjaaf (1994), Gani (1996) biaya dapat di klasifikasikan sebagai berikut:

1. Biaya menurut lama (waktu) penggunaannya
 - a. Biaya Investasi

Adalah biaya yang kegunaannya dapat lebih lama, menggunakan batasan waktu (lebih dari satu tahun) atau harga (nilai) barang tersebut. Biasanya berhubungan dengan infrastruktur rumah sakit, misalnya: pembangunan gedung, pembelian alat dan kendaraan. Oleh karena pemanfaatan barang-barang investasi tersebut dapat berlangsung melampaui kurun waktu satu tahun. Untuk dapat menghitung biaya total pertahun (digabungkan dengan biaya operasional dan pemeliharaan), maka biaya investasi itu harus dihitung nilainya untuk satu tahun, yaitu pada tahun dimana biaya oprasional dan pemeliharaan itu dihitung. Tetapi, pada umumnya rumah sakit pemerintah biaya investasi ini sulit dinilai karena selain investarisasi barang – barang masih belum baik, sebagian besar infrastruktur rumah sakit berasal dari bantuan/ hibah atau sumbangan, sehingga perlu perkiraan harga satuan masing – masing jenis barang inventaris tersebut.

Nilai biaya investasi setahun ini disebut *Annualized Investment Cost* (AIC). Untuk menghitungnya digunakan formula sebagai berikut :

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

Ket :

AIC : Annualized Investment Cost

IIC : Initial Investment Cost

i : Laju Inflasi

t : Mas Pakai

L : Perkiraan masa hidup investasi infrastruktur tersebut.

Untuk barang inventasi yang sudah melewati masa pakainya, dianggap tidak ada lagi depresiasi, sehingga biaya investasi setahun (AIC) menjadi nol.

b. Biaya oprasional

Adalah biaya yang kegunaannya untuk melaksanakan kegiatan – kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu relatif singkat (kurang dari satu tahun) misalnya: biaya obat, biaya makanan, gaji, air, listrik dll.

c. Biaya pemeliharaan (*Maintenance Cost*)

Biaya Pemeliharaan adalah biaya yang kegunaannya untuk mempertahankan nilai (fungsi) suatu barang investasi supaya terus dapat dipakai sesuai fungsinya. Contohnya adalah pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, pemeliharaan alat –alat medis dan non medis.

Karena biaya oprasional dan biaya pemeliharaan dikeluarkan berulang – ulang, maka sering disebut biaya berulang (*recurrent cost*).

2. Biaya menurut manfaatnya

a. Biaya langsung (*Direct Cost*)

Biaya yang manfaatnya langsung untuk menghasilkan barang (*output*), yang dikeluarkan pada unit-unit yang langsung melayani pasien atau biaya yang secara jelas dapat ditelusuri penggunaannya dalam suatu unit kegiatan tertentu. Misalnya: biaya dari unit rawat inap; biaya gaji pegawai, biaya alat medik dan non medik, biaya bahan habis pakai, biaya obat- obatan pada unit rawat inap tersebut.

b. Biaya tak langsung (*Indirect Cost*)

Biaya yang manfaatnya untuk menunjang kegiatan produksi dan tidak langsung menghasilkan barang (*output*), yang dikeluarkan di sistem penunjang (biaya penggunaan bukan di unit kegiatan yang bersangkutan). Misalnya: biaya gedung administrasi, biaya gaji pegawai administrasi.

c. Total biaya

Merupakan penjumlahan dari biaya langsung dan tak langsung.

3. Biaya yang berhubungan dengan perubahan skala produksi (volume)

a. Biaya Tetap (*Fixed Cost/FC*)

Biaya yang harus tetap dikeluarkan walaupun pelayanan tidak di berikan dan tidak dipengaruhi oleh jumlah *output*. Misalnya: nilai gedung, gaji.

b. Biaya Tidak Tetap (*Variabel Cost/ VC*)

Biaya yang jumlahnya dipengaruhi oleh banyaknya *output*/produksi.

Misalnya : biaya makan, biaya umum.

Sedangkan tempat/unit dimana biaya ini dipakai disebut pusat biaya (*cost center*), di rumah sakit tempat/unit tersebut dibagi menjadi dua bagian yaitu:

1. Pusat biaya penunjang, tempat/unit ini tidak langsung menghasilkan produk RS, misalnya; Direksi, Administrasi, Instalasi Pemeliharaan Sarana, laundry, instalasi Gizi dan lain sebagainya.
2. pusat biaya produksi, tempat/unit yang langsung menghasilkan produk untuk konsumen RS, misalnya: Farmasi, Rawat Jalan, Rawat Inap, Instalasi Bedah Sentral (IBS), Laboratorium dan lain sebagainya.

Untuk melakukan Analisis biaya dilakukan langkah-langkah sebagai berikut (Nadjib,1997):

1. Identifikasi jenis pelayanan yang terdapat di RS, berdasarkan organogram/struktur organisasi dan fungsi masing-masing unit.
2. Menentukan pusat biaya, baik penunjang maupun produksi.
3. Mengumpulkan semua data biaya (biaya investasi, oprasional, dan pemeliharaan) masing-masing unit selama satu tahun anggaran.
4. Mengumpulkan data non keuangan yang diperlukan untuk analisis biaya antara lain:
 - a. Luas lantai masing-masing unit
 - b. Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di masing-masing unit
 - c. Jumlah *output* masing-masing unit, *output* RS yang menghasilkan penerimaan, seperti: jumlah hari rawat, jumlah kunjungan. Sedangkan *output* RS yang merupakan penunjang, seperti; porsi makan, jumlah potong/kilogram cucian dan lain sebagainya.

Ada beberapa kendala yang harus diperhatikan dalam melakukan analisis biaya (Gani, 1995), yaitu:

1. sistem akuntansi: *cash basis* atau *accrual basis*

pada umumnya rumah sakit pemerintah adalah *cash basis*, sistem ini tidak mencatat seluruh transaksi keuangan, sehingga hasil analisis biaya yang dilakukan sering *underestimated*.

2. *Actual cost* atau *Normative cost*

Biaya yang terpakai dirumah sakit belum tentu menggambarkan kebutuhan biaya yang sebenarnya, karena biaya yang terpakai merupakan biaya alokasi (sesuai anggaran yang disediakan). Jadi lebih menggambarkan *actual cost*, sehingga *normative cost* belum diketahui.

3. Pelayanan kesehatan merupakan produksi yang multiple, sehingga masing-masing jenis produk pelayanan harus diberi bobot masing-masing.

4. Sistem informasi belum tersedia dengan baik, misalnya: bila ingin menghitung biaya investasi, diperlukan pencatatan inventaris secara lengkap, tapi banyak rumah sakit belum melakukannya.

5. *Fragmented budgeting system*

Biaya untuk pelayanan kesehatan pemerintah biasanya dari berbagai sumber. Oleh karena itu bila bantuan tersebut berupa barang maka informasi tentang biaya perlu dicari pada jenjang administrasi yang lebih tinggi, dan terkadang tidak didapat.

2.2. **Evaluasi Ekonomi Di Bidang Kesehatan**

Evaluasi ekonomi adalah suatu analisis secara kuantitatif dari apa yang diharapkan/diinginkan oleh masyarakat dalam melakukan investasi pada beberapa

alternatif program/kegiatan, dimana harapan dan keinginan tadi dinilai dari segi biaya dan konsekuensinya (Mills,Gilson,1990)

Menurut Samuelson 1979 yang dikutip oleh Tjiptoherijanto dan Susetyo 1993, adalah ilmu yang mempelajari bagaimana manusia/masyarakat melakukan pilihan dengan atau tanpa menggunakan uang untuk memanfaatkan sumberdaya yang langka/terbatas dalam menghasilkan berbagai barang/atau jasa dan mendistribusikan kepada mereka untuk di konsumsi. Ada dua alasan sederhana yang mendasari kehadiran ilmu ekonomi:

1. Adanya keterbatasan sumber daya yang tersedia bagi kehidupan manusia
2. Kebutuhan dan keinginan manusia tidak pernah dapat terpenuhi dengan sempurna.

Dari kedua hal tersebut berarti proses pilihan harus dilakukan tidak hanya pilihan tentang apa yang harus dilakukan tetapi juga apa yang tidak dilakukan. Dari pengertian itu maka konsep tentang *Oportunity Cost* yang mengandung arti tentang “pengorbanan”menjadi salah satu bagian pokok ilmu ekonomi (Tjiptoherijanto&Susetyo,1993, Bootman, et al, 1991).

