

The background image shows a close-up of a doctor's hands holding a silver stethoscope. The doctor is wearing a white medical coat. The image is overlaid with a large, semi-transparent dark blue diamond shape that contains the main title text.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

FABA KONSULTAN

FABA



**BUKU PROFIL BISNIS
SEKTOR RUMAH SAKIT**

PROFIL BISNIS INDUSTRI RUMAH SAKIT

Profil Bisnis Industri Rumah Sakit

Penyusun :

Divisi Konsultan

Hak Cipta © FABA Konsultan

KATA PENGANTAR

FABA Konsultan mengucap Puji Syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan serta kebaikannya-Nya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Buku Profil Bisnis Industri Rumah Sakit. Buku ini akan memberikan gambaran mengenai profil bisnis industri Rumah Sakit secara keseluruhan.

Isi Buku ini merupakan alur gambaran usaha pada sektor industri Rumah Sakit, dimulai dengan membahas gambaran umum bisnis, peluang bisnis, kebijakan serta peraturan, karakteristik bisnis, pasar dan pemasaran, risiko usaha hingga sampai dengan analisis pembiayaannya.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Selanjutnya informasi ini akan menjadi peta awal bagi para analis kredit lembaga keuangan (yang dalam buku ini diartikan termasuk jabatan lain yang dipersamakan dengan itu) untuk memahami dan kemudian “terjun” kedalamnya guna mendukung tercapainya visi misi lembaga keuangan tersebut.

Segala bentuk tanggapan terhadap buku ini akan sangat kami harapkan sebagai masukan untuk perbaikan. Akhirnya, harapan kami adalah, semoga Buku Profil Bisnis Industri Rumah Sakit ini dapat menambah wawasan tentang bisnis industri rumah sakit.

Terima kasih,

© FABA Konsultan

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
RINGKASAN EKSEKUTIF	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II OVERVIEW BISNIS.....	5
2.1 Gambaran Umum Bisnis	5
2.1.1 Data Nasional Rumah Sakit.....	6
2.1.2 Data Regional Rumah Sakit	10
2.1.3 Data Rumah Sakit Publik	15
2.1.4 Data Rumah Sakit Privat	17
2.1.5 Data Rumah Sakit Berdasarkan Kelas....	20
2.2 Jenis Pelayanan Rumah Sakit.....	27
2.3 <i>Stakeholder</i> Rumah Sakit.....	38
2.4 Model Bisnis	44
2.4.1 Berdasarkan Pelayanan.....	44
2.4.2 Berdasarkan Pengelolaan.....	45
2.4.3 Berdasarkan Bentuk.....	47
2.4.4 Berdasarkan Fungsi	49

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2.4.5 Berdasarkan Jenjang/Kelas & Rujukan	49
2.3 <i>Succes Story</i>	56
BAB III KEBIJAKAN DAN PERATURAN	69
3.1 Kebijakan Pemerintah	69
3.2 Kebijakan Dan Peraturan Terkait Rumah Sakit	71
3.3 Perizinan Usaha.....	73
3.3.1 Izin Mendirikan Rumah Sakit.....	74
3.3.2 Izin Operasional Rumah Sakit.....	82
3.4 Legalitas Usaha	89
BAB IV KARAKTERISTIK BISNIS.....	96
4.1 Karakteristik Bisnis Rumah Sakit	96
4.2 Bisnis Proses	98
4.2.1 Rawat Jalan.....	98
4.2.2 Rawat Inap.....	107
4.3 Standar Usaha	118
4.4.1 Akreditasi Rumah Sakit.....	130
4.4.2 Manfaat Akreditasi Rumah Sakit	136
4.4.3 Penilaian Akreditasi Rumah Sakit.....	138
4.5 Indikator Kinerja Rumah Sakit	145
4.5.1 Tingkat Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	145

4.5.2	Mutu Pelayanan	147
4.5.3	Tingkat Efisiensi Pelayanan	148
	BAB V PASAR DAN PEMASARAN	96
5.1	Tarif Rumah Sakit	151
5.1.1	Struktur Tarif.....	156
5.1.2	Tarif INA-CBG	162
5.1.3	Perhitungan Tarif Unit Cost	164
5.2	Pemasaran Rumah Sakit.....	171
5.2.1	Manajemen Pemasaran Rumah Sakit	172
5.2.2	Strategi Pemasaran Rumah Sakit.....	173
5.2.3	Bauran Pemasaran (<i>Marketing Mix</i>).....	181
5.2.4	Etika Promosi Rumah Sakit.....	182
	BAB VI TITIK RISIKO USAHA.....	186
6.1	Risiko Eksternal	188
6.1.1	Risiko Hukum.....	188
6.1.2	Risiko Wabah dan Penyakit.....	188
6.1.3	Risiko Kemajuan Ilmu Kedokteran dan Teknologi Peralatan Rumah Sakit	189
6.1.4	Risiko Kegagalan Bayar Piutang (Perusahaan Asuransi, Pasien, dan Pemerintah).....	190
6.1.5	Risiko Kelangkaan Pasokan Obat dan Alat Kesehatan	190

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

6.1.6 Risiko Pasar	191
6.1.7 Risiko Kepercayaan Masyarakat Terhadap Pelayanan.....	191
6.2 Risiko Internal	192
6.3 Risiko Masa Investasi	194
6.3.1 Risiko Masa Pembangunan	194
6.3.2 Risiko Masa <i>Running Test</i>	194
6.4 Risiko Masa <i>Operational</i>	195
6.4.1 Risiko <i>Supply</i>	195
6.4.2 Risiko Pelayanan	196
6.4.3 Risiko Permintaan (<i>Demand Risk</i>)	196
6.4.4 Risiko <i>Collection</i>	197
6.5 Manajemen Risiko	197
BAB VII PELUANG PEMBIAYAAN INDUSTRI BISNIS RUMAH SAKIT	203
7.1 Kredit Investasi Rumah Sakit.....	203
7.1.1 Pembangunan Rumah Sakit Baru	203
7.1.2 Pengembangan Rumah Sakit.....	209
7.2 Bank Garansi.....	214
BAB VIII ANALISIS PEMBIAYAAN.....	218
8.1 Kredit.....	218
8.1.1 Syarat Kredit (Pembiayaan).....	219

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

8.1.2 Pembiayaan yang perlu dihindari	223
8.1.3 Agunan/Jaminan (<i>Collateral</i>).....	228
8.1.4 Jenis Dokumen Pembiayaan.....	230
8.2 Analisis Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit.....	232
8.2.1 Rasio Keuangan.....	239
8.2.2 Penilaian Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit	254
8.3 Analisis Rasio Keuangan	255
8.3.1 Laporan Keuangan.....	267
8.3.2 Ikhtiar Kebijakan Akuntansi yang Penting	270
8.4 Analisis Penilaian Investasi.....	283
DAFTAR PUSTAKA	303

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jumlah RS Berdasarkan Kelas	20
Tabel 2.2 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 1) .	21
Tabel 2.3 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 2) .	21
Tabel 2.4 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 3) .	21
Tabel 2.5 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 4) .	22
Tabel 2.6 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 5) .	22
Tabel 4.1 Kriteria RS Rujukan Nasional dan Regional	129
Tabel 4.2 Tingkatan Kategori Akreditasi	143
Tabel 4.3 Kriteria Kelulusan Akreditasi.....	144
Tabel 4.4 Indikator Kinerja RS	150
Tabel 5.1 Tarif RS Kelas A Pemerintah (rawat inap)	
Regional.1	163
Tabel 5.2 Tarif RS Kelas A Pemerintah (rawat jalan)	
Regional.1	163
Tabel 5.3 Tarif RS Kelas A Swasta (rawat inap)	
Regional.1	163
Tabel 5.4 Tarif RS Kelas A Swasta (rawat jalan)	
Regional.1	163
Tabel 5.5. Simulasi Tarif Kelas I	170
Tabel 5.6 Simulasi tarif kelas I dengan kenaikan upah	
rata-rata sebesar 20% dan komponen upah	
adalah 60% dari biaya satuan variabel	
(UVC).....	170
Tabel 5.7 Bauran Pemasaran di Rumah Sakit	181
Tabel 6.1 Risiko dan Mitigasi Risiko Internal.....	192
Tabel 6.2 Risiko Masa Pembangunan	194
Tabel 6.3 Risiko Masa Running Test	194
Tabel 6.4 <i>Supply Risk</i>	195
Tabel 6.5 Risiko Pelayanan	196
Tabel 6.6 Risiko Permintaan	196
Tabel 6.7 Risiko <i>Collection</i>	197
Tabel 8.1 Kriteria Standar 5 C	221
Tabel 8.2 Penilaian Kinerja Rumah Sakit	235

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Total RS di Indonesia	6
Gambar 2.2 Data RS Publik dan RS Privat	7
Gambar 2.3 Data RS Pemerintah dan RS Swasta.....	8
Gambar 2.4 Trend Jumlah RS di Indonesia Berdasar Kepemilikan	9
Gambar 2.5 Jumlah Tempat Tidur RS Pemerintah dan RS Swasta	10
Gambar 2.6 Pertumbuhan RS Per-Regional 1	11
Gambar 2.7 Pertumbuhan Jumlah RS Regional 1	12
Gambar 2.8 Pertumbuhan TT RS Per-Regional	13
Gambar 2.9 Pertumbuhan TT RS Regional 1	13
Gambar 2.10 Pertumbuhan RS Publik	15
Gambar 2.11 Pertumbuhan RS Publik Per-Regional..	16
Gambar 2.12 Pertumbuhan RS Swasta Non Profit.....	16
Gambar 2.13 Pertumbuhan RS Swasta <i>Non Profit</i> Per-Regional	17
Gambar 2.14 Pertumbuhan RS Privat	18
Gambar 2.15 Pertumbuhan RS Privat Per-Regional ..	18
Gambar 2.16 Pertumbuhan RS Swasta Profit.....	19
Gambar 2.17 Jumlah Kelas RS Per Regional	20
Gambar 2.18 RS Kelas A Per Regional	23
Gambar 2.19 RS Kelas B Per Regional	23
Gambar 2.20 RS Kelas C Per Regional	24
Gambar 2.21 RS Kelas D Per Regional	25
Gambar 2.22 RS <i>Non</i> Kelas Per Regional	26
Gambar 2.23 Penyebaran Rumah Sakit di Indonesia .	26
Gambar 2.24 Jenis Pelayanan Rumah Sakit	27
Gambar 2.25 Contoh Instalasi Rawat Jalan.....	28
Gambar 2.26 Contoh Instalasi Rawat Inap.....	29
Gambar 2.27 Contoh Instalasi Gawat Darurat	30
Gambar 2.28 Contoh Instalasi Bedah Sentral.....	30
Gambar 2.29 Contoh Instalasi Kamar Bersalin	31
Gambar 2.30 Contoh Instalasi Laboratorium	32

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Gambar 2.31 Contoh Instalasi Radiologi	33
Gambar 2.32 Contoh Instalasi Rehabilitasi Medik.....	34
Gambar 2.33 Contoh Instalasi Kamar Jenasah.....	35
Gambar 2.34 Contoh Instalasi Gizi	36
Gambar 2.35 Contoh Instalasi Farmasi	36
Gambar 2.36 Contoh Instalasi Laundry & CSSD	37
Gambar 2.37 <i>Stakeholder</i> Rumah Sakit	38
Gambar 2.38 Contoh Rumah Sakit Kelas A.....	50
Gambar 2.39 Contoh Rumah Sakit Kelas B	51
Gambar 2.40 Contoh Rumah Sakit Kelas C	52
Gambar 2.41 Contoh Rumah Sakit Kelas D.....	53
Gambar 2.42 Contoh Rumah Sakit Khusus.....	56
Gambar 3.1 Alur Perizinan Rumah Sakit	81
Gambar 3.2 Contoh Sertifikat Izin Operasional Rumah Sakit	87
Gambar 3.3 Skematik Tahapan Pembangunan Rumah Sakit	88
Gambar 3.4 Alur Izin Pemanfaatan Ruang.....	94
Gambar 4.1 Alur Proses Rawat Jalan	100
Gambar 4.2 Alur Proses Rawat Inap	111
Gambar 4.3 Konsep Akreditasi	137
Gambar 4.4 Contoh Sertifikat Akreditasi	144
Gambar 5.1 Perhitungan Biaya Rumah Sakit.....	152
Gambar 5.2 Struktur Tarif Rumah Sakit	158
Gambar 5.3 Alur Perhitungan Tarif <i>Unit Cost</i>	166
Gambar 5.4 Rasionalisasi Tarif	166

RINGKASAN EKSEKUTIF

- Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit bersifat holistik atau menyeluruh mulai dari pencegahan, penyembuhan hingga pemulihan penyakit. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit bersifat holistik atau menyeluruh mulai dari pencegahan, penyembuhan hingga pemulihan penyakit.
- Mayoritas rumah sakit yang ada di Indonesia sudah bergeser ke arah *profit oriented*, yang awalnya rumah sakit didirikan dengan tujuan sosial dan berhubungan dengan keagamaan tetapi seiring dengan berjalananya waktu, tujuan rumah sakit tidak hanya pelayanan

sosial tetapi juga mengarah pada tujuan ekonomi bahkan komersial.

- Jumlah RS di Indonesia semakin meningkat. Sejak tahun 2012 sampai dengan saat ini terdapat peningkatan sebesar rata-rata 52%.
- Rumah sakit di Indonesia terdiri dari rumah sakit publik dan rumah sakit privat dengan jumlah total 2,773 rumah sakit. Pertumbuhan RS Publik selama 6 tahun terakhir tidak sepesat pertumbuhan RS Privat. Rata-rata pertumbuhan RS publik sebesar 0,4%, karena adanya penurunan jumlah RS Swasta *non profit*, sedangkan RS Privat sebesar 15,3%.
- Kategori RS berdasarkan kelas masih lebih banyak di dominasi oleh RS kelas C di semua regional sebagai rumah sakit rujukan dari fasilitas kesehatan primer.
- Model bisnis rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan pelayanannya, pengelolaannya, bentuknya, jenjang/kelas dan rujukan.

- Pelayanan : Rumah sakit umum dan Rumah Sakit Khusus.
- Pengelolaan : RS Publik dan RS Privat.
- Bentuk : Rumah Sakit Menetap, Rumah Sakit Bergerak, Rumah Sakit Lapangan.
- Jenjang/Rujukan : Rumah Sakit Umum (Kelas A, B, C, D), Rumah Sakit Khusus (A, B, C).
- Perizinan usaha rumah sakit telah tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Izin rumah sakit terdiri atas izin mendirikan yang diajukan oleh pemilik rumah sakit dan izin operasional yang diajukan oleh pengelola rumah sakit.
- Yang membedakan dalam tipe masing-masing rumah sakit adalah segi Pelayanan, SDM, SARPRAS, Peralatan. Semakin tinggi kelas/tipe yang di terima biasanya akan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

semakin lengkap dan memadai dari 3 aspek tersebut.

- Standar mutu rumah sakit dapat dilihat pada hasil akreditasi yang telah didapatkannya. maka pada akhir tahun 2017 KARS telah menetapkan akan kebijakan baru mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.
- SNARS merupakan standar nasional akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan oleh KARS dan sudah mulai diberlakukan pada 1 Januari 2018 di seluruh Indonesia.
- Indikator kinerja rumah sakit :

No	Indikator	Definisi	Nilai Rujukan
1	BOR	Tingkat pemanfaatan sarana rawat inap suatu rumah sakit	60% - 80%
2	ALOS	AvLOS menggambarkan berapa hari seorang penderita rata-rata di rawat suatu RS	6 - 10 Hari
3	BTO	Menggambarkan berapa kali dalam setahun sebuah tempat tidur rata-rata digunakan oleh berbagai penderita	40 - 50 Kali/Tahun
4	TOI	Memberikan gambaran berapa lama sebuah tempat tidur berada dalam keadaan kosong sebelum digunakan kembali oleh penderita lain	1 - 3 hari
5	NDR	Angka kematian > 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar	< 25/1000 Penderita
6	GDR	Adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 penderita keluar	< 45/1000 Penderita Keluar

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Penetapan tarif rumah sakit mengacu pada Pola Tarif Nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan PMK Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit bahwasanya tarif rumah sakit ditetapkan berdasarkan Biaya Satuan pembiayaan atau sering disebut “*Unit Cost*” dengan memperhatikan kondisi regional.
- *Tarif Indonesian - Case Based Group* (INA-CBG) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokkan diagnosis penyakit dan prosedur.
- Tarif INA-CBG telah diatur dan pada PERMENKES No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Pemasaran rumah sakit yang efektif bagi sebuah rumah sakit dapat dilihat dari seberapa kuat komitmen RS dalam memberikan pelayanan yang bermutu yang sangat dituntut pasien pada era kini.
- Bisnis rumah sakit memiliki banyak risiko baik secara eksternal maupun internal dan risiko pada masa investasi (pembangunan) sampai pada masa operasional rumah sakit.
- Peluang pembiayaan industri rumah sakit :
 - Kredit Investasi RS Baru
 - Kredit Investasi Pengembangan RS
- Penilaian kinerja rumah sakit :

Aspek	Finansial	Non Finansial
Pasien	Biaya dan Transparan	Memuaskan dalam estetika, sikap dan prilaku petugas kesehatan, serta tata cara pelayanan

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

Aspek	Finansial	Non Finansial
Pengelola	Laporan Laba Rugi (<i>Profit and Loss</i>), analisis rasio laporan keuangan, rasio likuiditas, rasio aktivitas, rasio profitabilitas, dan rasio struktur modal	Utilisasi : BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>), Angka cakupan layanan di unit-unit. Kualitas : Angka Kejadian Infeksi, <i>Net Death Rate</i> , <i>Gross Death Rate</i> , Komplain Pasien, Pegawai, <i>Vehicle</i>
<i>Investor</i>	<i>Return on Investment</i>	Risiko dan Citra Rumah Sakit

BAB I

PENDAHULUAN

Pertumbuhan jumlah penduduk menjadi salah satu pemicu yang meramaikan pasar pembangunan dan bisnis rumah sakit di Indonesia. Pada empat tahun ke depan, di Indonesia, ada 17 juta penduduk berusia 65 tahun ke atas. Data menunjukkan, jumlah penduduk berusia 15 tahun hingga 64 tahun bisa mencapai 184 juta jiwa pada 2020. Jumlah penduduk di rentang usia ini bertambah 17 juta sejak 2013.

Penduduk berusia 65 tahun ke atas akan mencapai 17 juta pada 2020. Sementara itu, usia 0 tahun sampai 14 tahun diproyeksi bertambah 2 juta orang menjadi 71 juta pada 2020. Tak heran bila pertumbuhan *demand* terhadap keberadaan industri rumah sakit di Indonesia juga semakin nyata.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tanpa berharap semakin banyak orang sakit, sektor jasa kesehatan, khususnya rumah sakit, punya ruang bertumbuh besar dalam beberapa tahun mendatang. Tak ketinggalan tantangan yang menyertainya. Ya, pendorong pertama, pasar rumah sakit di Indonesia utamanya didorong oleh pertumbuhan jumlah penduduk.