Menurut Sorkin 1975 dan Fieldstein,1983 bahwa ekonomi kesehatan adalah disiplin ilmu ekonomi yang diterapkan pada topik – topik kesehatan yang secara spesifik tertuang pada tehnik – tehnik Evaluasi Ekonomi dibidang kesehatan. Untuk itu dirumuskan bahwa Ilmu Ekonomi Kesehatan merupakan hasil integrasi dua disiplin ilmu yang telah baku yaitu : Ilmu Ekonomi dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

2.3. Analisis Kelayakan investasi

Analisis kelayakan investasi pada dasarnya dibedakan dalam dua golongan besar

1. Metode konvensional

Metode ini terdiri dari metode pemulihan investasi (*payback methode*), Metode tingkat balikan internal (*internal rate return*), metode nilai sekarang (*present value methode*)

- PP (payback method)

Payback period adalah suatu periode yang menunjukkan berapa lama modal yang ditanamkan dalam proyek dapat kembali

$$PP = \frac{\text{Initial Investment}}{\text{Annual cash inflow}} \times 1 \text{ tahun}$$

Semakin pendek waktu yang diperlukan untuk mengembalikan biaya investasi, rencana investasi tersebut semakin menguntungkan

Kelebihan analisis ini adalah :

- Mudah menggunakan model ini dan mudah pula menghitungnya
- Sangat berguna untuk proyek yang pemulihan modalnya cepat
- Masa pemulihan modal dapat dipakai sebagai alat untuk menghitung IRR

Kekurangannya :

- mengabaikan nilai waktu dari proyek
- mengabaikan nilai sisa proyek
- mengabaikan arus kas setelah pemulihan modal tercapai

2. NVP (*Present Value Method*)

Metode ini menyelaraskan nilai akan datang arus kas menjadi nilai sekarang dengan memulai pemotongan arus kas dengan memakai pengaruh pada tingkat biaya modal tertentu yang diperhitungkan

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+k)^t} - I_0$$

Dimana :

- CF_t dimulai dari CF_1, CF_2, \dots, CF_n dan merupakan *net cas flow* mulai tahun 1, 2, sampai tahun ke n
- k adalah *cost of capital*
- I_0 adalah *initial cost* atau biaya investasi awal pada tahun ke 0 yang diperlukan
- n adalah perkiraan umur proyek
- t adalah tingkat suku bunga (*discount rate*)

proyek layak dilaksanakan bilai nilai NVP > 0 (positif)

kelebihan metode ini adalah :

- memperhitungkan nilai waktu dari uang
- memperhitungkan arus kas selama usia ekonomis proyek
- memperhitungkan nilai sisa proyek

Sedangkan kekurangannya adalah:

- Sulit dipakai terutama jika terdapat faktor pengurang yang tidak seragam

- Manajemen harus dapat menaksir tingkat biaya modal yang relevan selama usia ekonomis proyek
- Derajat kelayakan juga ditentukan oleh faktor usia ekonomis proyek
- NVP yang lebih besar tidak menjamin proyek yang lebih baik tetapi ditentukan oleh nilai investasi dan nilai ekonomis proyek

Ada 4 metode (teknik) analisa biaya rumah sakit yaitu :

1. *Simple distribution*

Teknik ini sangat sederhana yaitu melakukan distribusi terhadap biaya -- biaya yang dikeluarkan di pusat biaya penunjang langsung keberbagai pusat biaya produksi.

2. *Step down method*

3. *DoubeI distribution*

4: *Multiple distribution method*

2.4. Dialisa

Dalam Daugirdas, Blake dan Ing (2001) dialisa diartikan sebagai proses dimana materi tertentu dari suatu cairan dikeluarkan dari cairan tersebut dengan menggunakan bantuan cairan lain yang dibatasi oleh membran *semipermeable*. Prinsip yang dipakai adalah molekul materi cairan yang bentuknya kecil dapat melewati membran *semipermeable*, sementara molekul materi cairan yang bentuknya besar akan tertahan.

Ada beberapa cara dalam melakukan dialisa. Dua cara yang paling sering dilakukan adalah hemodialisa dan peritonealdialisa (Kartono, Darmarini & Roza,

1992). Perbedaan antara keduanya terletak pada alat dan tehnik yang digunakan dalam proses dialisa. Tehnik dalam hemodialisa adalah dengan mengalirkan darah keluar tubuh dan proses dialisa terjadi di dalam tabung dialisa yang berfungsi sebagai pengganti ginjal. Sementara tehnik dalam peritonealdialisa adalah dengan memanfaatkan rongga perut sebagai pengganti ginjal dengan cara mengalirkan cairan dialisa ke dalam rongga perut. Cairan dialisa dalam rongga perut dan darah yang berada dalam pembuluh kapiler yang sangat banyak di luar dinding rongga perut mengalami proses dialisa karena dinding rongga perut berperan sebagai membran *semipermeable*.

Diantara kedua jenis dialisa tersebut yang merupakan metode perawatan yang umum untuk penderita gagal ginjal di Amerika Serikat dan di Indonesia adalah hemodialisa (Peterson, 1995; Kartono, Darmarini & Roza, 1992).

2.5. Hemodialisa

Hemodialisa didefinisikan sebagai bergeraknya air dan zat-zat beracun hasil metabolisme dari dalam darah melewati membran *semipermeable* ke dalam cairan dialisa. Bentuk seperti ini disebut juga dengan ginjal tiruan ekstrakorporeal (Peterson, 1995; Pearce, 1995; Michael, 1983; Carpenter & Lazarus, 1984). Hemodialisa dapat dilakukan di rumah atau di unit dialisa. Pasien yang menderita penyakit akut atau mengalami komplikasi medis biasanya melakukan dialisa di unit dialisa rumah sakit atau di unit perawatan intensif, sementara pasien yang kondisi kesehatannya lebih stabil dapat melakukan dialisa sebagai pasien rawat jalan di unit dialisa rumah sakit, di pusat dialisa non-rumah sakit atau di rumah (Carpenter & Lazarus, 1984). Di banyak negara, sebagian besar pasien hemodialisa dirawat di

rumah sakit atau di unit dialisa dimana mereka menjadi pasien rawat jalan (Michael, 1986).

Biasanya pasien membutuhkan 12-15 jam hemodialisa setiap minggunya yang terbagi kedalam dua atau tiga sesi. Setiap sesi berlangsung selama 3-6 jam tergantung dari tipe membran yang digunakan, ukuran tubuh pasien dan kriteria lain yang telah ditentukan (Tierney, dkk, 1993; Michael, 1986; Valtin, 1979; Carpenter & Lazarus, 1984). Untuk melakukan sekali hemodialisa, pasien di Jakarta harus membayar biaya sebesar Rp 600 ribu hingga Rp 1,2 juta

2.6. *Outsourcing*

Menurut Departemen Kesehatan RI (2005), *Outsourcing* berasal dari dua suku kata, yaitu out dan source. Source menurut kamus Inggris-Indonesia karangan Echols dan Sadily berarti sumber, jadi *Outsourcing* artinya sumber lain. Pada Concise Oxford Dictionary istilah *Outsourcing* diartikan sebagai *contract out*. Terjemahan bebas yang ada saat ini disebut juga KSO atau Kerja Sama Operasional.

Dari terjemahan *Outsourcing* didapatkan beberapa definisi tentang *Outsourcing*, yaitu *Outsourcing* adalah : 1) Usaha untuk mengontrakkan suatu kegiatan pada pihak luar untuk memperoleh layanan pekerjaan yang dibutuhkan, 2) Adalah kegiatan menyerahkan suatu bidang pekerjaan kepada perusahaan lain yang memberikan jasa khusus untuk jenis pekerjaan tersebut. Menurut Suwondo C. (2004), *Outsourcing* adalah pendelegasian operasi dan manajemen harian dari suatu proses bisnis kepada pihak luar (perusahaan penyedia jasa *Outsourcing*)

Sebelum adanya konsep *Outsourcing* telah dikenal apa yang disebut dengan kontrak jasa, yaitu pemberian pekerjaan atau penyerahan pekerjaan tertentu pada

pihak ketiga, diluar perusahaan dengan persyaratan dan pembayaran tertentu. Dilihat sepiantas keduanya kelihatan sama namun *Outsourcing* mempunyai tujuan dan jangkauan yang lebih jauh, hal ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Kontrak Jasa Biasa	<i>Outsourcing</i>
1. Mempunyai tujuan sekedar menyelesaikan pekerjaan tertentu	1. Mempunyai tujuan strategis jangka panjang
2. Sekedar menyerahkan tugas pada pihak ketiga	2. Menyerahkan tugas pada pihak yang lebih profesional
3. Tidak dapat atau tidak sempat mengerjakan sendiri	3. Ingin berkonsentrasi pada bisnis utama (bisnis inti)
4. Hubungan pemberi kerja dengan kontraktor jangka pendek	4. Hubungan bersifat jangka panjang
5. Tidak menyangkut transfer SDM	5. Seringkali disertai transfer SDM
6. Hubungan pemberi kerja dengan kontraktor sekedar hubungan kerja biasa	6. Hubungan pemberi kerja dengan kontraktor berkembang menjadi hubungan kemitraan bisnis
7. Tujuan lebih bersifat jangka pendek	7. Tujuan lebih menjangkau jangka panjang
8. Tidak menyangkut transfer peralatan atau aset perusahaan	8. Seringkali disertai transfer peralatan atau perusahaan

Tipe-Tipe *Outsourcing*, ada beberapa macam antara lain :

1. *Contracting*.