Umur produktif (25 tahun - 54 tahun) yang mendominasi jumlah penduduk, yakni 42,31%, serta rentang remaja hingga dewasa (15 tahun-24 tahun) sebanyak 17,07% juga bakal berefek positif bagi perkembangan industri rumah sakit.

Pertambahan penduduk usia muda atau produktif dapat mendorong peningkatan angka *disposable income* dan belanja kesehatan. Pada 2020, angka pendapatan tahunan yang dapat dibelanjakan (*annual disposable income*) diperkirakan US\$750 miliar, naik 53% dari sejak 2013. Secara khusus, total pengeluaran untuk layanan kesehatan akan terus meningkat.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Pertumbuhan permintaan layanan kesehatan akan terus naik dibarengi angka harapan hidup. *Sejumlah katalis mampu mengungkit pertumbuhan sektor jasa kesehatan. Dari sisi infrastruktur, rerata pertumbuhan jumlah rumah sakit (RS) di Indonesia pada 2012-2018 sebesar 5,2%. Pertumbuhan masif terjadi pada RS swasta, yakni 7%, sedangkan RS Pemerintah cuma 3%. Jumlah itu akan bertumbuh seiring dengan belanja kesehatan pemerintah yang naik dan ekspansi usaha pelaku usaha rumah sakit.*

Katalis penggerak lain yakni program jaminan kesehatan nasional (JKN). Industri RS akan diuntungkan oleh pertumbuhan peserta asuransi jiwa. *Rerata pertumbuhan majemuk tahunan premi asuransi jiwa pada 2010-2014 sebesar 12,64% menjadi Rp 121,62 triliun per akhir 2014.*

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Namun demikian, premi asuransi jiwa di Indonesia di proyeksikan akan tumbuh pesat menjadi sekitar 13% pertahun antara tahun 2015 – 2020.

Kini kalangan investor baik asing atau lokal sangat antusias untuk masuk di bisnis Rumah Sakit. Mereka ada yang datang dari pemain *investor* strategis maupun *investor* finansial. Mereka umumnya diam-diam sedang mencari-cari peluang kerjasama dengan pemain lokal yang sudah punya pengalaman di pengelolaan rumah sakit, sedangkan mereka datang dengan membawa jaringan dan modal.

Diharapkan Buku Profil Bisnis industri rumah sakit ini dapat membantu para pegawai yang berada di lembaga keuangan dalam melakukan analisis kredit dan pembiayaan bisnis industri rumah sakit.

BAB II**OVERVIEW BISNIS****2.1 Gambaran Umum Bisnis**

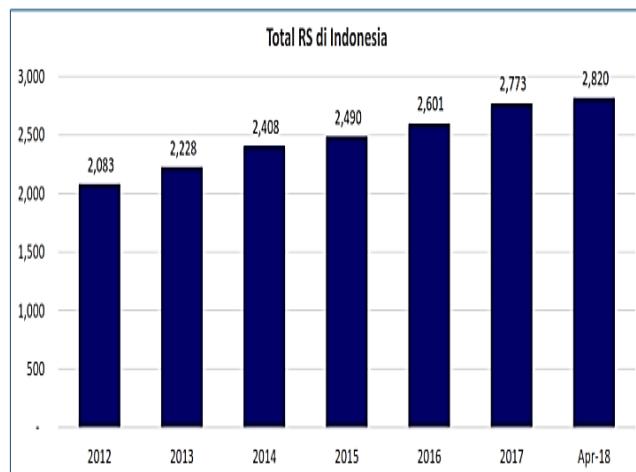
Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit bersifat holistik atau menyeluruh mulai dari pencegahan, penyembuhan hingga pemulihan penyakit. Saat ini rumah sakit telah mengalami pergeseran tujuan. Mayoritas rumah sakit yang ada di Indonesia sudah beralih ke arah *profit oriented*, yang awalnya rumah sakit didirikan dengan tujuan sosial dan berhubungan dengan keagamaan tetapi seiring dengan berjalannya waktu, tujuan rumah sakit tidak hanya pelayanan sosial tetapi juga mengarah pada tujuan ekonomi bahkan komersial.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Hal ini disebabkan karena masuknya Indonesia ke zaman globalisasi dimana persaingan pasar bebas yang mengharuskan kita untuk merubah cara pandang terhadap rumah sakit.

2.1.1 Data Nasional Rumah Sakit

Jumlah RS di Indonesia semakin meningkat. Sejak tahun 2012 sampai dengan saat ini terdapat peningkatan sebesar rata-rata 52%.



Gambar 2.1 Total RS di Indonesia

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

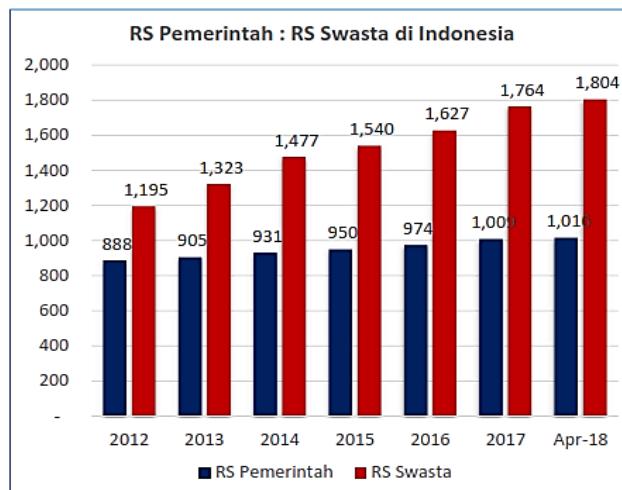
Rumah sakit di Indonesia terdiri dari rumah sakit publik dan rumah sakit privat dengan jumlah total 2,773 rumah sakit. Pertumbuhan RS Publik selama 6 tahun terakhir tidak sepesat pertumbuhan RS Privat. Rata-rata pertumbuhan RS publik sebesar 0,4%, karena adanya penurunan jumlah RS Swasta *non profit*, sedangkan RS Privat sebesar 15,3%.



Gambar 2.2 Data RS Publik dan RS Privat

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Jumlah RS Swasta dibandingkan dengan RS Pemerintah lebih banyak. Pertumbuhan rata-rata RS Swasta sebesar 7%, sedangkan RS Pemerintah rata-rata hanya sebesar 3%.

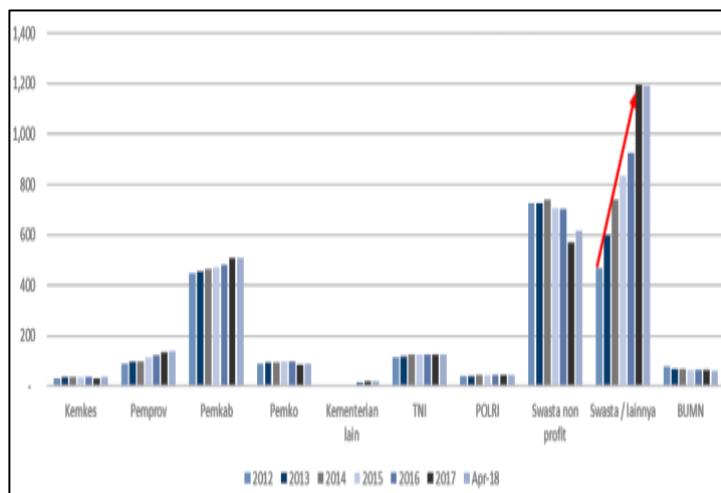


Gambar 2.3 Data RS Pemerintah dan RS Swasta

Berdasarkan kepemilikan, pertumbuhan RS Swasta *Profit* lebih agresif dibandingkan jenis RS lainnya. Rata-rata pertumbuhan sebesar 17,3%. RS Publik milik Pemerintah Daerah hanya sebesar 7,7%, dan RS lain pertumbuhannya tidak terlalu signifikan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Hal yang perlu diperhatikan adalah penurunan jumlah RS Swasta *non profit* yang cukup signifikan di akhir tahun 2017.



Gambar 2.4
Trend Jumlah RS di Indonesia Berdasar Kepemilikan

Jumlah Tempat Tidur (TT) RS Pemerintah lebih banyak dibanding RS Swasta, namun pertumbuhan TT RS Swasta lebih tinggi sebesar rata-rata 10%, dibandingkan TT RS Publik yang rata-rata sebesar 4%.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 2.5
Jumlah Tempat Tidur RS Pemerintah dan RS Swasta

2.1.2 Data Regional Rumah Sakit

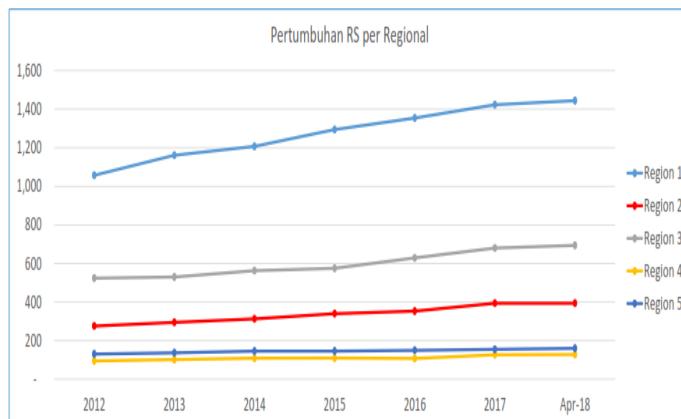
Rumah Sakit di Indonesia dibagi menjadi beberapa region, yaitu :

- Region 1 : DKI, Jabar, Jateng, DIY, Jatim, dan Banten.
- Region 2 : Sumbar, Riau, Sumsel, Lampung, Bali, dan NTB

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Region 3 : Aceh (NAD), Sumut, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalbar, Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultra, Gorontalo, Sulbar.
- Region 4 : Kalteng, Kalsel, Kaltim, Kaltara.
- Region 5 : NTT, Maluku, Malut, Papua Barat, Papua.

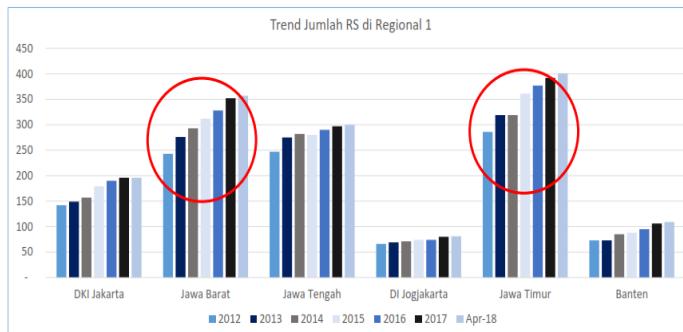
Jumlah RS Regional 1 seperti di Jawa Timur dan Jawa Barat bertambah lebih agresif dibanding provinsi lain dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 7% - 8%.



Gambar 2.6 Pertumbuhan RS Per-Regional

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Pertumbuhan jumlah RS di regional 2 tidak se-agresif di regional 1.



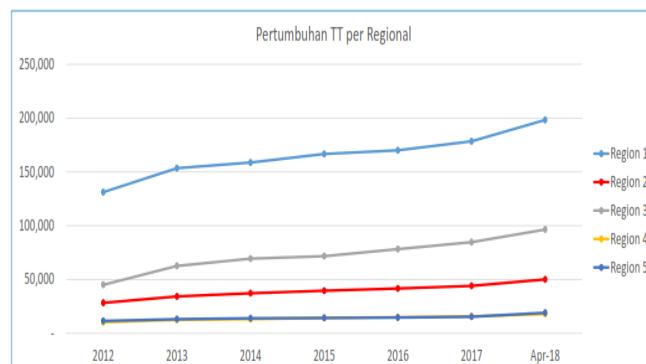
Gambar 2.7 Pertumbuhan Jumlah RS Regional 1

Untuk regional 2, rata-rata pertumbuhan jumlah RS paling tinggi di Sumatera Selatan sebesar 9% dibanding pertumbuhan jumlah RS di Provinsi lain. Sedangkan di regional 3 paling banyak jumlah RS berada di Sumatera Utara dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 8%.

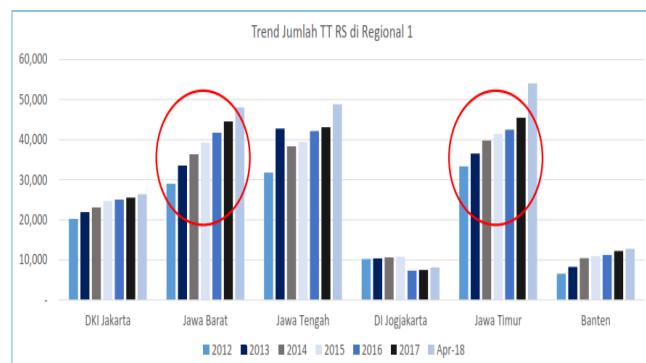
Untuk regional 4 yaitu pulau Kalimantan rata-rata pertumbuhan sebesar 2% – 9%. Sedangkan rata-rata pertumbuhan jumlah RS di NTT, Maluku, dan Papua yaitu sebesar 2% - 7%. Untuk NTT dan Papua rata-rata sebesar 5%.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Jumlah Tempat Tidur (TT) regional 1 seperti di Jawa Barat meningkat lebih pesat seiring dengan penambahan jumlah RS dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 9%. Demikian pula rata-rata pertumbuhan TT di Jawa Timur.



Gambar 2.8 Pertumbuhan TT RS Per-Regional



Gambar 2.9 Pertumbuhan TT RS Regional 1

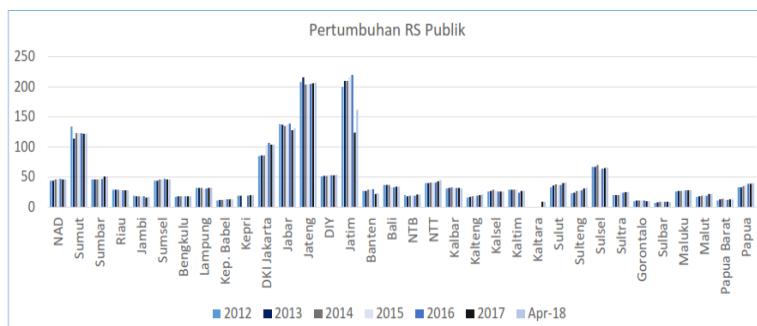
Rata-rata pertumbuhan TT di wilayah regional 2 berkisar 6% - 7% untuk provinsi-provinsi yang berada diregional 2 tersebut. Sedangkan jumlah TT diregional 3 jumlah rata-rata pertumbuhan tersebesar yaitu Sumatera Utara dengan besaran 27%. Demikian pula di Sulawesi Selatan sebesar 9%. Provinsi lain dengan pertumbuhan TT yang cukup signifikan adalah NAD dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 14%.

Dalam regional 4 rata-rata pertumbuhan sebesar 8% - 10% dengan jumlah TT paling banyak di Kalimantan Timur karena jumlah RS yang lebih banyak. Sedangkan dalam regional 5 provinsi yang perlu diperhitungkan adalah NTT dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 10%. Jumlah TT di Papua lebih sedikit dibandingkan NTT, namun pertumbuhan lebih tinggi sebesar 11%.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2.1.3 Data Rumah Sakit Publik

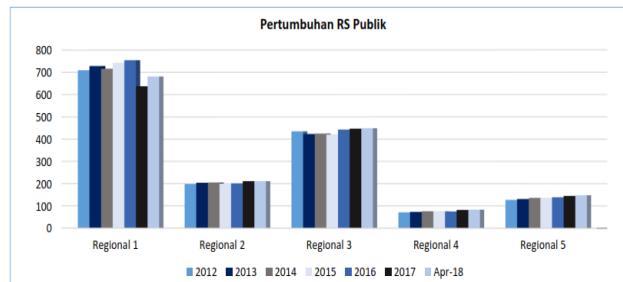
Progres pertumbuhan RS publik yang cukup signifikan ditunjukkan oleh DKI Jakarta. Sedangkan RS Publik di Provinsi lain pertumbuhannya tidak terlalu signifikan. Bahkan di Jawa Timur terjadi penurunan jumlah RS publik khususnya swasta *non profit* yang sangat signifikan.



Gambar 2.10 Pertumbuhan RS Publik

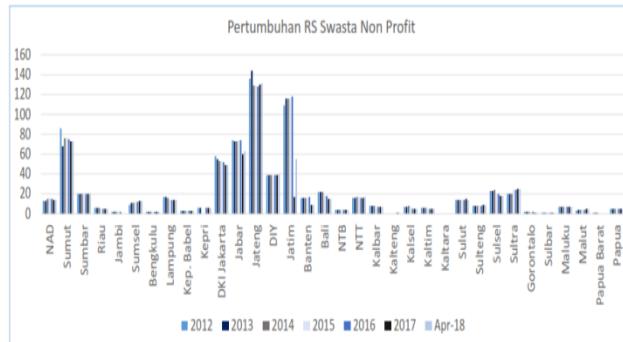
Jumlah RS publik di regional 1 menunjukkan pertumbuhan yang fluktuatif. Disisi lain perlu diperhatikan pertumbuhan RS di region 4 dan 5 sebesar 3% walaupun jumlah RS tidak sebanyak di regional lainnya.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



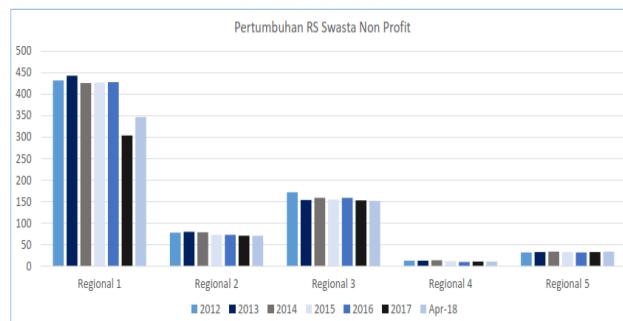
Gambar 2.11 Pertumbuhan RS Publik Per-Regional

Jumlah RS Swasta *non profit* di berbagai provinsi menunjukkan pengurangan bahkan penurunan yang sangat signifikan terjadi di Jawa Timur. Hal ini menunjukkan adanya pergeseran jenis kepemilikan dari bentuk yayasan ke PT (komersial).



Gambar 2.12 Pertumbuhan RS Swasta Non Profit

Pertumbuhan RS swasta *non profit* tidak sepesat RS milik pemerintah ataupun RS swasta *profit*.

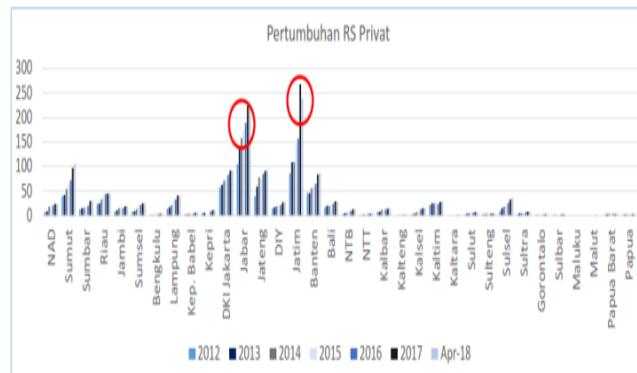


Gambar 2.13
Pertumbuhan RS Swasta *Non Profit* Per-Regional

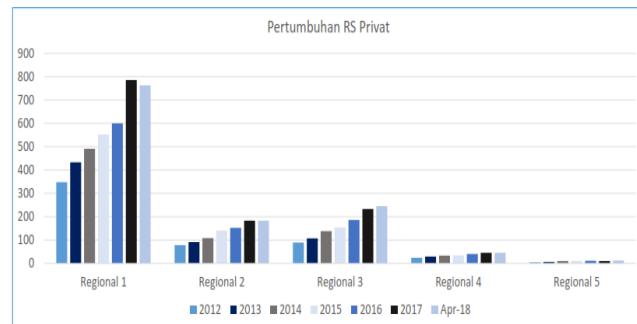
2.1.4 Data Rumah Sakit Privat

Rata-rata di setiap provinsi terdapat kenaikan jumlah RS Privat. Pertumbuhan agresif terlihat terutama di Jawa Timur naik 4x lipat atau jika diprosentasekan sebesar rata-rata 21% dan di Jawa Barat naik hampir 2x lipat atau 19%, DKI Jakarta naik hampir 2x lipat atau 8% selama 6 tahun terakhir. Demikian pula Jawa Tengah naik hampir 3x lipat atau rata-rata 19%.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 2.14 Pertumbuhan RS Privat

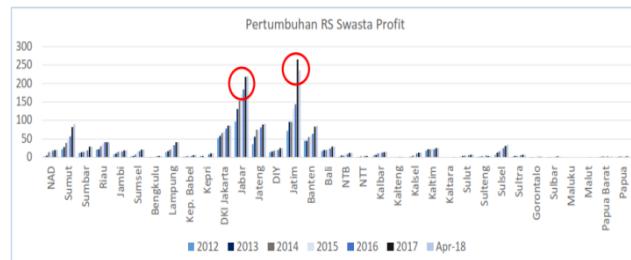


Gambar 2.15 Pertumbuhan RS Privat Per-Regional

Rata-rata pertumbuhan jumlah RS Privat di setiap regional meningkat sebesar 3x lipat selama 6 tahun terakhir dengan dominasi pertumbuhan di regional 1.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

RS privat dikategorikan menjadi RS swasta *profit* dan RS BUMN. Namun yang lebih menarik untuk dicermati adalah pertumbuhan RS Swasta *profit* yang meningkat sangat signifikan. Di setiap Provinsi terdapat kenaikan jumlah RS *profit*. Pertumbuhan RS swasta *profit* paling agresif ditunjukkan Jawa Timur. Namun apabila dicermati terjadi pergeseran RS swasta *non profit* yang menjadi RS swasta *profit*.



Gambar 2.16 Pertumbuhan RS Swasta Profit

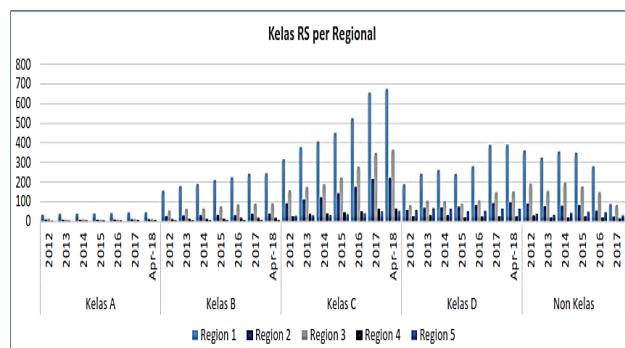
RS swasta *profit* di regional 1 menunjukkan pertumbuhan yang signifikan yaitu sebesar rata-rata 16% atau naik 2,5x lipat terutama di tahun 2017 dengan adanya pergeseran RS swasta *non profit* ke RS Swasta *profit*.

2.1.5 Data Rumah Sakit Berdasarkan Kelas

Kategori RS berdasarkan kelas masih lebih banyak di dominasi oleh RS kelas C di semua regional sebagai rumah sakit rujukan dari fasilitas kesehatan primer. Jumlah terbanyak berada di regional 1.

Tabel 2.1 Jumlah RS Berdasarkan Kelas

No	Keterangan	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	Region 1	46	245	674	391	88
2	Region 2	7	40	221	97	26
3	Region 3	10	92	365	152	75
4	Region 4	5	17	66	25	15
5	Region 5	0	8	54	65	33



Gambar 2.17 Jumlah Kelas RS Per Regional

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

Tabel 2.2 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 1)

No	Region 1	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	DKI Jakarta	16	62	64	28	26
2	Jawa Barat	8	60	191	74	24
3	Jawa Tengah	8	34	142	116	0
4	DI Jogjakarta	3	12	26	35	5
5	Jawa Timur	10	55	176	131	29
6	Banten	1	22	75	7	4
	Total	46	245	674	391	88

Tabel 2.3 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 2)

No	Region 2	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	Sumatera Barat	3	6	42	15	15
2	Riau	1	7	40	24	1
3	Sumatera Selatan	3	8	34	21	4
4	Lampung	0	5	51	16	1
5	Bali	3	11	36	10	3
6	NusaTenggara Barat	0	3	18	11	2
	Total	10	40	221	97	26

Tabel 2.4 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 3)

No	Region 3	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	NAD	3	10	35	13	8
2	Sumatera Utara	2	29	113	51	32
3	Jambi	0	4	22	9	1
4	Bengkulu	0	2	11	9	0
6	Kepulauan Bangka Belitung	0	2	12	6	0
5	Kepulauan Riau	0	6	16	5	4
7	Kalimantan Barat	0	5	30	9	2
8	Sulawesi Utara	2	3	22	8	13
9	Sulawesi Tengah	0	3	24	6	3
10	Sulawesi Selatan	3	24	56	14	5
11	Sulawesi Tenggara	0	2	14	12	5
12	Gorontalo	0	2	5	6	0
13	Sulawesi Barat	0	0	5	4	2
	Total	10	92	365	152	75

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tabel 2.5 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 4)

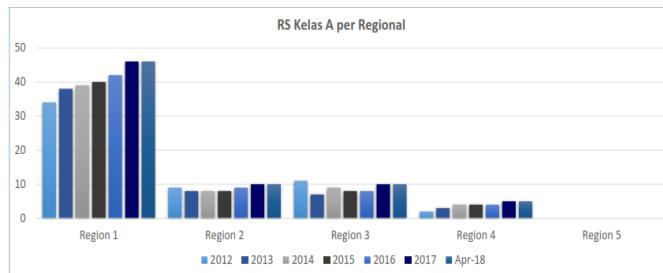
No	Region 4	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	Kalimantan Selatan	2	6	26	6	1
2	Kalimantan Timur	3	7	25	10	10
3	Kalimantan Utara	0	1	4	3	2
4	Kalimantan Tengah	0	3	11	6	2
	Total	5	17	66	25	15

Tabel 2.6 Jumlah RS Berdasarkan Kelas (Region 5)

No	Region 5	A	B	C	D	Non Kelas
Per April 2018						
1	Nusa Tenggara Timur	0	2	26	18	4
2	Maluku	0	3	5	16	4
3	Maluku Utara	0	1	4	12	5
4	Papua Barat	0	0	6	7	4
5	Papua	0	2	13	12	16
	Total	0	8	54	65	33

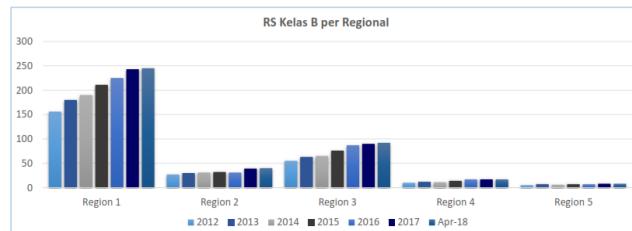
RS kelas A yang merupakan rumah sakit pendidikan dan rujukan nasional lebih banyak berada di regional 1 atau Pulau Jawa. Selain terpusat di regional 1, RS kelas A tersebut juga lebih banyak bertambah jumlahnya dibanding regional lainnya. Di regional 5 yang meliputi Kepulauan Maluku dan Kepulauan Papua tidak tersedia RS Kelas A.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 2.18 RS Kelas A Per Regional

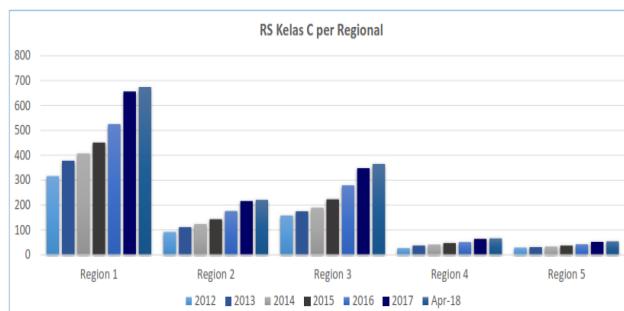
RS kelas B juga lebih banyak berada di regional 1. RS kelas B pada regional tersebut jumlahnya bertambah lebih banyak dibanding regional lainnya. Pada regional 3, jumlah kelas B juga menunjukkan pertumbuhan hampir 2 kali lipat. Sebagai rumah sakit rujukan regional pertumbuhan RS kelas B tersebut menunjukkan penyebaran yang belum merata di semua regional, terutama regional 4 dan 5.



Gambar 2.19 RS Kelas B Per Regional

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

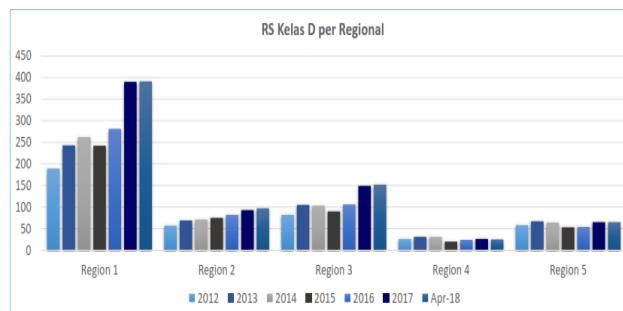
Pertumbuhan RS kelas C menggambarkan bahwa pertumbuhannya cukup agresif terutama di regional 1. Hampir di semua regional pertumbuhan RS kelas C tersebut meningkat 2-3 kali lipat, kecuali di regional 5. Pemenuhan klasifikasi RS kelas C yang tidak membutuhkan pendanaan maupun teknologi sebesar dan secanggih kelas A maupun kelas B membuat para investor lebih banyak tertarik untuk mengembangkan RS kelas C. Demikian pula terkait dengan sistem rujukan yang saat ini berjalan dimana RS kelas C menjadi tempat merujuk dan filter bagi kasus-kasus yang tidak membutuhkan penanganan sub spesialis.



Gambar 2.20 RS Kelas C Per Regional

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

RS kelas D juga lebih terkonsentrasi di regional 1. Namun perlu dicermati bahwa jumlah RS kelas D di regional 5 lebih banyak dibandingkan dengan regional 4. Hal tersebut kemungkinan terkait dengan kemampuan sumber daya yang memang belum dapat meningkatkan rumah sakitnya ke kelas yang lebih tinggi.

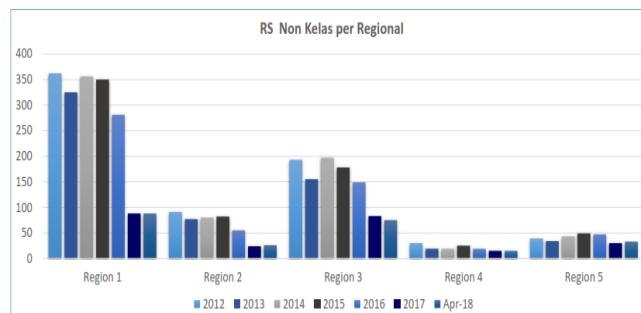


Gambar 2.21 RS Kelas D Per Regional

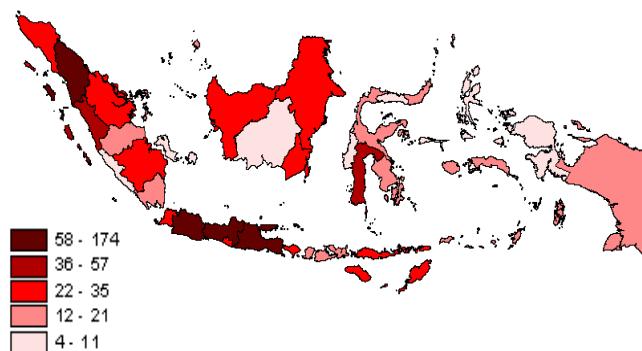
RS *non* kelas juga lebih banyak berada di regional 1. Secara keseluruhan jumlah RS non kelas cenderung menurun karena rumah sakit tersebut ada yang sudah mendapatkan penetapan kelas.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Namun di regional 5, rumah sakit *non* kelas jumlahnya cenderung stagnan, dimana hal ini menunjukkan bahwa proses penetapan kelas RS di regional tersebut tidaklah secepat di regional lain. Kembali lagi kemasalah sumber daya yang dimiliki di regional 5 tersebut.

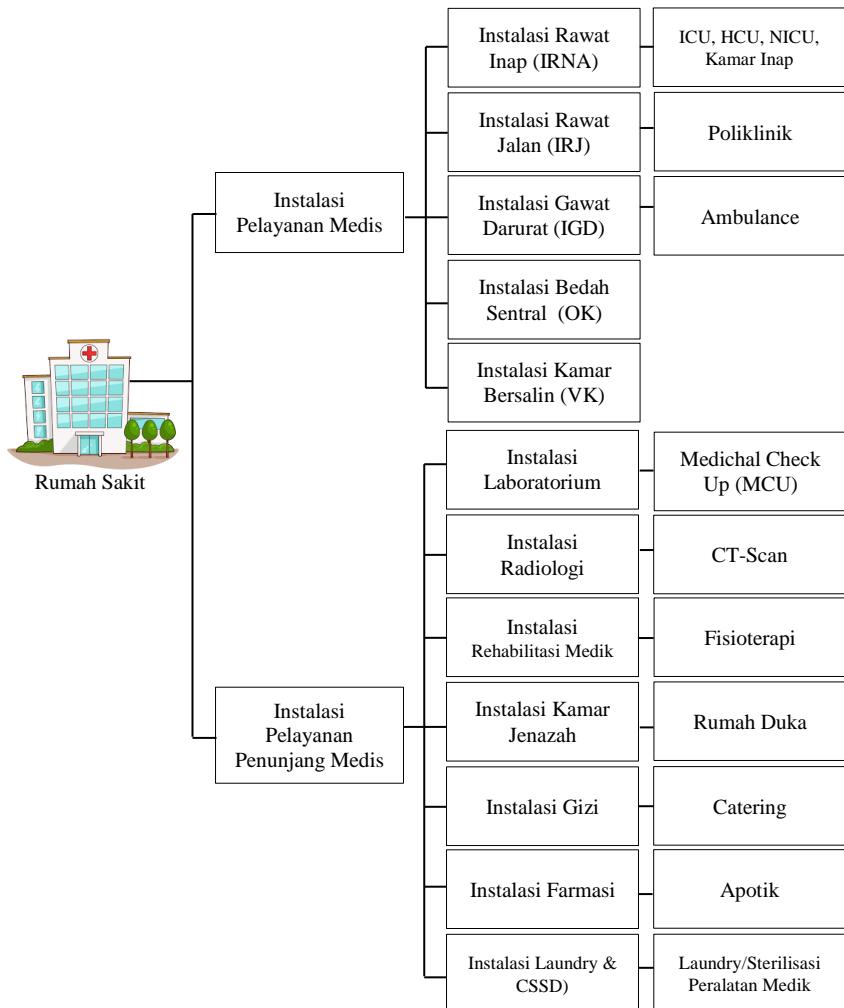


Gambar 2.22 RS *Non* Kelas Per Regional



Gambar 2.23 Penyebaran Rumah Sakit di Indonesia

2.2 Jenis Pelayanan Rumah Sakit



Gambar 2.24 Jenis Pelayanan Rumah Sakit

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Pelayanan utama RS terbagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

1. Instalasi Pelayanan Medis, terdiri dari :
 - a. Instalasi Rawat Jalan (IRJ)

Pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.



Gambar 2.25 Contoh Instalasi Rawat Jalan

b. Instalasi Rawat Inap (IRNA)

Pelayanan medis kepada seorang pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan atau upaya kesehatan lainnya dengan menginap dirumah sakit (*opname*).



Gambar 2.26 Contoh Instalasi Rawat Inap

c. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

layanan yang disediakan untuk kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan darurat yang cepat.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 2.27 Contoh Instalasi Gawat Darurat

d. Instalasi Bedah Sentral (IBS/OK)

pelayanan kepada pasien yang memerlukan tindakan pembedahan, baik untuk kasus-kasus **bedah** terencana (selektif) maupun untuk kasus-kasus **bedah** darurat/segera.



Gambar 2.28 Contoh Instalasi Bedah Sentral

e. Instalasi Kamar Bersalin (VK)

Layanan pada rumah sakit yang berfungsi sebagai ruang persalinan selama 24 jam.



Gambar 2.29 Contoh Instalasi Kamar Bersalin

2. Instalasi Pelayanan Penunjang Medis

a. Instalasi Laboratorium

Pelayanan laboratorium yang dilengkapi sarana mesin canggih dan kontrol kualitas yang ketat, meliputi : Pemeriksaan Hematologi, Serologi, Imunologi, Kimia Klinik, Analisis Gas Darah, Urinalisis.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tujuan pelayanan laboratorium, yaitu :

- Membantu diagnosa suatu penyakit sehingga dokter dapat menangani suatu penyakit dengan tepat, cepat, dan akurat.
- Menentukan resiko terhadap suatu penyakit dengan harapan suatu penyakit dapat terdeteksi secara dini.
- Menentukan prognosis atau perjalanan penyakit sehingga dapat digunakan sebagai pemantau perkembangan dan keberhasilan pengobatan suatu penyakit.



Gambar 2.30 Contoh Instalasi Laboratorium

b. Instalasi Radiologi

Instalasi Radiologi merupakan layanan pemeriksaan radiologi dengan hasil pemeriksaan berupa foto/gambar untuk membantu dokter yang merawat pasien dalam penegakan diagnosis.



Gambar 2.31 Contoh Instalasi Radiologi

c. Instalasi Rehabilitasi Medik

Pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan dan mempertahankan fungsi tubuh dan kemandirian seseorang akibat suatu penyakit, trauma, atau kelainan bawaan.



Gambar 2.32 Contoh Instalasi Rehabilitasi Medik

d. Instalasi Kamar Jenasah

pelayanan atau penanganan yang dilakukan pada jenasah pasien yang dirawat di rumah sakit maupun pasca bencana. Selain itu digunakan untuk penyimpanan mayat manusia menunggu identifikasi, atau pemindahan untuk otopsi atau pelepasan dengan penguburan, kremasi atau sebaliknya.