Adalah bentuk penyerahan aktifitas perusahaan pada pihak ketiga yang paling sederhana dan merupakan bentuk yang paling lama. Biasanya menyangkut kegiatan yang sederhana atau jenis layanan tingkat rendah seperti pembersihan

kantor, pemeliharaan rumput dan kebun. Pemilihan pemberi jasa bukan masalah serius. Biasanya berjangka pendek.

2. *Outsourcing*

Adalah penyerahan aktifitas perusahaan pada pihak ketiga dengan tujuan untuk mendapatkan kinerja pekerjaan yang profesional dan berkelas dunia. Pemilihan pemberi jasa sangat vital. Berjangka panjang.

3. *Insourcing*

Adalah kebalikan dari *Outsourcing*, dimana perusahaan bukan menyerahkan aktivitas pada perusahaan lain yang lebih kompeten tapi justru mengambil atau menerima pekerjaan dari perusahaan lain dengan berbagai motivasi.

4. *Co-sourcing*

Adalah jenis hubungan pekerjaan dan aktivitas, dimana hubungan antara perusahaan dan rekanan lebih erat dari sekedar hubungan *Outsourcing* biasa, misalnya staf spesialis perusahaan diperbantukan kepada rekanan pemberi jasa karena langkanya keahlian yang diperlukan.

5. *Benefit based relationship.*

Adalah hubungan *Outsourcing* dimana sejak semula kedua belah pihak mengadakan investasi bersama, dengan pembagian pekerjaan tertentu. Kedua belah pihak saling mendukung dan mendapat pembagian keuntungan berdasarkan kesepakatan bersama.

Tujuan strategis outsourcing adalah bahwa *Outsourcing* digunakan oleh organisasi untuk meningkatkan kemampuan dan keunggulan kompetitif agar dapat mempertahankan hidup dan berkembang. Sedangkan **tujuan khusus *Outsourcing*** adalah : 1) Mempercepat keuntungan dari teknologi baru (re-engineering), 2)

Membebaskan sumber daya untuk kepentingan lain, 3) Membebaskan diri dari fungsi yang sulit dikelola atau dikendalikan, 4) Memperbaiki fokus organisasi, 5) Mengurangi biaya operasi, 6) Mengurangi resiko usaha, 7) Memperoleh sumberdaya yang tidak dimiliki di dalam organisasi, 8) Menciptakan dana segar (Depkes RI, 2005).

Manajemen rumah sakit yang akan memutuskan penggunaan sistem *Outsourcing* perlu memperhatikan dan memperhitungkan 5 faktor kritis yaitu : Biaya, Keuntungan, Fleksibilitas, dan Resiko.

Biaya dalam sistem *Outsourcing* dan sistem lain yang digunakan perlu dibandingkan secara partial dan total. Biaya yang lebih efisien (murah) dengan output yang sama adalah yang terbaik. Dalam penggunaan sistem *Outsourcing* tentukan keuntungan utama (langsung) yang diharapkan seperti penghematan langsung, peningkatan mutu yang lebih baik sehingga dapat menaikkan tarif pelayanan, tersedianya sistem yang lebih modern dan lain-lain. Keuntungan tidak langsung adalah fleksibilitas dalam pemilihan perusahaan outsource sehingga selalu mendapatkan perusahaan yang terbaik. Segala resiko yang berhubungan dengan bagian yang akan di*Outsourcing*kan ditanggung oleh penyedia jasa *Outsourcing*.

Menurut Micael F. Corbett seperti yang ditulis Suwondo C. (2004), mengidentifikasi bahwa ada alasan-alasan populer untuk *Outsourcing*, yaitu alasan strategis (keuntungan jangka panjang), alasan taktikal (keuntungan jangka pendek) dan alasan transformal (perubahan).

Sejalan dengan Michael F. Corbett, Depkes RI (2005) menjelaskan keuntungan *Outsourcing* bagi rumah sakit, yang terdiri dari keuntungan jangka pendek dan keuntungan jangka panjang, yaitu :

- Keuntungan jangka pendek adalah : a) Mengurangi dan terkendalinya biaya operasional, b) Tersedianya dana modal, c) Menghasilkan pemasukan dana tunai, d) Sumber daya tidak perlu tersedia secara internal, dan e) Pemberdayaan fungsi yang sulit diatur atau dikendalikan
- Keuntungan jangka panjang adalah : a) Meningkatkan fokus bisnis perusahaan, b) Masuk pada kemampuan kelas dunia, c) Mempercepat keuntungan dari teknologi baru (*re-engineering*), d) Membagi resiko usaha, dan e) Menggunakan sumber-sumber yang ada untuk aktifitas yang lebih strategis

Sedangkan alasan transformal (perubahan) populer untuk *Outsourcing* menurut Micael F. Corbett dalam tulisan Suwondo C adalah : membawa solusi baru kepada nasabah lebih cepat, reaksi untuk mempersingkat daur hidup produk, mendefinisikan ulang hubungan dengan penyedia jasa dan rekan bisnis, dan mengungguli pesaing, masuk ke pasar-pasar yang baru dengan risiko kecil

Sedangkan menurut Indradjit R.E dan Djokopranoto R (2003) ada beberapa potensi dan keuntungan atau alasan perusahaan melakukan *Outsourcing*, yaitu :

1. Meningkatkan fokus perusahaan;
2. Memanfaatkan kemampuan kelas dunia;
3. Mempercepat keuntungan yang diperoleh dari *reengineering*;
4. Membagi resiko;
5. Sumber daya sendiri dapat digunakan untuk kebutuhan-kebutuhan lain;
6. Memungkinkan tersedianya dana kapital;
7. Menciptakan dana segar;

8. Mengurangi dan mengendalikan biaya operasi;
9. Memperoleh sumber daya yang tidak dimiliki sendiri;
10. Memecahkan masalah yang sulit dikendalikan atau dikelola.

Disamping keuntungan *Outsourcing* ada pula kerugian sistem ini sehingga sebagian rumah sakit tidak melakukan *Outsourcing*. Kerugian sistem *Outsourcing* ini antara lain adalah : kecenderungan kearah monopoli, terikat pada waktu/lama kontrak dan harga, dapat disalah gunakan (jika tidak ada transparansi manajemen dalam hal harga dan kontrak), meragukan kemampuan pemberi jasa, kehilangan kendali, potensi konflik, ketidaksenangan karyawan, kesulitan mengendalikan biaya, tidak berani mengambil resiko, terlalu tergantung pada pemberi jasa

Selain terdapat keuntungan-keuntungan dan kerugian-kerugian dilakukan *Outsourcing*, ternyata terdapat risiko-risiko yang terjadi dalam *Outsourcing*. Risiko secara umum *Outsourcing* dapat berupa : tidak tercapainya secara penuh tujuan yang diinginkan, tidak tercapainya sebagian dari tujuan yang diinginkan, dan lambatnya pencapaian tujuan yang ingin dicapai. Sedangkan risiko secara katagoris, dapat dihubungkan dengan tujuan *Outsourcing*, kemungkinan risiko katagoris dipaparkan sebagai berikut ini :