Gambar 2.33 Contoh Instalasi Kamar Jenasah

e. Instalasi Gizi

Instalasi gizi merupakan suatu unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus untuk memberikan pelayanan gizi yang bermutu kepada pasien dan karyawan sehingga mempercepat proses penyembuhan pasien dan memperpendek masa rawatnya, selain itu bertugas juga melayani kebutuhan makan dan minum khususnya bagi pasien.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 2.34 Contoh Instalasi Gizi

f. Instalasi Farmasi

Instalasi farmasi adalah suatu bagian /unit/divisi atau fasilitas dirumah sakit, tempat penyelenggaraan semua kegiatan pekerjaan kefarmasan yang ditujukan untuk keperluan rumah sakit itu sendiri.



Gambar 2.35 Contoh Instalasi Farmasi

g. Instalasi *Laundry* dan CSSD

Instalasi *laundry* adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan disinfektan, mesin uap (*steam boiler*), pengering, meja dan meja setrika. CSSD (*Central Sterile Supply Department*) melayani suplai barang bersih dan steril yang digunakan di rumah sakit secara terpusat, tidak ada bagian lain yang mengurus barang bersih dan steril selain CSSD. Kegiatan utama di CSSD adalah pembersihan, penyiapan, pemrosesan, sterilisasi, penyimpanan, dan distribusi ke pasien.

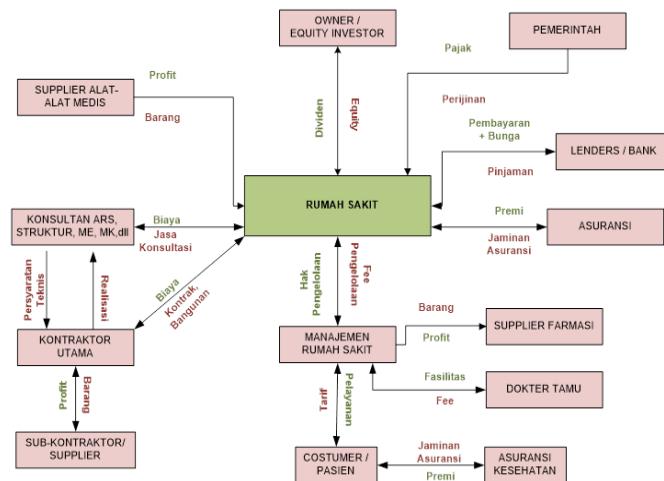


Gambar 2.36
Contoh Instalasi Laundry & CSSD

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2.3 Stakeholder Rumah Sakit

Berikut ini para *stakeholder* yang terkait pada bisnis rumah sakit, yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.37 Stakeholder Rumah Sakit

1. Owner/Equity Investor (Pemilik Proyek)

Pemilik proyek dapat berupa perorangan atau badan usaha dan bertindak sebagai pihak pemrakarsa proyek (pemilik ide), dimana pada dasarnya pemberi tugas sebagai pihak yang awam menyampaikan maksud dan kehendaknya untuk membangun kepada mereka yang

terpercaya dan dikenal memiliki keahlian dibidang konstruksi. Ahli konstruksi yang dipercaya tersebut ditugaskan untuk menuangkan prakarsa pemberi tugas kedalam bentuk gagasan rancangan (desain) dan kemudian sekaligus membangunnya (diwujudkan secara fisik). Dengan didasarkan atas asas saling pecaya secara profesional (*trust worthy*) mereka membentuk kesepakatan. Ahli konstruksi memberikan pelayanan jasa melalui keahliannya sedangkan pemberi tugas menyediakan imbalan tertentu atas pelayanan yang diberikan tersebut.

2. Pemerintah

Pemerintah dalam hal ini merupakan pihak yang bertugas sebagai regulator, pihak yang mengeluarkan peraturan atas tata guna lahan, perpajakan dan perizinan.

3. *Lenders/Bank*

Merupakan badan atau lembaga yang dapat meminjamkan dana kepada proyek dalam proses pembangunan sebagai tambahan dana selain ekuitas pemilik proyek. *Lender* ini biasanya berupa bank, asuransi, leasing company atau lembaga keuangan lainnya.

4. Perusahaan Asuransi

Perusahaan asuransi disini adalah pihak yang diberikan kepercayaan oleh *owner* atas investasi yang dimilikinya yaitu bangunan dan alat-alat medisnya.

5. Manajemen Rumah Sakit

Manajemen Rumah Sakit merupakan pihak yang melakukan pengelolaan dan kegiatan operasional. Untuk mendukung kegiatan manajemen rumah sakit diperlukan perangkat organisasi yang terdiri dari departemen-

departemen yang bertanggung jawab atas bagiannya masing-masing.

6. *Customer/Pasien*

Dalam sebuah rumah sakit, pasien merupakan konsumen utama. Pasien ini dapat merujuk untuk berobat rawat inap, rawat jalan, poliklinik, atau sekedar menebus obat di apotik. Dengan kondisi keuangan yang berbeda-beda, pasien diberikan kebebasan untuk memilih kelas rawat inap sesuai dengan kemampuan.

7. *Supplier Alat-Alat Medis*

Supplier alat-alat medis adalah *supplier* yang ditunjuk untuk melakukan pengadaan atas alat-alat medis seperti meja operasi, tempat tidur elektrik, dll. Kewajiban dari *supplier* adalah untuk menyediakan barang-barang sesuai dengan spesifikasi yang telah ditentukan dengan tepat waktu dan sesuai budget. Sedangkan hak

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

dari *supplier* adalah mendapatkan pembayaran atas hasil pengadaan barang.

8. Perusahaan Asuransi kesehatan

Dalam sebuah rumah sakit, pasien merupakan konsumen utama. Pasien ini dapat merujuk untuk berobat rawat inap, rawat jalan, poliklinik, atau sekedar menebus obat di apotik. Dengan kondisi keuangan yang berbeda-beda, pasien diberikan kebebasan untuk memilih kelas rawat inap sesuai dengan kemampuan.

9. *Supplier* Farmasi

Supplier farmasi merupakan *supplier* yang menjalin kerjasama dengan pihak manajemen rumah sakit terkait dengan pengadaan farmasi atau obat-obatan maupun peralatan medis untuk operasional misalnya *autoclave*, dll. Kewajiban dari *supplier* adalah untuk menyediakan barang-barang sesuai dengan spesifikasi yang telah

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

ditentukan dengan tepat waktu dan sesuai budget. Sedangkan hak dari *supplier* adalah mendapatkan pembayaran atas hasil pengadaan barang.

10. Dokter Tamu

Dokter tamu adalah pihak yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien terkait dengan profesiya sebagai dokter yang terikat dengan kode etik kedokteran.

11. Kontraktor dan Sub Kontraktor

Peran utama kontraktor adalah sebagai pengelola sumber daya yang bertugas untuk mengubah dokumen perencanaan menjadi keluaran-keluaran berupa bangunan fisik. Sedangkan sub kontraktor merupakan pihak yang ditunjuk oleh kontraktor utama dengan tujuan untuk meringankan tugas kontraktor utama

2.4 Model Bisnis

Model bisnis rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan pelayanannya, pengelolaannya, bentuknya, jenjang/kelas dan rujukan.

2.4.1 Berdasarkan Pelayanan

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.

- a. Rumah Sakit Umum adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

Contoh rumah sakit umum adalah RSU Pusat Dr. Kariadi, RS Panti Wilasa, RS William

Booth, RSUD Tugurejo, RS Sultan Agung Semarang, dan lain-lain.

- b. Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Contoh rumah sakit khusus adalah RS. Kusta Semarang, RS Jiwa Hurip Waluyo, Jantung Harapan Kita, RS Otak Nasional, RS Khusus THT – Bedah KL Proklamasi, RS Khusus Bedah Bina Estetika.

2.4.2 Berdasarkan Pengelolaan

Berdasarkan jenis pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi RS Publik dan RS. Privat.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- a. Rumah Sakit publik sebagaimana dimaksud dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

Contoh RS Publik adalah RSUD Kota Semarang, RSUP Dr. Kariadi, RSUD Ungaran, RS Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo, dan lain-lain.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- b. Rumah Sakit Privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan *profit* yang berbentuk perseroan terbatas atau Persero.

Contoh RS Privat adalah RS. Hermina Pandanaran, RS. Permata Medika, RS. Siloam, RS. Mardi Rahayu, dan lain-lain.

2.4.3 Berdasarkan Bentuk

Berdasarkan bentuknya, Rumah Sakit dikategorikan dalam RS menetap, RS bergerak, dan RS Lapangan.

a. Rumah Sakit Menetap

Merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu yang lama untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

b. Rumah Sakit Bergerak

Merupakan Rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lainnya. Rumah Sakit bergerak dapat berbentuk Bus, Kapal Api, Karavan, Gerbong kereta api ataupun kontainer.

c. Rumah Sakit Lapangan

Merupakan Rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu selama kondisi darurat dalam pelaksanaan kegiatan tertentu yang berpotensi bencana alam atau selama masa tanggap darurat bencana. Rumah Sakit Lapangan berbentuk tenda di ruang terbuka, kontainer atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit.

2.4.4 Berdasarkan Fungsi

Berdasarkan fungsinya, dapat dibagi menjadi RS Pendidikan dan RS *Non* Pendidikan.

RS pendidikan merupakan RS yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Dalam penyelenggaraan RS Pendidikan dapat dibentuk Jejaring Rumah Sakit Pendidikan.

2.4.5 Berdasarkan Jenjang/Kelas & Rujukan

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagaimana dimaksud terdiri atas :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit umum kelas A;

Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspesialis.

Contoh rumah sakit umum kelas A adalah RSU Pusat Dr. Kariadi, RS Cipto Mangunkusumo (RSCM), RSU MRCC Siloam Semanggi, dll.



Gambar 2.38 Contoh Rumah Sakit Kelas A

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. Rumah Sakit Umum kelas B;

RS Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik, 8 (delapan) pelayanan medik spesialis lainnya dan 2 (dua) pelayanan medik subspesialis dasar serta dapat menjadi RS pendidikan jika memenuhi persyaratan dan standar. *Contoh rumah sakit kelas B adalah RS St. Elisabeth Semarang, Columbia Asia Hospital, RS Sultan Agung Semarang, dll.*



Gambar 2.39 Contoh Rumah Sakit Kelas B

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

3. Rumah Sakit umum kelas C;

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis 4 (empat) spesialistik dasar dan 4 (empat) spesialistik penunjang.

Contoh RS kelas C adalah RS Hermina Pandanaran, RS Panti Wilasa Citarum, RS Permata Medika Semarang, RSUD Ungaran.



Gambar 2.40 Contoh Rumah Sakit Kelas C

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

4. Rumah Sakit umum kelas D;

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Contoh RS Kelas D adalah RS Banyumanik, RS Bina Kasih, RS Kusuma Ungaran, RS Bhayangkara Akpol Semarang, dll.



Gambar 2.41 Contoh Rumah Sakit Kelas D

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

5. Rumah Sakit Umum Kelas D Pratama.

Rumah Sakit Pratama hanya dapat didirikan dan diselenggarakan di daerah tertinggal, perbatasan atau kepulauan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.

RSU D pratama dapat juga didirikan di Kabupaten/Kota apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

- Belum tersedia Rumah Sakit di kabupaten/kota yang bersangkutan;
- Rumah Sakit yang telah beroperasi di kabupaten/kota yang bersangkutan kapasitasnya belum mencukupi; atau
- Lokasi Rumah Sakit yang telah beroperasi sulit dijangkau secara geografis oleh sebagian penduduk di kabupaten/kota yang bersangkutan.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud terdiri atas :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit khusus kelas A;

Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang lengkap.

2. Rumah Sakit khusus kelas B;

Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang terbatas.

3. Rumah Sakit khusus kelas C.

Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang minimal.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh RS Khusus adalah RSK Pusat Otak Nasional, RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, RS Kusta Semarang, dll.



Gambar 2.42 Contoh Rumah Sakit Khusus

2.3 *Succes Story*

Meskipun tidak dimiliki oleh konglomerasi besar, Group Rumah Sakit Hermina sanggup berkembang pesat hingga memiliki kurang lebih 20 rumah sakit. Dengan melibatkan para dokter sebagai pemegang saham dalam setiap ekspansi menjadi salah satu kunci sukses membangun rumah sakit.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Hermina Group mengajarkan bahwa membangun bisnis rumah sakit tidak harus diawali dari kekuatan modal finansial. Kemampuan menyediakan layanan dan produk terbaik yang ditopang oleh kualitas dan kekompakkan SDM juga bisa modal dasar dalam mensukseskan bisnis rumah sakit.

Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Hermina Group kini memiliki lebih dari 20 cabang di Indonesia dan dalam tahun - tahun mendatang jumlah cabangnya akan terus bertambah.

Kisah bisnis Hermina Hospital Group sudah dimulai tahun 1967 ketika Almarhum Ny. Hermina bersepakat dengan seorang dokter untuk mendirikan rumah bersalin di Jatinegara Jakarta Timur. Rumah sakit Hermina dimulai dari sebuah rumah kecil milik Ibu Hermina yaitu masih berupa rumah bersalin bukan rumah sakit bersalin.

Ibu Hermina sendiri bukanlah seorang dokter, namun ia bekerjasama dengan seorang dokter yang berada diseberang rumah bersalin tersebut. Rumah bersalin tersebut dilengkapi dengan 7 tempat tidur agar memudahkan si dokter untuk melakukan perawatan khususnya bila ada yang perlu di rawat inap. Rupanya rumah bersalin ini mendapatkan sambutan positif dari para pasien sekitar sehingga berkembang dari tahun ke tahun. Jumlah kamar dan perlengkapan medis pun ditambah, termasuk juga menambah beberapa ruang operasi.

Berkembangnya rumah bersalin tersebut akhirnya diubah dan ditingkatkan menjadi Rumah Sakit bersalin Hermina. Namun apa daya, kejadian tak terencana menimpa. Dalam perjalanan mengembangkan rumah sakit si dokter yang menjadi mitra Ibu Hermina wafat.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Praktis di rumah sakit bersalin tersebut menjadi tidak ada dokternya. Ibu Hermina bingung karena beliau sendiri bukanlah dokter. Namun dari situlah Ibu Hermina memiliki ide untuk mengajak atau mengundang para dokter lain untuk berpraktek dan membeli saham di rumah sakit bersalin tersebut.

Sejak itu usaha RS Hermina tumbuh bersama para dokter. Dari tahun ke tahun RSIA Hermina berusaha menambah dan mengembangkan gedung rumah sakit secara bertahap. Tahap pertama, dilokasi yang sama, dibangun gedung rumah sakit 4 lantai yang megah, dan selesai pada tahun 1991. Setelah 4 tahun menyempurnakan sistem dan terbukti rumah sakit berjalan dengan baik dan menjadi pilihan pasien, baru pada tahun 1995 para pemegang saham berencana mendirikan rumah sakit sejenis ditempat lain (membuka cabang).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Sekitar 10 dokter di Hermina kemudian mengumpulkan uang untuk modal membuka rumah sakit kedua. Semula ekspansi akan diawali dari Bekasi, namun peluang justru muncul pertama di Sunter Podomoro karena disana ada rumah sakit kecil yang dimiliki sekumpulan dokter dan meminta manajemen Hermina untuk mengambil alih pengelolaan. Tahun 1996 rumah sakit di Sunter Podomoro itu diambil alih oleh Hermina dan segera dikembangkan. Di tahun yang sama, manajemen rumah sakit Hermina sudah mendapatkan lahan di Bekasi untuk pendirian rumah sakit baru. Pada akhir tahun 1996 RS Hermina memiliki 3 rumah sakit atau 3 cabang, dan pemegang saham terus aktif mencari lokasi untuk cabang baru.

Namun sejak cabang ke-7 di Bandung, Manajemen RS Hermina justru diundang para dokter untuk mendirikan rumah sakit di berbagai kota.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Secara umum, ada dua cara ekspansi Hermina dalam membuka cabang, yaitu :

1. Mendirikan rumah sakit yang benar-benar baru dan dirancang sendiri dari nol seperti di Kota Bekasi dan Depok.
2. Mengakusisi atau pengambilalihan dari rumah sakit lain lama yang pengelolaannya bermasalah atau kurang sehat. Hal ini misalnya terjadi ketika Hermina membuka cabang di Sunter, Podomoro, Serpong, Ciputat, Lampung dan beberapa cabang lain.

Biasanya untuk rumah sakit baru seperti di Yogyakarta, Solo, Palembang, Malang, Semarang, dan Manado. Pihak Hermina diundang oleh sekumpulan dokter dikota tersebut yang telah sepakat untuk mendirikan rumah sakit ibu dan anak.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Para dokter bersepakat untuk menyetor modal dan mengundang Hermina sebagai pengelola. Bila mereka sepakat menunjuk tim Hermina sebagai pengelola rumah sakit, biasanya manajemen Hermina akan meminta saham kosong 15% (rinciannya : 10% untuk manajemen Hermina dan 5% dikembalikan ke karyawan rumah sakit tersebut). Dengan kata lain pemilik saham RS Hermina adalah 15% dari tim Hermina di Jakarta dan sisanya (idealnya) milik para dokter setempat yang mengundang Hermina.

Dalam prakteknya selama ini, jumlah dokter pemegang saham di masing-masing rumah sakit berbeda-beda, kisarannya dari 20-40 dokter (prinsip dasarnya dokter yang diajak bergabung sebagai pemilik saham hanya dokter yang punya loyalitas dan mau berpraktek. Kalau tidak berpraktek, sahamnya akan dikembalikan).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tidak ada batasan berapa jumlah dokter yang boleh punya saham disebuah rumah sakit. Pada awalnya justru yang dibatasi adalah prosentase kepemilikan saham para dokter, dokter inti biasanya diberi kesempatan memiliki saham 1% sedangkan non inti 0,5%. Alokasi kepemilikan saham para dokter setempat (lokal) bisa sampai 85% (dikurangi 15% saham kosong untuk Hermina). Hanya saja dalam prakteknya, para dokter setempat hanya bisa mengambil 40%-50% dari ekuitas yang tersedia karena duit para dokter terbatas. Rata-rata harga 1% saham bisa sampai Rp. 1 - 2 Miliar, tergantung besarnya permodalan masing-masing rumah sakit. Belakangan ini perlibatan investor non dokter sudah mulai dilakukan, karena mempertimbangkan biaya investasi per-rumah sakit sangat mahal seiring harga peralatan canggih rumah sakit dan harga tanah yang terus melambung.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Apalagi lokasi tanah untuk rumah sakit dituntut harus strategis. Siapapun investor non dokter yang dilibatkan, harus disetujui semua pihak. Oleh karena itu, kini pemegang saham di jaringan RS Hermina dibagi tiga kelompok, yakni : Para dokter setempat yang berpraktek (pengundang Hermina), dokter senior Hermina yang tidak berpraktek (non provider), dan investor (non dokter). Hermina holding sendiri dimiliki 13 orang, mayoritas dokter para dokter, kecuali putra Almarhum Ny. Hermina yang juga bukan dokter dan aktif di manajemen.

Model kerjasama Hermina sebagai operator rumah sakit berbeda dengan pola manajemen hotel. Dalam manajemen hotel biasanya durasi kontrak kerjasamanya semisal 10 tahun, 15 tahun, atau 25 tahun. Sedangkan kerjasama investasi Hermina dengan para dokter bersifat selamanya, karena ini kepemilikan saham maka bisa selamanya. Saham-saham para dokter juga

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

bisa diwariskan ke anaknya dan bisa juga dijual. Naiknya biaya investasi per-rumah sakit telah mengubah sejumlah kebijakan investasi dalam beberapa tahun terakhir. Dulu diawal-awal usaha, misalnya kepemilikan saham per-dokter dibatasi tidak boleh dari 2% namun sekarang, dalam kasus tertentu diperbolehkan agar kebutuhan modal tercukupi. Diawal-awal usaha juga tidak perlu investor dari non dokter karena semua kebutuhan modal bisa dicukupi investor setempat dan dokter senior Hermina. Kini investasi juga menuntut ROI yang lebih lama, dulu 3 tahun bisa balik modal. Namun sekarang bisa 6 - 7 tahun baru bisa balik modal.

Untuk menyiasati kondisi tersebut, hampir semua rumah sakit di Hermina Group didesain dengan model rumah sakit tumbuh (naik keatas) agar biaya investasi di awal tidak terlalu mahal. Sebagai contoh jika akan membangun gedung rumah sakit 8 lantai, maka tahap pertama dibuat

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

4 lantai dulu, namun struktur bangunan sejak awal sudah didesain sedemikian rupa sehingga memungkinkan dibangun 8 lantai. Demikian juga, didesain untuk dikembangkan gedung di kanan-kiri dari gedung yang sudah beroperasi. Group Hermina tidak mau membangun rumah sakit langsung besar seperti dilakukan para konglomerat pada umumnya. Kebutuhan investasi tahap pertama rumah sakit biasanya sekitar Rp. 70 miliar.

Dengan kemampuan menggandeng dan bersinergi dengan para dokter itulah RS Hermina Group bisa maju dan berkembang. Terlebih aspirasi para dokter sebagai profesi di Hermina selalu dihargai. Kini jumlah dokter di Hermina Group tak kurang dari 1000 orang dengan per-rumah sakit sekitar 50 - 60 dokter. Jumlah tempat tidur yang dikelola sudah mencapai 1500 tempat tidur di 20 cabang rumah sakit, dengan jumlah karyawan total sekitar

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

7000 orang. Di Tahun 2020 Hermina Group mentargetkan sudah memiliki 40 rumah sakit dengan jumlah karyawan menjadi 20 ribu orang.

Sistem kepemilikan RSIA Hermina merupakan terobosan baru untuk bisnis rumah sakit yang semakin ketat di Indonesia. Hermina Group melihat secara jitu karena dokter memiliki kekuatan yaitu memiliki pelanggan/pasien yang fanatik. Dengan cara kepemilikan ini maka pasien fanatik si dokter (beserta keluarga dan relasinya) akan berobat kepada dokter tersebut. Mengelola dokter juga bukanlah pekerjaan yang mudah, apalagi aturan di Indonesia yang masih longgar dimana satu dokter bisa menangani banyak pasien dan bisa berpraktik pada banyak tempat. Oleh karena itu strategi dengan kepemilikan saham ini membuat dokter akan fokus dan *full* melayani satu rumah sakit.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Selain itu kekuatan Hermina Group pada standarisasi sistem dan prosedur yang sudah teruji. Brand name Hermina juga sudah menancap kuat sehingga membuat para pelanggan/pasien percaya terhadap pelayanannya. Selain itu jumlah cabang yang sudah banyak, memungkinkan kolaborasi antar cabang termasuk dalam pasokan SDM (baik dokter maupun administrasi/manajerial). Hermina saat ini sedang menjaga positioning pelayanan dan menjaga pricing agar tetap terjangkau. Serta yang paling penting adalah menjaga solidaritas para dokter sebagai pemegang saham.

BAB III**KEBIJAKAN DAN PERATURAN****3.1 Kebijakan Pemerintah**

Peran pemerintah dalam mendukung perkembangan industri rumah sakit ini sudah sangat jelas dan nyata ketika pemerintah mengeluarkan kebijakan yang tertuang dalam Keputusan Presiden tentang Daftar Negatif Investasi (DNI) No.96 dan No.118 tahun 2000. Melalui Kepres ini pemerintah mengatur bahwa pemodal bahwa pemodal asing di bisnis rumah sakit Indonesia dapat memiliki penguasaan hingga 49% modal disetor.

Semenjak dikeluarkan kebijakan ini, banyak investor asing yang berlomba-lomba menggeluti bidang rumah sakit. Salah satunya kelompok Sinarmas Group yang membangun rumah sakit mewah EKA Hospital BSD City di Tangerang Selatan. Gleneagles Development Pte.Ltd dari

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Singapura dan Group Ramsay Healthcare dari Australia melakukan *joint venture* dengan pengembang-pengembang ternama seperti PT. Lippo Karawaci Tbk membangun rumah sakit mewah Siloam Internasional Hospital di Karawaci Tangerang, dan PT. Binara Guna Medikatama membangun rumah sakit di Pondok Indah Jakarta Selatan dan di Puri Indah, Kembangan Jakarta Barat.

Selain itu keberadaan program Jaminan Kesehatan Nasional yang ditetapkan pemerintah juga membawa sedikit pengaruh positif bagi bisnis rumah sakit di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir. Kedepan Pemerintah berencana melakukan kemitraan Pemerintah dengan Swasta di sektor kesehatan.

Secara tidak langsung dengan adanya kebijakan-kebijakan tersebut akan membawa dampak positif bagi industri rumah sakit di Indonesia yang semakin kompetitif.

3.2 Kebijakan Dan Peraturan Terkait Rumah Sakit

Pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan dan peraturan terkait industri rumah sakit yaitu :

- Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Permenkes No.659/2009 tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia
- Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Permenkes No.012/2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- Permenkes No.755/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Permenkes No.001/2012 tentang Standar Pelayanan Dokter
- Permenkes No.856/2009 tentang Standar IGD
- Permenkes No.519/2011 tentang Izin Praktik Anestesi
- Permenkes Nomor 411/2010 tentang Laboratorium Klinik
- Kepmenkes No.834/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan HCU
- Kepmenkes No.1178/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan
- Kepmenkes No.382/2007 tentang Pedoman PPI di RS dan Fasyankes Lain
- Kepmenkes 1204/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan
- SK Menteri Kesehatan No.482/2012 tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi RS di Rumah Sakit.
- SK Menteri Kesehatan No.238/2013 tentang Formularium.

3.3 Perizinan Usaha

Perizinan usaha rumah sakit telah tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Didalam peraturan tersebut tertulis setiap rumah sakit wajib memiliki izin, dimana izin rumah sakit terdiri atas izin mendirikan yang diajukan oleh pemilik rumah sakit dan izin operasional yang diajukan oleh pengelola rumah sakit.

Izin mendirikan dan izin operasional rumah sakit kelas A dan rumah sakit penanaman modal asing atau penanaman modal dalam negeri diberikan oleh Menteri setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada pemerintah daerah.

Untuk rumah sakit kelas B, Menteri mendelegasikan pemberian izin mendirikan dan operasional penanaman modal dalam negeri

kepada pemerintah daerah provinsi setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota.

Untuk rumah sakit kelas C dan D, Menteri mendelegasikan pemberian izin mendirikan dan izi operasional penanaman modal dalam negeri kepada pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapatkan rekomendasi di bidang kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota.

3.3.1 Izin Mendirikan Rumah Sakit

Izin mendirikan rumah sakit diberikan untuk mendirikan bangunan baru atau mengubah fungsi bangunan lama untuk difungsikan sebagai rumah sakit. Izin mendirikan diberikan jangka waktu 1 (satu) tahun dan hanya dapat diperpanjang untuk 1 (satu) tahun. Perpanjangan izin mendirikan diperoleh dengan mengajukan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

permohonan selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sebelum jangka waktu izin mendirikan berakhir dengan melampirkan izin mendirikan.

Pemilik atau pengelola mengajukan permohonan izin mendirikan sesuai dengan klasifikasi rumah sakit yang akan didirikan dengan melampirkan :

1. Fotokopi akta pendirian badan hukum yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, kecuali instansi pemerintah atau pemerintah daerah;
2. Studi Kelayakan;
Studi kelayakan merupakan gambaran kegiatan perencanaan rumah sakit secara fisik dan non fisik yang terdiri atas :
 - a. Kajian kebutuhan pelayanan rumah sakit yang meliputi :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Kajian tentang demografi yang mempertimbangkan luas wilayah dan kepadatan penduduk serta karakteristik penduduk yang terdiri dari umur, jenis kelamin, dan status perkawinan.
- Kajian sosio ekonomi yang mempertimbangkan kultur/kebudayaan, tingkat pendidikan, angkatan kerja, lapangan pekerjaan, pendapatan domestik rata-rata bruto (PDRB).
- Kajian Morbiditas dan Mortalitas, yang mempertimbangkan sekurang-kurangnya sepuluh penyakit utama, angka kematian (GDR, NDR), dan angka persalinan.
- Kajian aspek internal rumah sakit merupakan rancangan sistem-sistem yang akan dilaksanakan atau dioperasionalkan yang terdiri dari sistem manajemen unit-unit pelayanan, sistem unggulan pelayanan, tarif teknologi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

peralatan, sistem tarif, serta rencana kinerja keuangan.

- b. Kajian kebutuhan lahan, bangunan, prasarana, sumberdaya manusia, dan peralatan sesuai kriteria klasifikasi rumah sakit yang akan didirikan, meliputi :
 - Lahan dan bangunan rumah sakit harus dalam satu kesatuan lokasi yang saling berhubungan dengan ukuran, luas dan bentuk lahan serta bangunan/ruang mengikuti ketentuan tata ruang daerah setempat yang berlaku.
 - Persyaratan lokasi, meliputi :
 - Tidak berada di lokasi area berbahaya (ditepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dekat anak sungai atau badan air yang dapat mengikis pondasi, dekat dengan jalur patahan aktif/gempa, rawan tsunami,

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

rawan banjir, berada dalam zona topan/badai, dll);

- Harus tersedia infrastruktur aksesibilitas untuk jalur transportasi;
 - Ketersediaan utilitas publik mencukupi seperti air bersih, jaringan air kotoran, listrik, jalur komunikasi/telepon;
 - Ketersediaan lahan parkir;
 - Tidak berada di bawah pengaruh SUTT dan SUTET
- Rencana cakupan, jenis pelayanan kesehatan, dan fasilitas lain;
- Jumlah, spesialisasi, dan kualifikasi sumber daya manusia;
- Jumlah, jenis, dan spesifikasi peralatan mulai dari peralatan sederhana sampai peralatan canggih Jumlah, jenis, dan spesifikasi peralatan mulai dari peralatan sederhana sampai peralatan canggih.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- c. Kajian kemampuan pendanaan atau pembiayaan yang meliputi :
 - Prakiraan jumlah kebutuhan dana investasi dan sumber pendanaan;
 - Prakiraan pendapatan atau proyeksi pendapatan terhadap prakiraan jumlah kunjungan dan pengisian tempat tidur;
 - Prakiraan biaya atau proyeksi biaya tetap dan tidak tetap terhadap prakiraan sumber daya manusia;
 - Proyeksi arus kas 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun;
 - Proyeksi laba rugi 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun.

3. *Masterplan*;

Masterplan memuat strategi pengembangan aset untuk sekurang-kurangnya 10 (sepuluh) tahun kedepan dalam pemberian pelayanan kesehatan secara optimal yang meliputi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

identifikasi proyek perencanaan, demografis, tren masa depan, fasilitas yang ada, modal dan pемbiayaan.

4. *Detail Engineering Design (DED);*

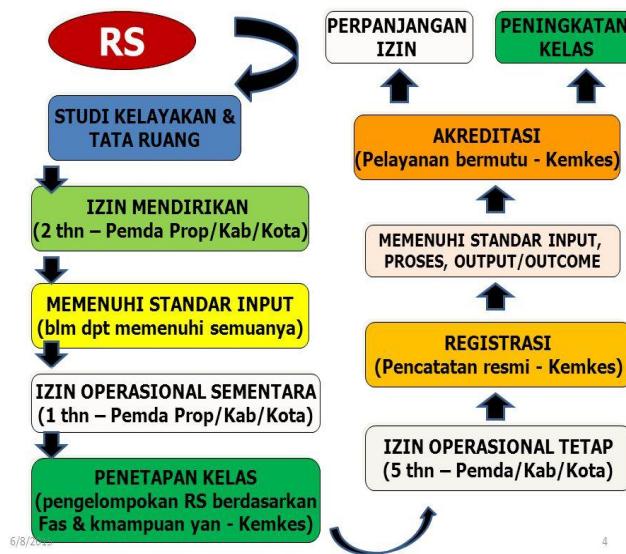
Merupakan gambaran perencanaan lengkap rumah sakit yang akan dibangun yang meliputi gambar arsitektur, struktur dan mekanikal elektrikal sesuai persyaratan teknis yang ditetapkan Menteri.

5. Dokumen Pengolahan dan Pemantauan Lingkungan;

Dokumen yang terdiri atas Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UKL-UPL) atau analisis dampak lingkungan (AMDAL) berdasarkan klasifikasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

6. Fotokopi sertifikat tanah/bukti kepemilikan tanah atas nama badan hukum pemilik rumah sakit;
7. Izin Undang-Undang Gangguan (*Hinder Ordonantie/HO*)
8. Surat Izin Tempat Usaha (SITU);
9. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);



Gambar 3.1 Alur Perizinan Rumah Sakit

3.3.2 Izin Operasional Rumah Sakit

Izin operasional merupakan izin yang diberikan kepada pengelola rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Izin operasional berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. Dalam mengajukan perpanjangan izin operasional harus dilakukan selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlakunya.

Untuk memperoleh izin operasional, pengelola mengajukan permohonan sesuai dengan klasifikasi rumah sakit dengan melampirkan dokumen :

1. Izin Mendirikan Rumah Sakit, bagi permohonan izin operasional untuk pertama kali;
2. Profil rumah sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

3. Isian instrumen *self assessment* sesuai klasifikasi rumah sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan, dan prasarana;
4. Gambar desain (*blueprint*) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung;
5. Izin penggunaan bangunan (IPB) dan sertifikat laik fungsi;
6. Dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan;
7. Daftar sumber daya manusia ;
8. Daftar peralatan medis dan *non medis*;
9. Daftar persediaan farmasi dan alat kesehatan;
10. Berita Acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.
11. Dokumen administrasi dan manajemen.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dokumen administrasi dan manajemen, meliputi :

- a. Badan hukum atau kepemilikan;
- b. Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*);
- c. Komite Medik;
- d. Komite Perawatan;
- e. Satuan Pemeriksaan Internal;
- f. Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja Tenaga Kesehatan;
- g. Standar Prosedur Operasional Kredensial Staf Medis;
- h. Surat Penugasan Klinis Staf Medis;
- i. Surat keterangan atau sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan.

Setiap rumah sakit yang telah memiliki izin operasional dapat mengajukan permohonan perubahan izin operasional secara tertulis. Perubahan yang dimaksud adalah :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- a. Kepemilikan;
- b. Jenis rumah sakit;
- c. Nama rumah sakit; dan/atau
- d. Kelas rumah sakit

Perubahan izin operasional yang diajukan harus melampirkan :

- a. Akta notaris, surat keputusan dari pejabat yang berwenang, dan/atau putusan pengadilan tentang perubahan status kepemilikan rumah sakit;
- b. Rekomendasi dari pejabat yang berwenang dibidang kesehatan pada Pemerintah Daerah Provinsi/ kabupaten /kota sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
- c. Studi kelayakan dan rencana strategis perubahan jenis rumah sakit yang memuat kelayakan pada aspek

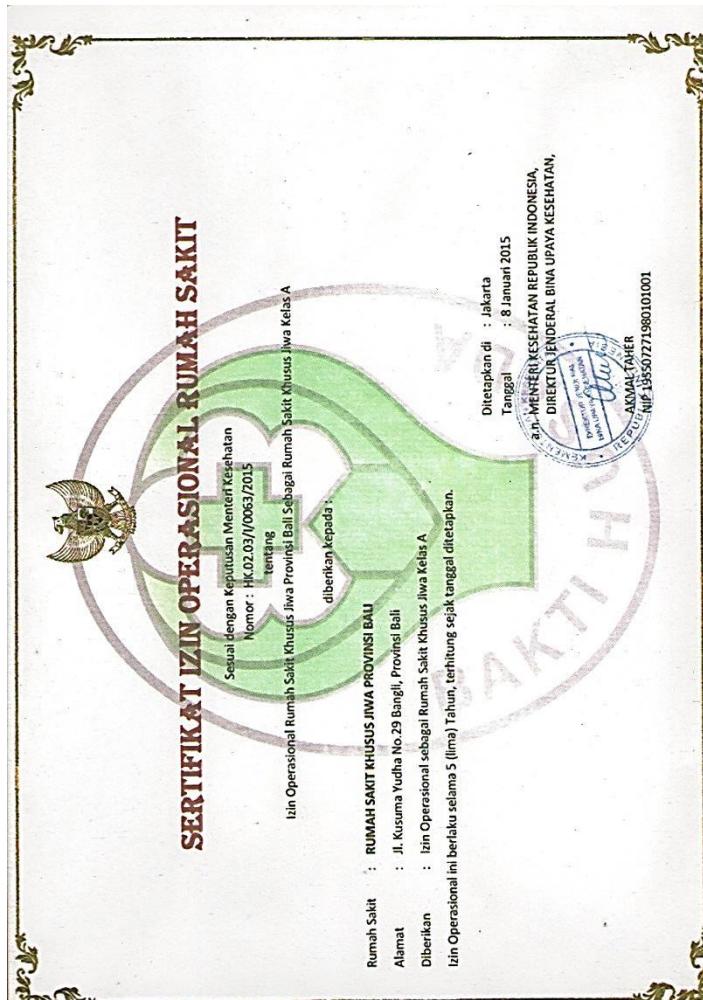
BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- pelayanan, sosial ekonomi, kebijakan dan peraturan perundang-undangan;
- d. Surat pernyataan pengajuan perubahan izin operasional dari pemilik rumah sakit.

Setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus di registrasi dan diakreditasi. Registrasi dan akreditasi merupakan persyaratan untuk perpanjangan izin operasional dan perubahan kelas.