Tujuan <i>Outsourcing</i>		Risiko <i>Outsourcing</i>	
1	Mempercepat keuntungan <i>reengineering</i>	1	Keuntungan tidak diperoleh secara cepat, dan dalam jumlah yang cukup signifikan.
2	Mendapatkan akses pada kemampuan kelas dunia	2	Akses tidak diperoleh karena pemberi jasa tidak menunjukkan kinerja kelas dunia.
3	Memperoleh suntikan kas	3	Tidak diperoleh karena perusahaan pemberi jasa mengalami kesulitan

		keuangan.
4	Membebaskan sumber daya untuk kepentingan lain	4 Sumber daya masih diperlukan oleh perusahaan pemberi jasa, sehingga tetap kekurangan SD.
5	Membebaskan diri dari fungsi yang sulit dikelola atau dikendalikan	5 Tidak mungkin bebas seluruhnya dari kesulitan yang ingin dihindari.
6	Memperbaiki fokus perusahaan	6 Tidak tercapai karena berbagai tujuan yang ingin dicapai, tidak pada sepenuhnya didapat.
7	Memperoleh dana kapital.	7 Tidak tercapai karena perusahaan pemberi jasa mengalami kesulitan keuangan.
8	Mengurangi biaya operasi.	8 Mungkin biaya tetap atau bahkan bisa bertambah.
9	Mengurangi risiko usaha.	9 Risiko usaha tetap saja besar karena berbagai tujuan yang ingin dicapai tidak sepenuhnya diperoleh.
10	Memperoleh SD yang tidak dimiliki di dalam perusahaan	10 Tidak tercapai karena perusahaan pemberi jasa juga tidak memiliki SD yang diperlukan

Tidak semua unit di rumah sakit dapat di *Outsourcing*, untuk fungsi yang strategik dan merupakan unggulan rumah sakit sebaiknya tidak di *Outsourcing*, beberapa yang dapat di *Outsourcing* antara lain catering makanan, penyediaan linen rumah sakit, jasa perbankan, cleaning service, maintenance dan repair peralatan canggih (Depkes RI, 2005).

Menurut H. Syamsuddin (2007), ada beberapa hal yang mendasari perlunya dilakukan *Outsourcing*, yaitu :

- Manajemen biaya, dengan dilakukannya *Outsourcing* untuk pekerjaan yang tidak termasuk *core competencies* bagi rumah sakit diharapkan dapat menghemat biaya dan dapat berkonsentrasi pada kegiatan inti atau *core competencies*.
- Manajemen resiko, dengan dilakukannya pekerjaan oleh sebuah perusahaan yang berkompetens atau profesional dibidang tersebut tentunya akan mengurangi resiko bagi pihak rumah sakit.
- Percepatan bisnis atau usaha, dengan *Outsourcing* diharapkan bisa mempercepat laju kegiatan usaha/layanan melalui transformasi bisnis, keahlian baru, peningkatan kualitas layanan dan mengarahkan rumah sakit agar lebih terfokus pada usaha inti.
- Merampingkan organisasi, di era yang perlu fleksibilitas, kecepatan pengambilan keputusan dan efisiensi biaya koordinasi seperti sekarang ini, sistem *Outsourcing* lebih tepat.
- Menyederhanakan proses, *Outsourcing* akan 'memaksa' manajemen menyederhanakan proses operasi perusahaan, sehingga bisa di-*outsource* dengan mudah dan baik, lebih lincah, efisien, dan bisa berkonsentrasi pada bisnis utama (*core business*).

Aktivitas-aktivitas atau proses yang dapat di-*Outsourcing*kan karena bukan bisnis utama (*core bussiness*) menurut Indradjit R.E. dan Djokopranoto R. (2003), contohnya adalah : pembuatan suku cadang, perakitan komponen barang, pengangkutan suku cadang, pergudangan, pemasaran, jasa boga untuk karyawan dan pemeliharaan peralatan dan mesin-mesin.

Tahap-tahap *Outsourcing* adalah mengembangkan strategi kerjasama, dan *Outsourcing* dibentuk sedemikian rupa untuk peningkatan efisiensi. Tahap-tahap *Outsourcing* menurut Suwondo C. (2004) adalah :

- Fungsi-fungsi tambahan untuk mengantarkan produk atau layanan.
- Fungsi-fungsi penunjang *back office*.
- Pengukuran penghematan biaya.
- Strategi pemilihan kerjasama untuk peningkatan keuntungan.

Beberapa perusahaan atau organisasi telah melakukan *Outsourcing*, alasan yang dikemukakan oleh perusahaan yang menggunakan *Outsourcing* antara lain adalah : alasan organisasi, alasan perbaikan kinerja, alasan keuangan, alasan penghasilan, alasan biaya dan alasan sumber daya manusia. Sedangkan alasan perusahaan tidak melakukan *Outsourcing* antara lain adalah : berkaitan dengan ketidakpastian, kurangnya pengawasan, potensi konflik, ketidaksenangan karyawan, dan finansial (Indradjit R.E. dan Djokopranoto R, 2003).

Outsourcing atau tidak *Outsourcing* adalah keputusan yang perlu dipertimbangkan sebelumnya. Sebelum memutuskan akan dilakukan *Outsourcing* perlu dilakukan langkah-langkah pokok yaitu : perencanaan, pemilihan strategi, analisis biaya, pemilihan pemberi jasa, negosiasi, transisi sumber daya, pengelolaan hubungan. Analisis biaya adalah kegiatan pendataan biaya-biaya utama dari kegiatan yang di *outsourced* kan, baik sebelum dan setelah *Outsourcing* (Indradjit R.E. dan Djokopranoto R, 2003).

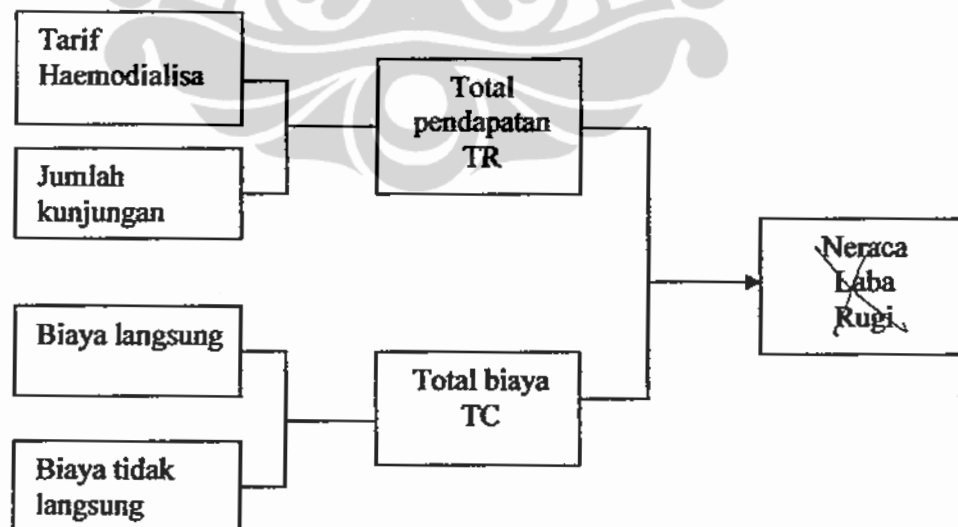
BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan latar belakang masalah dan tinjauan pustaka, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *cost* dan *Revenue* Haemodialisa di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, akan dilakukan pengumpulan laporan keuangan mengenai total pendapatan ruang haemodialisa dan total biaya yang dipergunakan pada ruang haemodialisa.

Dalam pelaksanaan analisis tarif yang mana sebelumnya dikelompokkan berdasarkan biaya langsung dan biaya tidak langsung dengan masing – masing kelompok terbagi atas biaya investasi, operasional dan pemeliharaan. Dari uraian diatas dapat digambarkan sebagai berikut :



Dari kerangka konsep diatas dapat dijelaskan bahwa untuk menghitung kemampuan unit Haemodialisa dalam menutupi biaya pengeluarannya adalah dengan membandingkan Total *Revenue* unit Haemodialisa dan total biaya unit Haemodialisa. *Total Cost* unit Haemodialisa terdiri dari biaya langsung (*Direct Cost*) dan tidak langsung (*Indirect Cost*). Dengan menggunakan dasar alokasi atau pembobotan/*Relatif Value* kita akan membandingkan berapa persen *revenue* yang didapat dan berapa persen *cost* yang harus dikeluarkan.