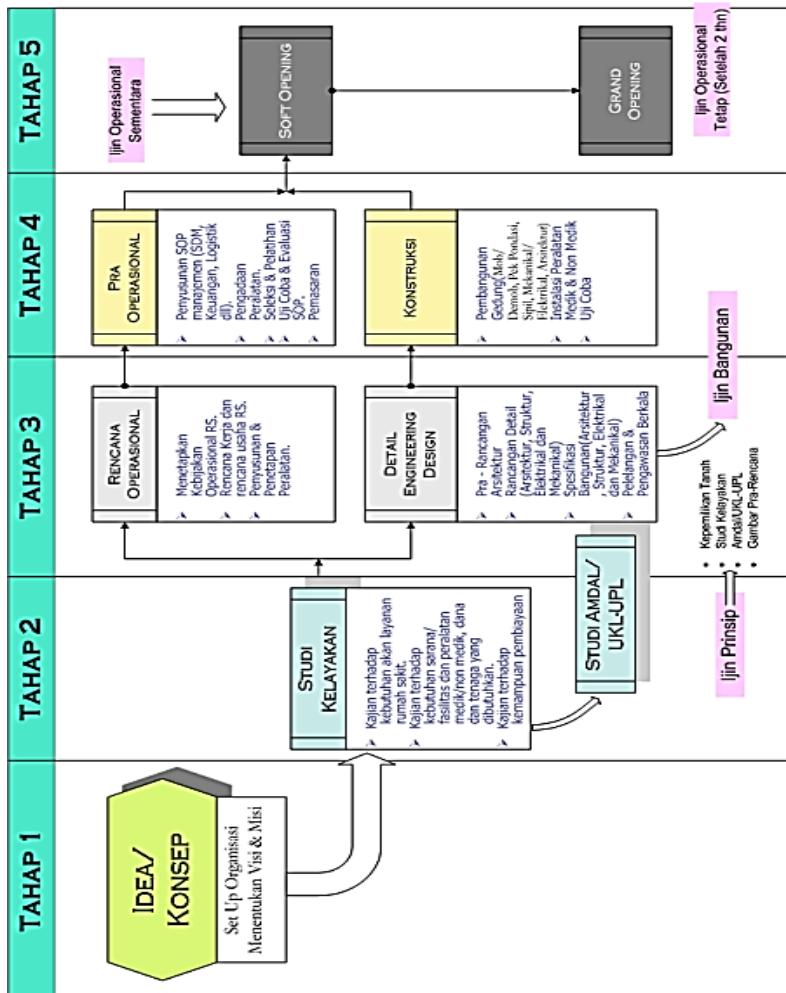
Selain itu penamaan rumah sakit tidak boleh menggunakan kata internasional, international, kelas dunia, *world class*, global dan/atau yang disebut nama lain yang bermakna sama. Penamaan rumah sakit milik pemerintah dan pemerintah daerah dilarang menggunakan nama orang yang masih hidup. Penamaan rumah sakit juga harus memperhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 3.2 Contoh Sertifikat Izin Operasional Rumah Sakit

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 3.3 Skematik Tahapan Pembangunan Rumah Sakit

3.4 Legalitas Usaha

1. Bentuk usaha

- Rumah sakit yang didirikan oleh Pemerintah Pusat merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari instansi Pemerintah yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan ataupun instansi Pemerintah lainnya yang meliputi Kepolisian, Tentara Nasional Indonesia, Kementerian, atau lembaga Pemerintah *non* Kementerian. UPT diselenggarakan berdasarkan pengelola keuangan badan layanan usaha (BLU) sesuai dengan ketentuan peraturan dan perundang-undangan.
- Rumah sakit yang didirikan oleh Pemerintah Daerah harus merupakan unit pelaksana teknis (UPT) daerah atau lembaga teknis daerah yang diselenggarakan berdasarkan pengelola

keuangan badan layanan usaha (BLU) sesuai dengan ketentuan peraturan dan perundang-undangan.

- Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan, dikecualikan bagi rumah sakit publik yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba. Sifat nirlaba harus dibuktikan dengan laporan keuangan yang telah diaudit oleh akuntan publik.

2. Perizinan yang diperlukan

- Badan Usaha

Untuk mendirikan usaha rumah sakit maka wajib untuk mengurus izin usaha dan memilih badan usaha baik itu PT (Perseroan Terbatas).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

PT atau Perseroan Terbatas adalah organisasi bisnis yang memiliki badan hukum resmi yang dimiliki oleh minimal dua orang dengan tanggung jawab yang hanya berlaku pada perusahaan tanpa melibatkan harta pribadi atau perseorangan yang ada didalamnya.

3. NPWP, SIUP, dan TDP

Jika badan usaha sudah terbentuk maka langkah selanjutnya adalah wajib memiliki NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak), SIUP (Surat Izin Usaha Perdagangan), dan TDP (Tanda Daftar Perusahaan).

SIUP merupakan surat izin untuk dapat melaksanakan kegiatan usaha perdagangan. Adapun syarat untuk memperoleh SIUP dan TDP adalah sebagai berikut :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Fotokopi akta notaris pendirian perusahaan/akta notaris yang telah didaftarkan pada Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- Fotokopi KTP pemilik/penanggung jawab perusahaan
- Fotokopi Surat Izin Tempat Usaha (SITU)
- Neraca Keuangan

4. Izin Gangguan HO (*Hinder Ordonantie*)

Izin gangguan HO dikeluarkan Pemerintah setempat dimana usaha rumah sakit tersebut didirikan. Adapun syarat-syarat yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut :

- Mengisi Formulir yang disediakan
- Fotokopi KTP Pemohon
- Fotokopi NPWP
- Fotokopi Akta Pendirian
- Fotokopi Pajak Bumi dan Bangunan

- Fotokopi Sertifikat Tanah
- Surat Persetujuan Tetangga
- Mempunyai Izin Mendirikan Bangunan

5. Izin Pemanfaatan Ruang/Lahan

Perijinan pemanfaatan ruang adalah salah satu bentuk pengendalian pemanfaatan ruang yang bertujuan agar pemanfaatan ruang dapat berjalan sesuai dengan fungsi ruang yang ditetapkan dalam rencana tata ruang yang telah disepakati oleh pemerintah dan masyarakat, yang merupakan kebijakan operasional pemanfaatan ruang yang berkaitan dengan penetapan lokasi, kualitas ruang dan tata bangunan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan, hukum adat dan kebiasaan yang berlaku, yang diselenggarakan oleh Bupati/Walikota diwilayah Kabupaten/Kota

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 3.4 Alur Izin Pemanfaatan Ruang

6. Sertifikat Akreditasi

Sertifikat rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Legalitas usaha sangat diperlukan usaha rumah sakit umum maupun khusus, baik dari kelas A hingga kelas D. Legalitas usaha ini biasanya merupakan jaminan, baik dari segi profesionalitas, pelayanan masyarakat dalam penyediaan layanan kesehatan yang aman, nyaman, dan berkualitas.

BAB IV

KARAKTERISTIK BISNIS

4.1 Karakteristik Bisnis Rumah Sakit

Karakteristik bisnis rumah sakit sangatlah berbeda dengan karakteristik bisnis atau industri lainnya. Keunikan inilah yang menjadikan industri rumah sakit mudah dan sulit untuk dikembangkan. Karakteristik tersebut antara lain sebagai berikut :

a. Berorientasi Semi Sosial

Bisnis rumah sakit tidak hanya berorientasi kepada profit semata, melainkan mempunyai fungsi sosial dalam melayani masyarakat dalam hal layanan kesehatan.

b. Peraturan yang Ketat

Bisnis rumah sakit memiliki peraturan yang sangat ketat. Begitu juga dengan bisnis farmasi atau jasa kesehatan lainnya, dimana terdapat beberapa peraturan yang ditetapkan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

pemerintah yang bertujuan untuk melindungi para pasien.

c. Pengembangan Teknologi dan SDM

Dengan adanya persaingan rumah sakit secara global, maka pengembangan teknologi dan SDM merupakan suatu keharusan untuk dapat bertahan dan memenangkan persaingan dalam bisnis rumah sakit.

d. Pelayanan yang Prima

Sebagai salah satu bisnis dibidang jasa, maka pelayanan (*service*) merupakan hal penting bagi klinik untuk dapat bertahan dalam persaingan. Kebutuhan pasien saat ini tidak hanya semata-mata dari fasilitas fisik rumah sakit, namun lebih mengutamakan layanan yang bersifat pribadi (*personal touch*).

4.2 Bisnis Proses

Bisnis proses yang terdapat pada rumah sakit yaitu rawat jalan dan rawat inap, berikut penjelasan dari bisnis proses tersebut.

4.2.1 Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnose, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Depkes, 1987 dikutip dari Rijadi, 1997).

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di rumah sakit yang melayani pasien berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Rawat jalan juga merupakan salah satu yang dominan dari pasar rumah sakit serta merupakan sumber keuangan yang bermakna, sehingga selalu dilakukan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan (Azwar, 1996).

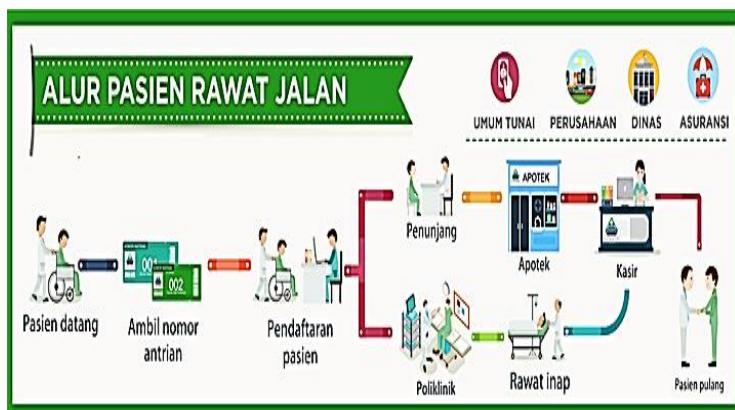
Fungsi dari pelayanan rawat jalan adalah sebagai tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan dan pengobatan pasien oleh dokter ahli dibidang masing-masing yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan waktu singkat untuk penyembuhannya atau tidak memerlukan pelayanan perawatan. poliklinik juga berfungsi sebagai tempat untuk penemuan diagnosis dini, yaitu tempat pemeriksaan pasien pertama dalam rangka pemeriksaan lebih lanjut dalam tahap pengobatan penyakit.

Pelayanan rawat jalan dibagi menjadi beberapa bagian atau poliklinik, menggambarkan banyaknya pelayanan spesialistik, sub spesialistik dan pelayanan gigi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

spesialistik dari staf medis yang ada pada rumah sakit. Dalam manajemen rawat jalan, menganalisa proses yang dijalani pasien meliputi :

- a. Pasien diterima (petugas penerima-pasien)
- b. Diagnosis ditegakkan (dokter-lab-penunjang)
- c. Menerima obat (dokter-apoteker)
- d. Merasakan hasil pengobatan (Pasien)
- e. Berhenti berobat karena sembuh, pengobatan dilanjutkan atau rediagnosis (Pasien-dokter).



Gambar 4.1 Alur Proses Rawat Jalan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Urutan proses pelayanan pasien adalah sebagai berikut:

1. Pasien datang mengambil no. antrian dan melakukan pendaftaran / registrasi
2. Pasien membayar ke Kasir
3. Pasien menuju Poliklinik
4. Jika pasien tersebut mendapatkan tindakan di Poliklinik, maka pasien harus bayar ke Kasir terlebih dahulu
5. Pasien perlu layanan penunjang (laboratorium dan radiologi)
6. Pasien membayar ke Kasir
7. Pasien ke Poliklinik untuk dibacakan hasilnya
8. Pasien di rujuk ke Poli Spesialis dan melakukan pembayaran di Kasir
9. Pasien menuju ke Poli Spesialis
10. Pasien ke Farmasi / Apotek untuk pengesahan obat
11. Pasien membayar ke Kasir

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

12. Pasien mengambil obat ke bagian Farmasi/
Apotek
13. Pasien pulang.

Jika pasien tersebut membayar secara pribadi (Umum) maka tidak perlu surat rujukan dari Faskes Tingkat sebelumnya seperti puskesmas atau klinik. Namun jika pasien tersebut adalah pasien dari BPJS maka sebaliknya diperlukan surat rujukan tersebut.

Terdapat beberapa standar minimal pelayanan rawat jalan di rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, standar minimal rawat jalan. Yakni :

1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis

Dalam standar pelayanan rawat jalan minimal, untuk dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis harus ditangani oleh 100% dokter yang ahli dalam bidang poliklinik spesialis tersebut. Seperti contoh, untuk poliklinik spesialis mata, harus dipegang oleh dokter yang telah memiliki lisensi dalam spesialis mata. Hal ini bertujuan agar pelayanan pengobatan berlangsung maksimal dan untuk menghindari kesalahan jika tidak ditangani oleh orang yang tepat.

2. Ketersediaan pelayanan

Dalam pelayanan rawat jalan, terdapat beberapa instansi yang harus ada sebagai acuan minimal untuk pelayanan rawat jalan. Yakni adalah: Klinik Anak, Klinik Penyakit

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dalam, Klinik Kebidanan dan Klinik Bedah. Instansi-instansi tersebut merupakan instansi minimal dan wajib ada dalam pelayanan rumah sakit rawat jalan.

3. Ketersediaan Pelayanan di Rumah Sakit Jiwa
Untuk pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa sendiri terdapat beberapa instansi yang harus ada sebagai acuan minimal. Yaitu: Pelayanan Bagian Anak Remaja, Pelayanan NAPZA (Narkotik, Psikotropika dan Zat Adiktif), Pelayanan Gangguan Psikotik, Pelayanan Gangguan Neurotik, Pelayanan Mental Retardasi, Pelayanan Mental Organik, dan Pelayanan Lanjut Usia. Instansi tersebut merupakan instansi minimal yang harus ada di pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa.

4. Jam Pelayanan

Untuk jam operasional pelayanan rumah sakit rawat jalan terdapat standar minimalnya, yakni 08.00 sampai 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00 - 11.00. waktu tersebut merupakan patokan minimal waktu pelayanan dirumah sakit untuk rawat jalan.

5. Waktu Tunggu Pelayanan

Waktu tunggu untuk pelayanan di rawat jalan tidak boleh melebihi 60 menit. Hal tersebut demi menjaga kepuasan dari pasien terhadap pelayanan di rumah sakit.

6. Kepuasan Pasien

Untuk menjaga kepercayaan dari pasien rumah sakit kepuasan pelayanan rumah sakit rawat jalan harus diatas 90%. Hal ini dikarenakan tujuan pelayanan sendiri salah satunya adalah kepuasan pasien, sehingga

jika kepuasan pasien kecil maka dapat dikatakan pelayanan kepuasan pasien tersebut gagal.

7. Pelayanan Tuberkulosis (TB)

Untuk pelayanan TB seperti penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopik. Hal ini dilakukan untuk memaksimalkan apakah TB bisa terdeteksi dengan baik. Untuk pencatatan dan pelayanan TB di rumah sakit minimalnya harus dibawah 60% dari jumlah pengunjungnya. Hal tersebut memperlihatkan bahwa penyakit tersebut dalam jumlah yang kecil di lingkungan tersebut.

4.2.2 Rawat Inap

Rawat inap (*opname*) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit.

Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar-kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di Unit Rawat Jalan, akan mendapatkan surat rawat dari dokter yang merawatnya, bila pasien tersebut memerlukan perawatan di dalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit.

Rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien dirawat, rumah sakit harus memberikan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

pelayanan yang terbaik kepada pasien (Posma 2001 yang dikutip dari Anggraini (2008).

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Depkes RI 1997 yang dikutip dari Suryanti (2002)).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, standar minimal rawat inap di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap adalah Dokter spesialis, dan perawat dengan minimal pendidikan D3.
2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 100 % adalah dokter.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap terdiri dari anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah.
4. Jam Visit Dokter Spesialis adalah pukul 08.00 – 14.00 setiap hari kerja.
5. Kejadian infeksi pasca operasi kurang dari 1,5%.
6. Kejadian Infeksi Nosokomial kurang dari 1,5%.
7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 100% terpenuhi.
8. Kematian pasien > 48 jam kurang dari 0,24%.
9. Kejadian pulang paksa kurang dari 5%.
10. Kepuasan pelanggan lebih dari 90%.
11. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB lebih dari 60% dan terlaksana kegiatan pencatatan dan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

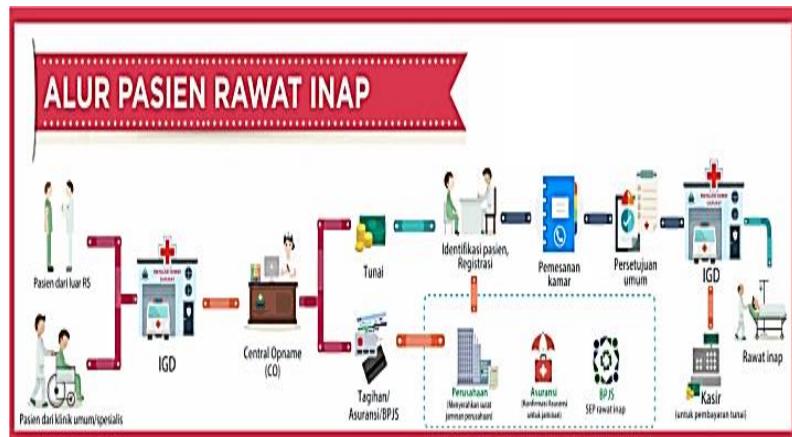
pelaporan TB di Rumah Sakit juga lebih dari 60%.

12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa terdiri dari NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik.
13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri 100%.
14. Kejadian *re-admission* pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan adalah 100%.
15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa kurang dari 6 minggu.