3.2. Definisi Operasional

No	Definisi Oprasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Tarif Haemodialisa adalah biaya yang harus dibayar oleh pengguna jasa Haemodialisa yang berlaku di RSAM	Dengan melihat daftar tarif	Daftar tarif Paket SK Direktur	Rupiah
2	Jumlah Kunjungan adalah jumlah pasien yang datang melakukan Haemodialisa	Hasil penghitungan jumlah pasien yang datang berkunjung untuk melakukan Haemodialisa selama satu tahun	Formulir bantu	jumlah kunjungan
3	Total Pendapatan unit haemodialisa yaitu hasil penerimaan retribusi unit haemodialisa yang berasal dari pasien	melihat data penerimaan unit haemodialisa dari bagian keuangan RS	Formulir bantu	Rupiah
4	Biaya langsung adalah hasil dari penjumlahan biaya yang di investasikan, biaya yang dipakai untuk oprasional dan biaya yang dipakai untuk pemeliharaan.	Menjumlahkan biaya investasi yang telah disetahunkan, biaya oprasional dan biaya pemeliharaan di <i>Present Value</i> kan untuk kurun waktu sesuai periode analisis menggunakan data	Formulir bantu	Rupiah

		dari Keuangan		
5	Total Biaya tak langsung adalah biaya yang tak langsung dipergunakan untuk menghasilkan pelayanan atau biaya yang dikeluarkan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan	Menghitung biaya tak langsung hasil distribusi biaya investasi, oprasional dan pemeliharaan yang tak langsung dipergunakan untuk menghasilkan pelayanan dengan dasar alokasi (pembobotan).	Formulir bantu	Rupiah
6	Total biaya adalah hasil penjumlahan biaya langsung dan tak langsung untuk menghasilkan pelayanan Haemodialisa	Menjumlahkan biaya langsung dan tak langsung yang dikeluarkan	Formulir bantu	Rupiah
6	persentase keuntungan yang didapat RS dan pihak ketiga	jumlah dari pendapatan dikurangi biaya dan dipersentasikan dengan pihak ketiga	Formulir bantu	Rupiah

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan *operational research* dengan memakai data primer dan sekunder, namun tidak dapat menghasilkan kesimpulan yang mewakili semua rumah sakit yang bermitra dengan swasta secara umum. Kasus yang diambil disini adalah kasus di unit hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung .

4.2 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung . pemilihan lokasi rumah sakit ini disebabkan karena RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung merupakan rumah sakit pemerintah yang juga merupakan rumah sakit rujukan di propinsi Lampung yang melayani penderita penyakit gagal ginjal kronis yang harus mendapatkan pengobatan/perawatan dengan hemodialisa. Waktu pengumpulan data selama dua bulan yaitu bulan Juni sampai dengan Juli 2008.

4.3. Data dan Sumber Data

4.3.1 Data yang digunakan dalm penelitian ini adalah data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari telaah dokumen yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu :

1. Laporan keuangan RS tahun 2007
2. Data biaya yang diterima RS dan Pihak ke III

3. Daftar tarif Hemodialisa Berdasarkan PERDA yang berlaku
4. SK Direktur tentang pembagian retribusi penerimaan yang berasal dari hemodialisa
5. MoU dengan pihak ketiga yang berisi antara lain :

"Pihak Pertama meminjam pakaikan sebanyak 16 (enam belas) unit mesin haemodialisa yang akan digunakan untuk pasien Askes Sosial/ Askeskin/ Umum/ Swasta. Dalam masa kontrak apabila mesin yang di pinjam pakaikan mengalami kerusakan sehingga tidak dapat dioprasionalkan maka pihak pertama akan segera menggantinya dengan yang baru atau segera memperbaiki kerusakanya.

Pihak kedua bersedia memakai Disposable Haemodialisa set dengan perincian sebagai berikut :

a. Paket baru sebesar Rp. 549.350,- terdiri dari:

- 1 Pcs Hollow Fiber FB 110T
- 1 set Blood Line NS 6050-A16
- 2 PcsAV. Fistula 16G x1¼"
- 5 liter Haemodialisa Solution Concentrat Acid
- 7 liter Haemodialisa Solution Concentrat Bicarbonate

b. Paket Reuse sebesar Rp. 454.350,- terdiri dari:

- 1 set Blood Line NS 6050-A16
- 2 PcsAV. Fistula 16G x1¼"
- 5 liter Haemodialisa Solution Concentrat Acid

- 7 liter Haemodialisa Solution Concentrat Bicarbonate

Pihak pertama dan kedua setuju..... ”

4.3.2. Instrumen

Sebagai instrumen penelitian adalah berupa formulir isian,

4.4. Pengolahan dan Analisis Data

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data untuk memperoleh besaran biaya langsung dan tidak langsung :

1. Identifikasi tindakan dan aktifitas dalam proses pelayanan hemodialisa
2. Menghitung biaya langsung dan tak langsung yang ada pada provider RS
3. Menghitung penerimaan unit haemodialisa selama tahun 2007.
4. Pemindahan data, pengelompokan data dan penghitungan dengan menggunakan bantuan komputer program *Excel*, dengan *Double Distribution Methode*.

4.4.1 Analisis Data

Langkah – langkah analisis data adalah sebagai berikut :

1. Menghitung total penerimaan retribusi ruang hemodialisa.
2. Menghitung biaya total unit Hemodialisa tahun 2007, didapat dari menghitung biaya investasi, oprasional dan pemeliharaan yang disebut biaya asli. Dimana :
 - biaya investasi adalah biaya yang pemanfaatannya lebih dari 1 tahun, dan nilai pembeliannya lebih dari Rp. 200.000,- serta tidak tergantung dengan jumlah pasien yang dirawat. Caranya dengan menghitung jumlah biaya pengadaan

gedung, peralatan medis dan non medis pada unit hemodialisa sampai dengan tahun 2007.

- Biaya Investasi yang disetahunkan (AIC) adalah nilai investasi masing – masing komponen barang investasi yang dipergunakan pada tahun 2007, yang dipengaruhi biaya investasi awal (Initial Investment Cost/ IIC), masa pakai rata – rata laju inflasi, dan perkiraan masa hidup barang inventaris. Biaya investasi ini mencakup investasi gedung, investasi peralatan non medis dan investasi kendaraan.

Untuk masa pakai barang inventaris pada penelitian ini ditetapkan ;

Gedung = 25 tahun, alat medis 5- 10 tahun, alat non medis 5 tahun, kendaraan 10 tahun, sedangkan laju inflasi rata – rata 3 tahun terakhir 10% / tahun. Untuk barang inventaris yang sudah melewati masa pakai maka AIC dianggap nol.

- Biaya oprasional adalah biaya yang dikeluarkan untuk mengoprasikan barang investasi dan biaya yang menunjang kegiatan – kegiatan pelayanan dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari 1 tahun).
 - Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan usia teknis dan menjaga fungsi peralatan medis dan non medis untuk kelancaran kegiatan pelayanan.
3. Menganalisis tingkat pemulihan biaya dengan membandingkan total pendapatan dan total biaya unit hemodialisa untuk mengetahui seberapa besar penerimaan unit hemodialisa dapat menutupi biaya pengeluarannya dengan penerimaan dari retribusi yang diperoleh pihak RS.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian yang telah dilaksanakan, hasilnya akan disajikan secara berurutan mengikuti kerangka konsep penelitian. Data lain yang akan disajikan adalah data mengenai komponen biaya yang berperan dalam menghitung total biaya Unit Hemodialisa yaitu biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan Unit Hemodialisa baik biaya langsung maupun biaya tak langsung kemudian data *output* layanan dan kapasitas untuk menghitung biaya satuan aktual dan normatif yang berguna untuk menilai upaya-upaya efisiensi yang telah dilakukan.

5.1. Pendapatan dari Unit Hemodialisa

Pendapatan dari Unit Hemodialisa terdiri dari penerimaan retribusi yang berasal dari pasien program Askeskin, Askes Sosial dan penerimaan retribusi yang berasal dari pasien Umum. Adapun retribusi yang berlaku adalah Rp.729.350 untuk yang baru sementara yang Reuse Rp. 634.350 rupiah, dari retribusi tersebut semua masuk dalam kas penerimaan Rumah Sakit. Untuk pasien Askeskin dan Askes sosial tarif tidak ditetapkan sendiri tetapi hasil MOU dengan PT. Askes yang membayar kerumah sakit sebesar Rp. 150.000 pertindakan tarif tersebut adalah sebagai pembayar Jasa RS, jasa medik. Sementara untuk bahan dan alat habis pakai dibayar langsung oleh PT Askes Kepada pihak ketiga tidak masuk kedalam pendapatan Rumah Sakit.

Pemanfaatan pelanggan pada unit Hemodialisa berdasarkan jenis pembayaran, pasien yang mendapatkan pelayanan di unit Hemodialisa Rumah Sakit Umum Dr.H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung digolongkan dalam beberapa kriteria:

- pasien Umum: adalah pasien yang membayar biaya pengobatannya langsung dari kantong sendiri
- Pasien Askes : adalah pasien dan keluarganya yang menjadi peserta asuransi yang pembayaran pengobatannya ditanggung oleh pihak PT. Askes (PNS maupun Swasta yang sudah ada kontrak dengan perusahaan asuransi)
- Pasien Askeskin : adalah semua rakyat yang kurang mampu yang pembiayaan kesehatannya ditanggung oleh negara yang di percayakan pengelolaanya pada PT. Askes.