Alur proses pelayanan pasien unit rawat inap akan mengikuti alur sebagai berikut :

1. Bagian Penerimaan Pasien (*Admission Departement*)
2. Ruang Perawatan
3. Bagian Administrasi dan Keuangan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 4.2 Alur Proses Rawat Inap

Klasifikasi rawat inap di rumah sakit, yaitu sebagai berikut :

1. Klasifikasi perawatan rumah sakit telah ditetapkan berdasarkan tingkat fasilitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, yaitu seperti berikut:
 - a. Kelas Utama (termasuk VIP)
 - b. Kelas I
 - c. Kelas II dan Kelas III

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. Klasifikasi pasien berdasarkan kedadangannya
 - a. Pasien baru
 - b. Pasien lama
3. Klasifikasi pasien berdasarkan pengirimnya
 - a. Dikirim oleh dokter rumah sakit
 - b. Dikirim oleh dokter luar
 - c. Rujukan dari puskesmas dan rumah sakit lain
 - d. Datang atas kemauan sendiri

Prosedur pelayanan rawat inap pasien dengan asuransi, yakni :

1. Pasien yang membutuhkan perawatan inap atas sesuai indikasi medis akan mendapatkan surat perintah rawat inap dari dokter spesialis RS atau dari UGD
2. Surat perintah rawat inap akan ditindak lanjuti dengan mendatangi bagian pendaftaran untuk konfirmasi ruangan sesuai hak peserta dengan membawa Kartu Asuransi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

asli dan photocopy sehingga peserta bisa langsung dirawat

3. Bila ruang perawatan sesuai hak peserta penuh, maka ybs berhak dirawat 1 (satu) kelas diatas/dibawah haknya. Selanjutnya peserta dapat pindah menempati kamar sesuai haknya dan bila terdapat selisih biaya yang timbul maka peserta membayar selisih biaya perawatan
4. Bagian Pendaftaran rawat inap di RS akan menerbitkan Surat Keterangan Perawatan RS dan selanjutnya akan diteruskan ke Kantor asuransi dapat melalui faksimil agar segera dapat diterbitkan surat jaminan rawat inap
5. Bidang Pelayanan atau Bidang Pelayanan JPK Kantor asuransi akan menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap berdasarkan Surat Keterangan Perawatan RS dan akan dikirim melalui *faximile* ke RS.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Surat jaminan harus sudah diurus selambat-lambatnya 2x24 jam terhitung peserta rawat inap di rumah sakit

6. Bila pasien membutuhkan pemeriksaan penunjang diagnostik lanjutan atau tindakan medis, maka yang bersangkutan harus menandatangani Surat Bukti Pemeriksaan dan Tindakan setiap kali dilakukan
7. Setiap selesai rawat inap, peserta/orangtua peserta bersangkutan harus menandatangani Surat Bukti Rawat Inap dan pasien akan mendapatkan perintah untuk kontrol kembali ke spesialis yang bersangkutan
8. Pasien akan membawa surat perintah kontrol kembali dari dokter spesialis ke dokter PPK I untuk mendapatkan Surat Rujukan PPK I ke dokter spesialis di RS yang ditunjuk.
9. Selanjutnya berlaku prosedur rawat jalan dokter spesialis di RS

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

10. Jawaban rujukan dari dokter spesialis dapat diberikan kembali kepada dokter keluarga di PPK I.

Prosedur pelayanan rawat inap pasien dengan non asuransi, yakni :

- a. Pasien datang di bagian admision dan petugas admission menjelaskan tentang jenis, fasilitas dan tarif Rawat Inap secara jelas kepada pasien.
- b. Petugas memberitahukan ke pihak ruangan rawat inap akan ada pasien baru.
- c. Petugas ruang rawat inap mengecek/mencarikan tempat/fasilitas yang diinginkan. Jika setuju, maka pasien mengisi formulir persetujuan. Jika tidak setuju, maka petugas menanyakan apakah pasien memilih tempat yang lain selama tempat yang diinginkan belum ada.

- d. Apabila sudah ada kesepakatan dari keluarga/ penanggungjawab pasien, maka petugas akan memberikan formulir permintaan rawat inap beserta “Surat Pernyataan Pembayaran” kepada keluarga / penanggung-jawab pasien untuk diisi dan ditanda tangani.
- e. Pasien diantar atau diarahkan menuju ruang rawat inap untuk dilakukan serah terima pasien
- f. Petugas admission menyerahkan Surat Pengantar Rawat Inap yang berasal dari poliklinik, UGD maupun rujukan dari dokter swasta kepada petugas ruang rawat inap.
- g. Petugas rawat inap mengantarkan pasien ke ruang rawat, menjelaskan peraturan dan tata tertib perawatan, serta fasilitas di ruang rawat pasien.
- h. Selama perawatan inap, petugas medis di unit pelayanan rawat inap akan memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- i. Jika perlu pemeriksaan penunjang, maka petugas akan mengantarkan pasien ke ruang pemeriksaan atau tindakan dan memberikan formulir ke unit pemeriksaan yang dituju. Jika tidak, maka pasien tetap mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap.
- j. Selesai masa perawatan petugas Rawat Inap menanyakan kepada dokter apakah pasien sudah diperbolehkan untuk pulang. Jika diperbolehkan untuk pulang, maka petugas menginformasikan kepada pihak pendaftaran ada pasien yang keluar / *discharge*.
- k. Petugas mempersilahkan pasien untuk menyelesaikan administrasi pembayaran di bagian kasir.

4.3 Standar Usaha

Secara umum semua rumah sakit dari segala tipe ada hal yang sama yang harus dipenuhi yaitu prasarana dan bangunan memenuhi persyaratan tata tata bangunan dan lingkungan seperti dapat untuk antisipasi gempa, sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik, susunan ruangan efektif sesuai dengan fungsi ruangan, ada harus area parkir yang memadai, serta bisa memenuhi persyaratan keandalan bangunan dan prasarana Rumah Sakit seperti kemampuan bangunan dalam menanggulangi gempa, kebakaran, bahaya kelistrikan, medik, bahan akar gas; ventilasi, pencahayaan, instalasi air, pengolahan limbah yang baik; dan ada lengkap dengan tanda arah (*signage*), tangga ram, lift dan sarana evakuasi yang aman bagi semua orang termasuk penyandang cacat dan lansia. Yang membedakan dalam tipe masing-masing rumah sakit adalah **segi Pelayanan**,

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

SDM, SARPRAS, Peralatan. Semakin tinggi kelas/tipe yang di terima biasanya akan semakin lengkap dan memadai dari 3 aspek tersebut.

Standar usaha dalam bisnis rumah sakit yaitu sebagai berikut :

1. Administrasi/Manajemen
 - Badan hukum yg bertujuan perumahsakitan
 - Akta Pemilik harus jelas
 - *Hospital by Laws*
 - Mempunyai SK Pengangkatan Direktur oleh Pemilik
 - Mempunyai struktur organisasi yang mengacu kepada peraturan yang berlaku
 - Mempunyai SK Direktur terhadap masing-masing jabatan dlm struktur organisasi
 - Memiliki RS pengampu SOP, PPK, CP
 - SIP Dokter / STR masih berlaku
 - Memiliki MOU Dokter dan RS
 - Memiliki MOU hal-hal terkait

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. SDM

- Tenaga Medis

Klasifikasi RS	Medik Dasar	Gigi dan Mulut	Spesialis Dasar	Spesialis Penunjang	Spesialis Lain	Sub-spesialis	Spesialis Gigi dan Mulut
A	18 dr umum	4 drg umum	6 dr spes/yan spes dasar	3 dr spes/yan spes penunjang	3 dr spes/yan spes lain	2 dr subspes/yan subspes	3 drg spes/yan spes gilut
B	12 dr umum	3 drg umum	3 dr spes/yan spes dasar	2 dr spes/yan spes penunjang	1 dr spes/yan spes lain	1 dr subspes/yan subspes	1 drg spes/yan spes gilut
C	9 dr umum	2 drg umum	2 dr spes/yan spes dasar	1 dr spes/yan spes penunjang	-	-	1 drg spes/yan spes gilut
D	4 dr umum	1 drg umum	1 dr spes/yan spes dasar	-	-	-	-

- Tenaga Kefarmasian

Klasifikasi RS	Ka Inst Farmasi	Rawat Jalan	Rawat Inap	IGD	ICU	Koordinator Penerimaan dan Distribusi	Koordinator Produksi
A	1 orang apoteker	5 orang apoteker	5 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker
B	1 orang apoteker	4 orang apoteker	4 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker	1 orang apoteker
C	1 orang apoteker	2 orang apoteker	4 orang apoteker			1 orang apoteker (merangkap)	
D	1 orang apoteker	1 orang apoteker (merangkap)				1 orang apoteker (merangkap)	

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

3. Pelayanan

- Pelayanan Minimal

KELAS RS	Medik	Kefarmasian	Keperawatan dan Kebidanan	Penunjang Klinik	Penunjang Non Klinik	Rawat Inap
A	✓	✓	✓	✓	✓	✓
B	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
D	✓	✓	✓	✓	✓	✓

- Pelayanan Medik

Pelayanan Medik	Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D
Gawat Darurat	✓	✓	✓	✓
Umum	-	-	-	✓
Spesialis Dasar	✓	✓	✓	✓
Spesialis Penunjang	✓	✓	✓	✓
Spesialis Lain	✓	✓	✓	
Subspesialis	✓	✓	✓	
Spesialis Gigi dan Mulut	✓	✓	✓	

- Tempat Tidur di Rawat Inap

- Rumah Sakit Kelas A

Jumlah tempat tidur: > 1000 kamar

Fasilitas dan kemampuan pelayanan medik: spesialis luas & sub-spesialis luas

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Rumah Sakit Kelas B Jumlah tempat tidur adalah sebesar : 350 – 1000 kamar Fasilitas dan kemampuan pelayanan medik : Spesialis luas dan sub-spesialis terbatas
- Rumah Sakit Kelas C Jumlah tempat tidur adalah sebesar : 100 – 300 kamar Fasilitas dan kemampuan pelayanan medik : minimal 4 spesialis dasar.
- Rumah Sakit Kelas D Jumlah tempat tidur adalah sebesar : 50 kamar Fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar

Klasifikasi RS	Pemerintah	Swasta
A:		
Kelas III	30%	20%
Intensif	5%	5%
B:		
Kelas III	30%	20%
Intensif	5%	5%
C:		
Kelas III	30%	20%
Intensif	5%	5%
D:		
Kelas III	30%	20%
Intensif	5%	5%

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

4. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang wajib dimiliki oleh rumah sakit diberbagai kelas adalah sebagai berikut :

a. IGD/UGD

- Harus beroperasi 24 jam.
- Mengikuti kaidah dan prinsip IGD/UGD
- Memiliki alur yang jelas dalam pelayanannya.
- Memiliki resusitasi kit/alat bantu hidup dasar.
- SDM terlatih dan bersertifikat kegawatdaruratan (ATLS, ACLS, GELS, PPGD).

b. Critical Care

- HCU (*High Care Unit*)
- ICU (*Intensive Care Unit*), NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) dan PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*).

c. Rawat Jalan dan Rawat Inap

- Mengikuti kaidah dan prinsip patient safety/pencegahan dan pengendalian infeksi.
- Memiliki natural ventilasi yang cukup
- Jumlah minimal tempat tidur kelas III harus mengikuti aturan yang sudah ditetapkan pemerintah pada Permenkes N0.56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit.

d. Laboratorium

Minimal mampu melakukan pemeriksaan lab rutin sesuai standar masing-masing kelas rumah sakit.

e. Farmasi

- Memiliki tempat penyimpanan obat yang baik di rumah sakit
- Memiliki pola distribusi obat yang baik

f. Gizi

- Memiliki dapur yang bersih
- Pengelolaan makanan pasien harus sesuai standar yang berlaku.

g. CSSD (*Central Steril Supply Departement*)

Rumah sakit harus memiliki unit yang bertanggung jawab atas pencucian dan distribusi alat yang telah disterilkan.

h. Laundry

Bahaya penularan kuman patogen lewat linen dan pakaian pasien dapat mengakibatkan infeksi, oleh sebab itu aturan tentang laundry telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1204 tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Namun saat ini banyak rumah sakit yang belum memenuhinya karena masalah biaya operasional.

- i. Instalasi Pengolahan Limbah (IPL)
 - Memiliki sarana pengelolaan limbah medis cair dan padat sesuai ketentuan.
 - Limbah medis cair memiliki bak kontrol dengan indikator baku mutu.

5. Peralatan Kesehatan

- a. Rumah Sakit Umum kelas A harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.yaitu paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.
- b. Peralatan Rumah Sakit Umum kelas/Tipe B harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.

- c. Peralatan Rumah Sakit Umum kelas/Tipe C harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan aitu paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.
- d. Peralatan Rumah Sakit Umum kelas /Tipe D harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan.
- e. Peralatan Rumah Sakit Khusus harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Kriteria RS Rujukan Nasional dan Regional berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.HK.02.02 / Menkes / 390 / 2014 dan No.HK.02.02/Menkes/391/2014, yaitu sebagai berikut :

Tabel 4.1 Kriteria RS Rujukan Nasional dan Regional

NO	KRITERIA	RS NASIONAL	RS REGIONAL / PROP	RS KAB / KOTA
1	Penetapan peraturan	Menteri Kesehatan	Gubernur	Bupati / wali kota
2	Akses rujukan	Rujukan lintas provinsi /mengampu sekurangnya 4 provinsi	Rujukan lintas kabupaten /mengampu sekurangnya 4 kabupaten/ kota	Rujukan lintas kecamatan
3	Kelas RS	A & RS Pendidikan	B & RS Pendidikan	C dan D
4	Akreditasi	Paripurna, JCI / Kelas dunia	Minimal Utama	Madya/Dasar
5	Transportasi	Memiliki akses darat, udara dan air min. dari 4 Provinsi	Memiliki akses darat, udara dan air min. dari 4 kabupaten	Akses dari kecamatan
6	Sistem Remunerasi	+	+/-	+/-
7	<i>Sister Hospital</i>	Dengan RS bersertifikasi akreditasi nas dan/intensional LN	Dengan RS Nasional/RS Tersier lainnya yg berstatus akreditasi Nas/Internasional dalam negeri	<i>Sister Hospital dg RS regional</i>
8	Unggulan	Min. 2 layanan subspesialis	spesialistik	Sesuaikan dengan Permenkes 56/2014
9	Anggaran	Pusat dan Pemda terpilih	Pusat dan Pemda	Pemda
10	Jumlah Penduduk	Provinsi dengan kategori penduduk padat	Menyesuaikan	-
11	Evaluasi	Setiap 5 th	Setiap 5 th	Sesuai Pemda

4.4 Standar Mutu

4.4.1 Akreditasi Rumah Sakit

Standar mutu rumah sakit dapat dilihat pada hasil akreditasi yang telah didapatkannya. Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh lembaga independen akreditasi Kementerian Kesehatan.

Untuk melaksanakan proses akreditasi rumah sakit, Kementerian Kesehatan kemudian menetapkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit atau disingkat dengan KARS. Pada awalnya standar akreditasi rumah sakit mulai ditetapkan pada tahun 1995.

Seiring berjalannya pekembangan dalam dunia kesehatan, standar akreditasi rumah sakit kemudian diperbaharui menjadi standar akreditasi versi 2012 yang disusun dan ditetapkan pada tahun 2012.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dengan melihat pola tuntutan pelayanan rumah sakit yang semakin meningkat dan potensi pengembangan standar akreditasi yang diberlakukan untuk nasional, maka pada akhir tahun 2017 KARS telah menetapkan kebijakan baru mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.

SNARS merupakan standar nasional akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan oleh KARS dan sudah mulai diberlakukan pada 1 Januari 2018 di seluruh Indonesia. Mengacu pada beberapa pedoman yang terdiri dari konsep dan prosedur akreditasi internasional yang ditetapkan oleh ISQua atau *The International Society for Quality in Health*, perundang-undangan dan peraturan pemerintah mengenai profesi di Indonesia, standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5, standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012, serta mengacu pada kajian hasil survey standar dan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

element yang belum diterapkan di rumah sakit Indonesia, KARS kemudian menetapkan standar penilaian akreditasi rumah sakit dalam SNARS 2018 yang telah disesuaikan dengan kondisi rumah sakit di Indonesia.

Proses penyempurnaan standart akreditasi SNARS 2018 dilakukan melalui berbagai macam diskusi dan kesepakatan yang melibatkan berbagai *stakeholder* dari Kementerian Kesehatan, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Himpunan Perawat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (HIPPI), dan Persatuan Pengendalian Infeksi (Perdalin).

Adapun perbedaan penyempurnaan dari sistem akreditasi sebelumnya yang ditetapkan pada tahun 2012 adalah adanya tambahan Bab yang ada pada SNARS 2018.

Jika sebelumnya standar akreditasi hanya berjumlah 15 bab, SNARS 2018 kemudian menambah 1 bab dalam standar akredirtasi rumah sakit sehingga menjadi 16 Bab. Selain itu ada penambahan standar dalam SNARS 2018 yang terdiri dari standar pengendalian resistensi antimikroba (PRA) dan juga standar integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan rumah sakit. Adapun kajian seluruh bab yang tertuang dalam SNARS 2018 edisi 1 adalah sebagai berikut:

1. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)
3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
4. Asesmen Pasien (AP)
5. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
13. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKF)
14. Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)
15. Program Nasional (menurunkan kematian KIA, menurunkan keskitan HIV/AIDS dan TB, pengendalian resistensi mikroba dan pelayanan geriatri)
16. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Seluruh bab yang tertuang dalam SNARS 2018 edisi 1 merupakan rincian dari pengelompokan fungsi-fungsi standar akreditasi yang terdiri dari:

1. Standar keselamatan pasien
2. Standar pelayanan berfokus pasien
3. Standar manajemen rumah sakit
4. Program nasional, dan
5. Integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit

Melihat standar yang telah ditetapkan di SNARS 2018, potensi peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit harusnya sudah memiliki standar yang kurang lebih sama seperti standar internasional, karena penetapan standar dalam SNARS edisi 1 2018 diadopsi melalui konsep ISQua atau *The International Society for Quality in Health.*

Dengan mempelajari dan memahami setiap standar yang telah ditetapkan dalam SNARS 2018, diharapkan rumah sakit dapat mempersiapkan proses akreditasi secara optimal.

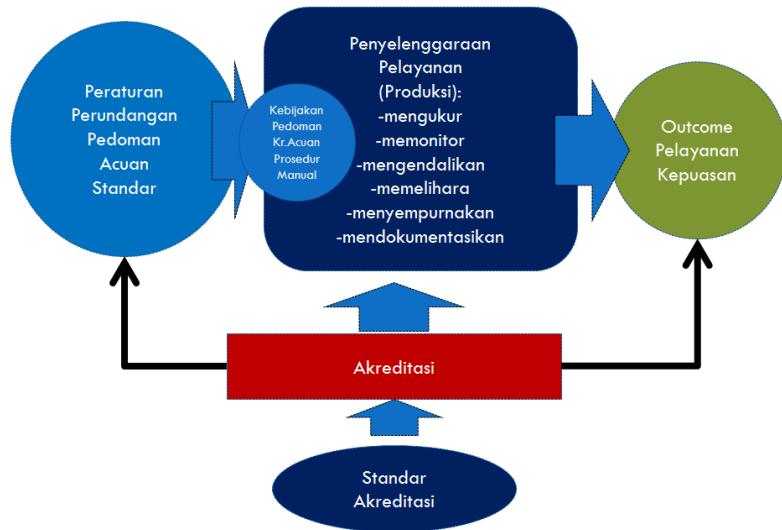
4.4.2 Manfaat Akreditasi Rumah Sakit

Manfaat dari akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan pelayanan (diukur dengan clinical indicator),
2. Peningkatan administrasi & perencanaan,
3. Peningkatan koordinasi asuhan pasien,
4. Peningkatan koordinasi pelayanan,
5. Peningkatan komunikasi antara staf,
6. Peningkatan sistem & prosedur,
7. Lingkungan yang lebih aman,
8. Minimalisasi risiko,
9. Penggunaan sumber daya yang lebih efisien,

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

10. Kerjasama yang lebih kuat dari semua bagian dari organisasi,
11. Penurunan keluhan pasien & staf,
12. Meningkatnya kesadaran staf akan tanggung jawabnya,
13. Peningkatan moril dan motivasi,
14. *Re-energized organization,*
15. Kepuasan pemangku kepentingan (*stakeholder*).