Tabel 5.1
Jumlah pendapatan Unit haemodialisa
Berdasarkan jenis pembayaran pada unit Haemodialisa

Jenis Pembayaran	jumlah Pendapatan	%
pasien ASKES		
Baru	237.150.000	12,03
Reuse	852.000.000	43,00
pasien Umum		
Baru	2.520.000	0,13
Reuse	4.860.000	0,25
pasien ASKESKIN		
Baru	275.100.000	13,95
Reuse	600.300.000	30,44
Total	1.971.930.000	100

Sumber : sub bag keuangan RSAM data diolah

Berdasarkan tabel di atas jumlah penerimaan unit Haemodialisa adalah sebesar Rp.1.971.930.000 untuk tahun 2007, terbanyak adalah pendapatan dari pasien Askes dan Askeskin, sementara penerimaan dari pasien umum adalah Rp.7.380.000. dari pemakaian haemodialisa set terbesar pada Reuse Rp. 1.457.160.000, atau 73,90%. Pada paket baru sebesar Rp.514.770.000 atau sebesar 25,10% dari seluruh pendapatan,

5.2 Biaya Unit Hemodialisa

Biaya langsung Unit Hemodialisa tahun 2007 sebesar Rp. 650.365.502,- atau 60% dari total biaya unit Hemodialisa tahun 2007. Untuk biaya tak langsung sebesar Rp.434.480.971 atau 40% dari total biaya unit Hemodialisa tahun 2007. Adapun total biaya Unit Hemodialisa tahun 2007 sebesar Rp.1.084.846.473,-. Gambaran total biaya, biaya langsung dan tak langsung Unit Hemodialisa dapat kita lihat menurut mata anggaran:

5.2.1. Biaya Langsung

Yang dimaksud biaya langsung disini adalah biaya yang pemakaiannya di unit hemodialisa terdiri dari:

5.2.1.1. Biaya investasi

Pada Unit Hemodialisa total biaya investasi langsung sebesar Rp.170.317.241 ini biaya terbesar adalah biaya investasi gedung sebesar 66,07% kemudian biaya investasi alat medis sebesar 22,21%, dan biaya investasi alat non medis sebesar 11,72%. Distribusi komponen biaya investasi langsung tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.2
Biaya Investasi Langsung Unit Hemodialisa
RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2007

NO	KOMPONEN BIAYA INVESTASI UNIT Hemodialisa	Biaya Langsung (Rp)
1.	Gedung	112.523.340 (66,07%)
2.	Alat Medis	37.830.019 (22,21%)
3.	Alat Non Medis	19.963.882 (11,72%)
	TOTAL	170.317.241 (100%)

Sumber: Sub. Bag. RT RSAM tahun 2007 data diolah

Adapun alat medis yang ada di Unit Hemodialisa diperkirakan bernilai Rp.200 juta Pembelian alat medis tersebut bervariasi antara tahun 2000-2007, namun sebagian besar pada tahun 2003. Dalam menghitung AIC alat medis yang cukup banyak ini diasumsikan rata-rata masa pakai alat medis 5 tahun dan masa hidup 5-10 tahun. Menurut hasil perhitungan nilai AIC alat medis sekitar Rp37 Juta

Untuk gedung Unit Hemodialisa telah berumur lebih dari 20 tahun sehingga dalam perhitungan AIC dianggap nol. Dengan menggunakan perkiraan persentase luas ruangan maka didapat nilai AIC gedung untuk Unit Hemodialisa sekitar Rp112 Juta (tabel 5.1). Demikian juga dengan biaya investasi alat non medis Unit Hemodialisa, dimana sebagian besar alat non medis telah berumur lebih dari 5 tahun misalnya: tempat tidur besi, tabung pemadam api, tabung oksigen) sehingga pada penelitian ini AIC dianggap nol, tapi sebagian besar meubelair (meja, kursi dan lemari) dan peralatan RT lainnya (kipas angin, kulkas, TV dan peralatan dapur) masa pakai rata-rata baru 2-3 tahun, didapatkan nilai AIC alat non medis sejumlah Rp. 19.963.882.

5.2.1.2. Biaya operasional

Biaya operasional langsung Unit Hemodialisa yang dikeluarkan pada tahun 2007 sebesar Rp 4,4 M (tabel 5.2) biaya terbesar adalah biaya obat dan bahan medis habis pakai sebesar 94,2%, dan biaya pegawai sebesar 5,24% (gaji PNS dan Insentif).

Distribusi biaya operasional langsung Unit Hemodialisa tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.3
Biaya Operasional Langsung Unit Hemodialisa
RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2007

NO	KOMPONEN BIAYA OPERASIONAL	Biaya Langsung (Rp)	%
1.	B. Pegawai	232.364.034	46,38
2. a	B. Obat dan bahan medis	223.023.000	47,05
	b		
	HD set (Baru)	8.240.250	
	HD Set (Reuse)	12.721.800	
3.	B. Bahan kantor	12.227.786	2,44
4.	B. Makan	1.729.000	0,35
5.	B. Alat kebersihan	3.556.725	0,71
6.	B. Umum	7.147.716	0,43
	TOTAL	493.862.595	100

Sumber: Sub. Bag. Keuangan RSAM tahun 2007 data diolah

Dari biaya operasional yang terbesar penggunaannya adalah untuk biaya obat dan bahan medis, kemudian di ikuti oleh biaya pegawai berupa gaji dan Insentif. Harga bahan dari suplaer pihak ketiga. Adapun paket tersebut terdiri dari :

a. Peket baru sebesar Rp. 549.350,- terdiri dari:

- 1 Pcs Hollow Fiber FB 110T
- 1 set Blood Line NS 6050-A16
- 2 Pcs AV. Fistula 16G x1¼"

- 5 liter Haemodialisa Solution Concentrat Acid
- 7 liter Haemodialisa Solution Concentrat Bicarbonate

b. Paket Reuse sebesar Rp. 454.350,- terdiri dari:

- 1 set Blood Line NS 6050-A16
- 2 PcsAV. Fistula 16G x1¼"
- 5 liter Haemodialisa Solution Concentrat Acid
- 7 liter Haemodialisa Solution Concentrat Bicarbonate

5.2.1.3. Biaya pemeliharaan

Biaya langsung pemeliharaan Unit Haemodialisa tahun 2007 tidak ada karena pemeliharaan mesin hemodialisis tersebut dibebankan kepada pihak ketiga. Biaya pemeliharaan gedung dan biaya pemeliharaan alat non medis, tidak ada karena pada tahun 2007 tidak ada perbaikan di ruang Haemodialisa.

5.2.2. Total biaya langsung dan Tak langsung

Pada Unit Haemodialisa biaya langsung yang dikeluarkan untuk biaya operasional sebesar 96,3%, diikuti biaya investasi sebesar 3,7% dan tidak ada biaya pemeliharaan. Demikian pula dengan biaya tak langsung yang dikeluarkan untuk biaya operasional sebesar 76,65%, diikuti biaya investasi sebesar 17,83% dan biaya pemeliharaan sebesar 5,53%. Distribusi biaya tersebut dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.4
Distribusi Biaya Langsung dan Tak Langsung Unit Haemodialisa Menurut
klasifikasi Mata Anggaran RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
Propinsi Lampung Tahun 2007

NO	Mata Anggaran	Biaya Langsung (Rp)	B Tak Langsung (Rp)	TOTAL
1.	B. Investasi	170.317.241 (3,7%)	77.429.284. (17,82%)	247.746.525 (4,9%)
2.	B. Operasional	493.862.595 (96,3%)	333.026.378. (76,65%)	4.763.773.289 (94,6%)
3.	B. Pemeliharaan	-	24.025.308 (5,53%)	24.025.308 (0,5%)
	TOTAL	324.179.863 (100%)	434.480.971 (100%)	758.659.807 (100%)

Sumber: Sub. Bag. Keuangan RSAM tahun 2007 data diolah

5.3 Perbandingan biaya dan pendapatan unit Haemodialisa

Dari jumlah biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk melakukan tindakan haemodialisa sebesar Rp.758.659.807,- dibandingkan dengan pendapatan selama tahun 2007 ini sejumlah Rp. 1.971.930.000 maka *Surplus* yang didapat unit haemodialisa adalah Rp.1.213.270.193,- (125%)

Dari biaya total Rp.758.659.807,- yang harus dikeluarkan untuk pembayaran paket Haemodialisa set adalah sebesar Rp.20.962.050,- atau sebesar 3,00% dari total biaya..

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran *Cost* dan *revenue* pada Unit Haemodialisis. Data diperoleh dari wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Ada beberapa keterbatasan yang ditemukan pada saat pelaksanaan penelitian ini, antara lain sebagai berikut:

1. Pada saat pengumpulan data, tidak semua data yang dibutuhkan dalam penelitian ini tersedia dengan baik, sehingga beberapa pendekatan dan estimasi dilakukan agar data yang dibutuhkan dapat memenuhi kriteria. Hal ini disebabkan karena sistem pencatatan dan pelaporan di rumah sakit tidak lengkap, data yang dikumpulkan hanya data yang dibutuhkan untuk laporan rutin saja.
2. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek memberlakukan 2 sistem akuntansi yaitu untuk pasien umum masih menganut sistem *cash basis* pengelolaan berdasarkan yang diterima sehingga sulit mengetahui penerimaan yang belum tertagih. Pada penelitian ini penerimaan yang belum tertagih belum dihitung sebagai penerimaan. Sedangkan untuk pasien Askeskin dan Askes sosial dengan sistem *accrual basis*.
3. Dalam perhitungan biaya untuk menentukan struktur biaya asli, ada beberapa biaya yang tidak dapat dimasukkan langsung ke unit penggunaannya, misalnya biaya untuk listrik, telepon dan air. Hal ini disebabkan karena tidak ada

pencatatan langsung pada masing-masing unit pengguna. Sehingga untuk alokasi ke biaya asli pada masing-masing unit penunjang dan produksi dilakukan pendekatan dengan pertimbangan tertentu. Demikian juga pembagian untuk biaya pegawai (gaji + insentif) bagi karyawan yang bertugas di beberapa *cost center* pembagiannya berdasarkan persentase waktu kerja.

4. Demikian juga, mengenai luas ruangan Unit Haemodialisa, berdasarkan laporan dari sub bagian rumah tangga

6.2 Analisis Pendapatan dari Unit Haemodialisa

Untuk menganalisis keuangan, menurut Idris (2002), Thabrany (1999) ada beberapa elemen yang harus diperhatikan agar konsep *financial sustainability* dapat terwujud. Elemen-elemen tersebut sebagai berikut:

6.2.1. Ketersediaan Dana

Untuk melihat ketersediaan dana (penerimaan dan pengeluaran) di RSAM yang dapat menunjang kegiatan pelayanan khususnya Unit Haemodialisa perlu dilakukan beberapa analisis antara lain:

6.2.2. Analisis Total Penerimaan Unit Haemodialisa

Sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek mendapat subsidi yang cukup besar pada tahun 2007 yaitu 35% total penerimaan rumah sakit terutama untuk gaji, pembelian alat medis dan pembangunan gedung.

Sedangkan retribusi unit Haemodialisa memberi kontribusi sebesar Rp.1.971.930.000,- pada total penerimaan RS yang meningkat. Dalam hal peningkatan pemanfaatan mesin haemodialisa tidak terlepas dari perilaku penderita yang mana selama ini sebelum adanya program Askeskin pasien yang menderita gagal ginjal enggan untuk berobat dikarenakan tarif yang harus dibayar cukup mahal, tindakan ini dilakukan secara terus menerus seumur hidupnya.

Pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa kontribusi total penerimaan RSAM yang berasal dari pasien Askes sebanyak (99,69%). Hal ini didukung pula oleh hasil penelitian yang dikemukakan Tauchid, dkk (2001) , dewi (2004), bahwa ada beberapa alasan yang menyebabkan penerimaan meningkat dengan adanya program Asuransi Kesehatan (JPKMM) yaitu pasien Asuransi Kesehatan merupakan pasar potensial karena jumlahnya banyak, juga merupakan pengunjung yang tetap (hanya RS Pemerintah dan RS swasta yang ditunjuk) dan menguntungkan RS karena mampu meningkatkan penerimaan RS (meningkatkan pemanfaatan/utilisasi).

Dengan meningkatnya utilisasi di Unit Haemodialisa secara otomatis memberi imbas bagi unit-unit lain termasuk unit penunjang (*multiplier effect*). Peningkatan penerimaan ini dapat dilihat pada Instalasi/Unit yang langsung masuk dalam paket tarif yaitu Instalasi Farmasi.

6.3. Analisis Komponen Biaya yang Berperan dalam Perhitungan Biaya

6.3.1. Biaya Investasi

Biaya investasi terdiri dari biaya investasi gedung, biaya investasi alat medis, biaya investasi alat non medis dan biaya investasi kendaraan. Dari hasil perhitungan diketahui bahwa biaya investasi untuk alat medis mencapai 74,8% dari keseluruhan biaya investasi rumah sakit tahun 2007, diikuti biaya investasi bangunan 19%, biaya investasi alat non medis 5,1% dan biaya investasi kendaraan 1,1%.

Pada Unit haemodialisa total biaya investasi yang terdiri dari biaya investasi peralatan medis yaitu sebesar 22,21%, biaya investasi gedung sebesar 66,07% dan biaya investasi peralatan non medis sebesar 11,72%.

Biaya investasi peralatan medis cukup besar karena jumlahnya cukup banyak dan bervariasi, namun dalam hal ini rumah sakit terutama diruang haemodialisa investasi alat medis dilakukan oleh pihak ketiga oleh karena keterbatasan modal. Sebagian besar alat medik adalah investasi dari pihak ketiga berupa mesin haemodialisa.

Biaya investasi kendaraan tidak ada, karena tidak ada kendaraan khusus yang menjadi milik Unit Haemodialisa. Untuk kendaraan ambulans dan kereta jenazah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung langsung dikelola oleh bagian administrasi (Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan), sedangkan kendaraan dinas baik roda empat maupun roda dua hanya ada di jajaran manajemen.

6.3.2. Biaya Operasional

Biaya operasional tahun 2007 merupakan biaya terbesar dari total biaya rumah sakit, seperti yang disampaikan oleh Gani (1994), bahwa RS merupakan unit usaha yang

padat karya dan umumnya membutuhkan biaya operasional yang besar dibandingkan dengan biaya-biaya lainnya.

Pada unit Haemodialisa, biaya operasional obat dan bahan medis habis pakai merupakan biaya yang paling besar sejumlah 94,2% sedangkan biaya operasional gaji sebesar 5,2% dari total biaya operasional Unit Haemodialisa dan biaya operasional bahan kantor 0,28%. Ketiga pola komponen biaya operasional tersebut juga sesuai dengan hasil analisis biaya yang telah dilakukan di sebuah rumah sakit provinsi tipe B seperti yang disampaikan Gani (1988), demikian juga hasil penelitian yang dilakukan di sebuah RSUD oleh Nurcahyati (2003).

Sedangkan biaya operasional gaji Unit Haemodialisa sebesar 8,1% dari total biaya operasional gaji rumah sakit, dengan jumlah pegawai 13 orang. Biaya operasional obat dan bahan medis besarnya tergantung dari jumlah pasien. Mengingat pada tahun 2007 pemanfaatan mesin Haemodialisa sangat tinggi yaitu >100% (meningkat 117% dari tahun 2006), maka biaya operasional obat dan bahan medis pun terjadi peningkatan yang signifikan. Hal ini disebabkan karena adanya program Askeskin, dimana pada program-program yang sejenis sebelumnya kasus penyakit yang dapat dirawat hanya yang bersifat gawat darurat (*life saving*), sedangkan pada program Askeskin ini hampir semua kasus penyakit kecuali yang bersifat estetika dapat memanfaatkan program ini.

Biaya obat dan bahan medis habis pakai di Unit Haemodialisa berupa alat kesehatan habis pakai (*sputit*, alat infus, kateter, *NGT*) dan obat/bahan habis pakai (betadin, alkohol, kapas dan kasa) hanya untuk pemakaian diruangan, sedangkan obat-obatan rutin yang harus dikonsumsi pasien tidak disediakan oleh Unit Haemodialisa,

tetapi pasien harus mengambil di Apotik RS (Instalasi Farmasi) atau langsung ke Apotek Askes. Begitupun reagen laboratorium dan film rontgen (termasuk dalam biaya obat dan bahan habis pakai medis) menjadi beban dari unit yang bersangkutan/Farmasi.

Mengingat kedua komponen biaya tersebut merupakan biaya terbesar setelah biaya operasional gaji, maka diharapkan pihak rumah sakit perlu melakukan perencanaan yang matang, baik masalah pembiayaan dan peralatan yang harus disediakan pada tahun-tahun mendatang.

6.3.3. Biaya Pemeliharaan

Menurut Gani (1992), konsep biaya pemeliharaan (*maintenance cost*) sering disatukan ke dalam biaya operasional (*operational and maintenance cost*).

Kemudian antara biaya pemeliharaan dan biaya investasi harus ada keseimbangan karena tanpa didukung biaya pemeliharaan yang cukup maka barang-barang investasi tidak akan berfungsi lama.

Pada Unit Haemodialisa, biaya investasinya sebesar 4,9% dari total *Cost* sedangkan biaya pemeliharaannya sebesar 0,5% dari total biaya unit haemodialisa, yang meliputi: biaya pemeliharaan gedung sebesar 66,07% dan biaya pemeliharaan alat non medis sebesar 11,72% dari total pemeliharaan unit Haemodialisa. Sedangkan untuk biaya pemeliharaan alat-alat medis pada tahun ini tidak ada, hal ini bukan berarti peralatan tidak ada yang rusak atau tidak perlu pemeliharaan, tapi hal ini sesuai dengan perjanjian dengan pihak Ke III bahwa *maintenance* dilakukan oleh Pihak Ke III dengan tehnik yang sudah dipersiapkan dan dapat diatasi oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, tanpa harus mengeluarkan biaya khusus pada unit ini.

6.4. Analisis perbandingan *Cost* dan *Revenue* unit Haemodialisa

Total *Cost* Unit Haemodialisa tahun 2007 Rp.759.659.807,- yang terdiri dari biaya langsung 91,73% dan biaya tak langsung 8,63%. Dengan biaya tersebut unit Haemodialisa telah melayani pasien dialisis sebanyak 1.927 orang dengan 13.138 kali tindakan dialisis.

Pengeluaran biaya terbesar adalah untuk pembayaran hemodialisa set kepada pihak ketiga sebanyak Rp. 20.962.050 atau 3,00% dari total *Cost* unit Haemodialisa

Dari data diatas *Cost* Unit haemodialisa yang relatif cukup besar dapat ditutupi oleh retribusinya. Dari total *Revenue* tahun 2007 yang dikurangi dengan *Cost* unit Haemodialisa mendapatkan *surplus* yang artinya unit haemodialisa dapat dijadikan *Revenue Center* untuk Rumah sakit.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dari bab-bab sebelumnya tentang Keuangan unit Hemodialisa dengan sistem *out sourcing* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2007, ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu:

1. Pada tahun 2007, penerimaan berasal dari Unit Hemodialisa yaitu Rp. 5.920.988.350,-. Biaya yang dikeluarkan untuk unit Hemodialisa tahun 2007 adalah Rp. 5.035.545.123. atau sebesar 85% dari total pendapatan. Biaya yang dikeluarkan terbesar adalah untuk pembayaran bahan medis paket Haemodialisa sebesar Rp. 3.950.662.050,-
2. Distribusi pendapatan dari unit hemodialisa tahun 2007 untuk RS adalah sebesar Rp. 885.443.227,- atau (15%)- dari total pendapatan. Sementara yang didapat pihak ketiga sejumlah Rp. 3.950.662.050,-
3. Dari penghitungan *Cost* dan *Revenue* yang didapat RS dan Pihak ke III maka lebih menguntungkan pada pihak ke III, bila RS melakukan investasi sendiri akan lebih menguntungkan dan dapat mensubsidi ke bagian lain yang masih banyak membutuhkan dana.

7.2 Saran

7.2.1 Saran Untuk Rumah Sakit:

1. Melakukan sosialisasi kepada pihak Direksi dan jajaran yang berhubungan dengan pelaksanaan kerjasama Operasional unit Haemodialisa bahwa dengan KSO rumah sakit memberi keuntungan yang besar kepada pihak ketiga.
2. Melakukan penelitian lanjut kepada unit lain yang mengadakan KSO untuk melihat tingkat pendapatan yang dihasilkan dari kerja sama tersebut.
3. Usulan kepada PEMDA untuk dapat membeli Mesin Hemodialisi, yang akan memberi keuntungan dan dapat mensubsidi bagian lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo,S.M. 2000, Bahasan Analisa Biaya dan Manfaat Program KB dalam Pembangunan Nasional, *Simposium Menuju Era Baru Gerakan KB Nasional*, Jakarta, 7 maret.BKKBN Jakarta
- Azwar,A. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Bagian perencanaan dan Rekam Medik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, 2007. *Profil RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung*,
- Departemen Kesehatan RI, 2005, Rencana Strategis Tahun 2005 – 2009.
- Departemen Kesehatan RI, 2005, Pedoman *Outsourcing* di Rumah Sakit. Direktorat Bina Pelayanan Medik & Gigi Spesialistik. Departemen Kesehatan RI.
- Edition* (10th ed.). Singapore : McGraw-Hill International Book Company
- Drummond, M.F., Alistrair M.G. 2001 economic in Health care merging theory with practice, OxfordUniversity Press, new york
- Drummond, M.F.,et al. 2000 *Methods for the economic Evaluation of Health care programmes*, second edition, Oxford medical publication, USA
- Gani, A. 2002, 'perimbangan pembiayaan rumah sakit dalam konteks kebijaksanaan desentralisasi', *in seminar nasional PS KARS*, Depok, 14 Mei. FKM UI, Depok
- Gani, A. 2002, '*kemampuan membayar (ATP) dan kebijakan Tarif pelayanan kesehatan*, FKM UI, Depok
- Gani, A. 2002, '*Implikasi Ekonomi penyakit tuberculosis paru*', Bahan Advocacy di sampaikan dalam rangka World TB Days, Jakarta, 21 Maret Koalisi Indonesia sehat, Jakarta
- Gani, A. 1999, '*Analisis Ekonomi dalam Pelayanan bedah*', in Muktamar Ahli Bedah ke XVII, Jakarta 11 – 14 Juli, JAKarta
- Gani, A. 1993, '*Analisis Ekonomi dalam pengadaan alat kedokteran canggih*' in seminar penggunaan alat kedokteran canggih dalam pelayanankesehatan jakarta, 20 November . RSCM, Jakarta.

- Gold, Siegel, russel & Woenstein. 1996, *Cost Effectiveness in Health & Medicine*. Oxford University Press, New York
- Haddix, Anne. C. et al, 1996, *prevention Effectiveness : A Guide to Decision Analysis an economic Evuluation*, Oxford Univercity Press, New York
- Hornngren. et al, 2005, *Akuntansi Biaya Penekunan manajerial*. jilid 1, Edisi kesebelas, Indeks. Jakarta
- Mulyadi. 2003. *Activity Based Cost Sistem*, Sistem Informasi biaya Untuk Pengurangan biaya, Edisi 6. UPP AMP YPKN. Yogyakarta
- Michael, J. (1986, August). Chronic Renal Failure : End-Stage Management, *Medicin International*, vol 2, hal 1317-1320.
- Mills, A. & Gilson, L. 1990, *Ekonomi untuk negara -- negara Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta
- Nadjib, M. 2006, *Ekonomi Kesehatan*, Bahan Kuliah Ekonomi Kesehatan, Program pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Prodi KARS. 1989, *Modul Ekonomi Layanan Kesehatan*, Program pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Raharja, P.M. 2001, *Teori Ekonomi Mikro*, Suatu Pengantar, Edisi kedua, LPFEUI, Jakarta
- Rivany, R. 2006. *Tehnik Evaluasi Ekonomi Kesehatan*, Bahan Kuliah Ekonomi Kesehatan, Program pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Rivany, R. 2004, *pengembangan Model Indonesia Health Related Quality of Life (INA-HRQoL) pada cost Utility analysis study kasus pengobatan penyakit infeksi (TBC) dan non infeksi (Hipertensi) 2002*, [Disertasi]. Program pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Suwondo Candra, 2004, *Outsourcing Implementasi di Indonesia*, PT Elex Media Computindo Kelompok Gramedia-Jakarta Anggota IKAPI, Jakarta, cetakan kedua.
- Syamsuddin, H., 2007, *Outsourcing dalam Penyediaan dan Layanan Informasi (Sebuah analisa dalam penerapannya di Indonesia)*. Badan Perpustakaan dan Arsip Daerah Provinsi Kalimantan Selatan - Official Website. <http://bapustarda-kalsel.go.id>.

Tjiptoherijanto, Susetyo, B.P.1994 Ekonomi Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta

Tunggak, A.W. 2000, Activity Based Costing untuk Manufacturing dan Pemasaran, Edisi Revisi, Harvarindo, Jakarta

Tunggak, A.W. 1992, Activity Based Costing suatu pengantar, Rineka Cipta, Jakarta

Warner, K.1982, Cost Benefit and Cost Effectiveness Analysis on Health Care, Health Administration Press, Ann Arbor Michigan.