Gambar 4.3 Konsep Akreditasi

4.4.3 Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

1. Proses dan cara penilaian akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :
 - Tim penilai (*surveyor*) akan berada di Rumah Sakit selama kurang lebih 3 hari, yang terdiri dari 3 orang (manajemen, medis dan keperawatan)
 - Pimpinan Rumah Sakit mempresentasikan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit
 - Dilanjutkan telaah dokumen, telaah rekam medik tertutup dan telaah rekam medik terbuka serta survey lapangan
 - Penilaian lapangan ditekankan pada telusur pasien untuk di wawancara/ observasi langsung atas pelayanan kesehatan yang telah/sedang/akan diterima pasien.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Dalam waktu yang bersamaan, kelengkapan dokumen akreditasi juga di observasi dan ditanyakan pada jajaran staf dan pimpinan Rumah Sakit.
- Temuan atas ketidaklengkapan dokumen/ kekurangan mutu pelayanan harus diperbaiki saat itu setelah mendapat rekomendasi *surveyor*.
- Telusur lingkungan terhadap fasilitas Rumah Sakit
- Telusur KPS
- Presentasi FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*), Pedoman Praktik Klinis / *Clinical Pathways*, Risk Manajemen Dan IKP (Insiden Keselamatan Pasien)
- Wawancara Pimpinan
- *Exit Conference*

2. Hasil penilaian akreditasi rumah sakit ada 4 kriteria terhadap elemen penilaian (EP), diantaranya :

a. Tercapai Penuh (Skor 10)

- Melalui wawancara baik kepada pasien/keluarga dan staf ditemukan jawaban “ya” atau “selalu”, atau dapat menjawab sesuai konteks pertanyaan
- Melalui observasi dokumen, ditemukan minimal 9 dari 10 dokumen yang diminta atau 90 % dokumen lengkap
- Melalui observasi bukti pelaksanaan, kegiatan/tindakan sudah berjalan minimal 4 bulan terakhir dari masa penilaian.

b. Tercapai Sebagian (Skor 5)

- Melalui wawancara baik pada pasien/keluarga dan staf ditemukan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

jawaban “tidak selalu” atau “kadang-kadang”.

- Melalui observasi dokumen, ditemukan 50 sampai 89 % dokumen yang diminta.
- Bukti dipenuhinya persyaratan hanya dapat ditemukan di sebagian daerah/unit kerja dimana persyaratan harus ada.
- Kebijakan/prosedur dapat dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan
- Melalui observasi bukti pelaksanaan, kegiatan/tindakan sudah berjalan 1 - 3 bulan terakhir dari masa penilaian.

c. Tidak Tercapai (Skor 0)

- Melalui wawancara baik pada pasien/keluarga dan staf ditemukan jawaban “jarang” atau “tidak pernah”

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Melalui observasi dokumen, ditemukan < 50% dari dokumen yang diminta.
- Bukti dipenuhinya persyaratan tidak dapat ditemukan di daerah/unit kerja dimana persyaratan harus ada.
- Kebijakan / proses ditetapkan tetapi tidak dilaksanakan
- Melalui observasi bukti pelaksanaan, kegiatan/tindakan sudah berjalan hanya \leq 1 bulan terakhir dari masa penilaian
- Tidak dapat diterapkan

3. Sebuah EP dinilai “tidak dapat diterapkan” jika persyaratan dari EP tidak dapat diterapkan di Rumah Sakit (contohnya, Rumah Sakit tidak melakukan riset, tidak ada donasi organ). Nilai skor akan diakumulasikan pada masing-masing standar yang terdapat dalam bab untuk menentukan apakah suatu standar telah mencapai batas

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

yang telah ditentukan. EP dinilai dalam skore, sedangkan standard dan bab/grup dinilai dalam persen (%).

4. Bagi Rumah Sakit yang telah lulus akreditasi versi 2012 akan dikategorikan ke dalam 4 tingkatan, seperti tabel berikut :

Tabel 4.2 Tingkatan Kategori Akreditasi

POKJA	PRATAMA	MADYA	UTAMA	PARIPURENA
SKP				
HPK	Tiap BAB dan Rata-rata Grup			
PPK	Mayor dg Nilai \geq 80%			
PMKP		Tiap BAB dan Rata-rata Grup Mayor dg Nilai \geq 80%	Tiap BAB dan Rata-rata Grup Mayor dg Nilai \geq 80%	Tiap BAB dan rata-rata Grup Mayor dg Nilai \geq 80%
MDGs				
APK				
AP				
PP				
PAB	Tiap BAB dan Rata-rata Grup			
MPO				
MKI				
KPS	Minor dg Nilai \geq 20%	Tiap BAB dan Rata-rata Grup Minor dg Nilai \geq 20%		Grup Minor dg Nilai \geq 20%
PPI				
TKP				
MFK				

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tabel 4.3 Kriteria Kelulusan Akreditasi

Akreditasi Tingkat Dasar (4)	4 Bab @ ≥ 80% Bab Lain/Sisa @ ≥ 20%	1. Akses Ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) 2. Hak pasien dan keluarga (HPK) 3. Asesmen Pasien (AP) 4. Pelayanan Pasien (PP) 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) 6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO) 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) 8. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMK) 9. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) 10. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) 11. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) 12. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) 13. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 14. Sasaran Keselamatan Pasien RS 15. Millennium Development Goal's (MDG's)
Akreditasi Tingkat Madya (8)	8 Bab @ ≥ 80% Bab Lain/Sisa @ ≥ 20%	
Akreditasi Tingkat Utama (12)	12 Bab @ ≥ 80% Bab Lain/Sisa @ ≥ 20%	
Akreditasi Tingkat Paripurna (15)	15 Bab @ ≥ 80%	



Gambar 4.4 Contoh Sertifikat Akreditasi

4.5 Indikator Kinerja Rumah Sakit

4.5.1 Tingkat Pemanfaatan Pelayanan

Kesehatan

1. Rata-rata kunjungan rawat jalan

Rata-rata kunjungan rawat jalan (perhari buka seluruh poli RS maupun perhari buka rata-rata per poliklinik.

$$\Sigma \text{ Kunjungan rawat jalan (baru + lama)} \\ \Sigma \text{ Hari kerja}$$

Manfaat indikator ini adalah untuk mengetahui beban kerja rumah sakit (poliklinik rawat jalan) dan untuk mengetahui pemanfaatan rumah sakit.

2. Presentase rujukan rawat jalan rumah sakit

Manfaat mengetahui indikator persentase rujukan rawat jalan rumah sakit adalah untuk mengetahui pemanfaatan fasilitas rujukan dan untuk menilai sistem rujukan.

$$\Sigma \text{ Rujukan rawat jalan dari Faskes Tingkat Pertama (dasar)} \\ \Sigma \text{ Hari kerja}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Semakin tinggi persentase rujukan rawat jalan menggambarkan sistem rujukan berjalan dengan baik.

3. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Angka BOR digunakan untuk menyatakan tingkat pemanfaatan sarana rawat inap suatu RS. Angka BOR dihitung setiap tahun untuk menghindari fluktuasi yang dapat terjadi apabila dihitung per bulan. Angka BOR ideal antara 60% -85%.

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times 365} \times 100\%$$

4. Presentase rujukan rawat inap

Indikator ini bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan fasilitas rujukan dan untuk menilai sistem rujukan.

$$\frac{\sum \text{Rujukan yang keluar hidup dan mati}}{\sum \text{Penderita keluar hidup dan mati RS}} \times 100\%$$

Semakin tinggi presentase rujukan rawat inap menggambarkan sistem rujukan rawat inap menggambarkan sistem rujukan yang berjalan semakin baik.

4.5.2 Mutu Pelayanan

1. *Net Death Rate* (NDR)

NDR adalah angka kematian >48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan dirumah sakit.

$$\frac{\sum \text{ Pasien Mati} > 48 \text{ jam}}{\sum \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ penderita}$$

NDR digunakan untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit, nilai NDR yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. Gross Death Rate (GDR)

GDR adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 penderita keluar.

$$\frac{\sum \text{ Pasien Mati Seluruhnya}}{\sum \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000$$

GDR bermanfaat untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit. Nilai GDR hendaknya < 45 per 1000 penderita keluar.

4.5.3 Tingkat Efisiensi Pelayanan

1. Rata-Rata Lamanya Dirawat/Average Length of Stay (AvLOS)

AvLOS menggambarkan berapa hari seorang penderita rata-rata dirawat di suatu RS. Angka AvLOS menggambarkan tingkat efisiensi perawatan maupun secara tidak langsung dapat digunakan sebagai gambaran mutu perawatan penderita di suatu RS.

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan (penderita keluar) (dalam hari)}}{\text{Jumlah penderita keluar (hidup dan mati)}}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Idealnya angka AvLOS antara 6-10 hari, kecuali untuk kasus kronis dan penyakit-penyakit tertentu.

2. *Bed Turn Over* (BTO)

Angka BTO menggambarkan berapa kali dalam setahun sebuah tempat tidur rata-rata digunakan oleh berbagai penderita. Angka BTO digunakan untuk menggambarkan tingkat efisiensi perawatan maupun tingkat pemanfaatannya. Makin tinggi angka BTO berarti makin tinggi pula tingkat pemanfaatan tempat tidur, berarti pemanfaatan tempat tidur semakin efisien. Idealnya, angka BTO antara 40 – 50 kali/tahun.

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah Penderita Keluar (Hidup dan Mati)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur}}$$

3. Turn Over Interval (TOI)

Angka TOI mempunyai kesamaan gambaran seperti BTO. TOI memberikan gambaran berapa lama sebuah tempat tidur berada dalam keadaan kosong sebelum digunakan kembali oleh penderita lain. Seperti halnya BTO, semakin tinggi angka TOI menunjukkan semakin efisien pemanfaatan sarana RS. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari.

$$\text{TOI} = (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari}) - \text{hari perawatan}$$

Jumlah Penderita Keluar (hidup dan mati)

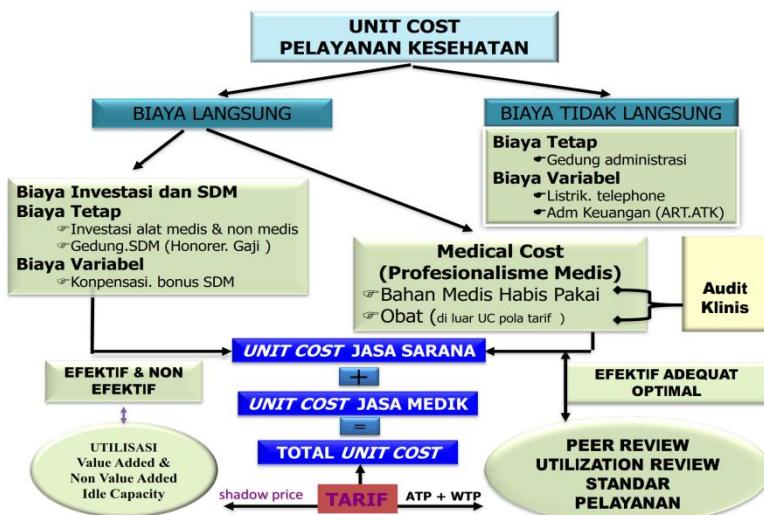
Tabel 4.4 Indikator Kinerja RS

No	Indikator	Definisi	Nilai Rujukan
1	BOR	Tingkat pemanfaatan sarana rawat inap suatu rumah sakit	60% - 80%
2	ALOS	AvLOS menggambarkan berapa hari seorang penderita rata-rata di rawat suatu RS	6 - 10 Hari
3	BTO	Menggambarkan berapa kali dalam setahun sebuah tempat tidur rata-rata digunakan oleh berbagai penderita	40 - 50 Kali/Tahun
4	TOI	Memberikan gambaran berapa lama sebuah tempat tidur berada dalam keadaan kosong sebelum digunakan kembali oleh penderita lain	1 - 3 hari
5	NDR	Angka kematian > 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar	< 25/1000 Penderita
6	GDR	Adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 penderita keluar	< 45/1000 Penderita Keluar

BAB V**ASPEK PASAR DAN PEMASARAN****5.1 Tarif Rumah Sakit**

Dalam Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 9 ayat 1 mengamanatkan bahwa “Menteri Kesehatan menetapkan pola tarif nasional”. Oleh karena itu terbitlah PMK Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit. Sesuai amanat UU Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, seharusnya dengan terbitnya PMK Nomor 85 Tahun 2015 harus diikuti dengan terbitnya Peraturan Gubernur (Pergub) tentang Pagu maksimal besaran tarif rumah sakit yang ada di provinsi terkait, namun hingga saat ini masih ada daerah yang belum menerbitkan Pergub tersebut yang ada hanyalah Pergub tentang pola tarif rumah sakit tertentu (biasanya rumah sakit miliki pemerintah provinsi).

Sehingga rumah sakit daerah yang ada diprovinsi, kabupaten atau kota memang belum memiliki acuan besaran tarif maksimal untuk pelayanan rumah sakit. Dalam PMK Nomor 85 tahun 2015 telah mengantisipasi jika para gubernur belum menetapkan tentang pagu maksimal besaran tarif rumah sakit, maka penetapan tarif rumah sakit mengacu pada Pola Tarif Nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.



Gambar 5.1 Perhitungan Biaya Rumah Sakit

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dalam UU No.44 tahun 2009 maupun dalam PMK 85 tahun 2015 keduanya mengatur bahwasanya tarif rumah sakit ditetapkan berdasarkan Biaya Satuan pembiayaan atau sering disebut “*Unit Cost*” dengan memperhatikan kondisi regional. Lebih lanjut diatur bahwa penetapan biaya satuan tersebut harus memperhatikan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan serta kompetisi yang sehat.

Biaya satuan adalah hasil perhitungan total biaya dibagi dengan jumlah layanan dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya dalam 1 tahun). Sehingga sangat jelas dan tegas bahwa penyusunan tarif rumah sakit tetap menggunakan perhitungan biaya satuan pembiayaan per jenis layanan. Prinsip biaya satuan adalah menghitung setiap biaya (*cost*) yang dikeluarkan untuk setiap jenis layanan,

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

sehingga tarif rumah sakit adalah tarif yang berbasis *Fee For Services*.

Pembiayaan model paket (*Pocket Payment System*) di Indonesia pertama kali dikembangkan pada Tahun 2005 dan mulai diimplementasikan pada Tahun 2008 ketika Program JAMKESMAS hadir menggantikan Program ASKESKIN / JPKMM (2005-2007) yang masih menggunakan metode pembayaran tarif per diagnosa. Program JAMKESMAS pertama kali menggunakan model tarif paket pelayanan yang disebut **INA DRG (Indonesia Diagnostic Related-Gorup)** yaitu model paket tarif layanan yang menggabungkan atau mengelompokkan biaya untuk diagnosa-diagnosa yang mirip atau sejenis. Selanjutnya pada Tahun 2010, Program JAMKESMAS merubah metode pembayaran paket dari INA DRG menjadi **INA CBGs (Indonesia Case-Base Groups)** yaitu model paket tarif pelayanan yang

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

menggabungkan/mengelompokkan tarif layanan kasus-kasus yang mirip atau sejenis dan menyerap sumber daya yang sama. Model tarif paket INA CBGs ini kemudian diteruskan pada Tahun 2014 melalui Program JKN yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan sampai dengan hari ini dengan telah mengalami beberapa kali perubahan / perbaikan dan perkembangan.

Persoalan tentu timbul ketika tarif pelayanan rumah sakit yang berbasiskan biaya satuan dihadapkan dengan tarif paket INA CBGs yang berbasiskan paket dan bukan satuan pelayanan. Masalahnya adalah, dari aspek perhitungan pembiayaan rumah sakit menggunakan perhitungan per satuan jenis layanan, sedangkan saat menerima pembayaran klaim dari BPJS adalah secara paket. Deviasi ini berdampak pada perhitungan alokasi rumah sakit untuk pembiayaan sarana (termasuk obat dan BHP) dan alokasi untuk jasa pelayanan.

Sehingga rumah sakit harus pandai dan cermat dalam melakukan analisa dan perhitungan alokasi saat “memecah” tarif paket tersebut menjadi tarif “eceran” atau tarif satuan. Kegiatan inilah yang disebut “*SPLIT PRICE*” atau memecah-mecah paket tarif menjadi tarif satuan. Fungsinya adalah untuk menentukan berapa alokasi biaya sarana, alokasi obat dan BHP serta alokasi untuk jasa pelayanan

5.1.1 Struktur Tarif

Menentukan atau menetapkan tarif bukanlah semata ketepatan perhitungan **biaya satuan** atau ***Unit Cost***, namun juga struktur tarif yang benar dan sesuai kaidah serta ketentuan juga harus diperhatikan dengan serius. Menjadi hal yang sia-sia ketika perhitungan biaya satuan sudah tepat, namun struktur tarif nya tidak tepat. Dampaknya akan menimbulkan kesulitan saat melakukan pemecahan tarif paket menjadi tarif

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

per unit satuan. Struktur tarif harus konsisten dan mengikuti suatu Pola. Pola tarif inilah yang diatur dalam PMK Nomor 85 Tahun 2015 tersebut.

Secara garis besar, pola tarif yang diatur dalam PMK tersebut membagi kegiatan yang dapat dikenakan tarif rumah sakit menjadi 2, yaitu : **1) Kegiatan Pelayanan; dan 2) Kegiatan Non Pelayanan.** Kegiatan Pelayanan adalah kegiatan yang menjadi *core business* nya rumah sakit, yaitu pelayanan kepada pasien. Sedangkan kegiatan *Non Pelayanan* adalah kegiatan tambahan sebagai sumber pendapatan rumah sakit yang sah seperti kegiatan *pendidikan dan pelatihan, kegiatan penelitian, sewa lahan, sewa ruang, sewa alat, lahan parkir RS, kantin, hostel dan Kerja Sama Operasional (KSO)*. Kegiatan Pelayanan yang dimaksud, dibedakan berdasarkan tempat pelayanan dan jenis pelayanan.

STRUKTUR TARIF RUMAH SAKIT



Gambar 5.2 Struktur Tarif Rumah Sakit

Kegiatan pelayanan berdasarkan tempat pelayanan dibedakan menjadi Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat. Sedangkan kegiatan pelayanan berdasarkan Jenis Pelayanan dibedakan menjadi pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis.

Kegiatan Pelayanan Medis yang dikaitan dengan tempat pelayanan dibagi menjadi :

1. Pemeriksaan dan Pelayanan Konsultasi yang dilakukan di Rawat Jalan dan Rawat Darurat.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. Visit dan Pelayanan Konsultasi yang dilakukan di Rawat Inap.
3. Tindakan Operatif yang dilakukan di Kamar Operasi Untuk Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat.
4. Tindakan *Non Operatif* yaitu Tindakan Tanpa Pembedahan Untuk Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat.
5. Persalinan yaitu Tindakan Di Kamar Bersalin untuk Pasien Rawat Inap.

Sementara Tindakan Operatif atau Tindakan Medis Operatif (TMO) dibagi menjadi TMO Kecil, Sedang, Besar dan Khusus. Begitupun untuk Tindakan Non Operatif atau Tindakan Medis Non Operatif (TMNO) dibagi menjadi TMNO Kecil, Sedang, Besar dan Khusus. Untuk tindakan persalinan di ruang bersalin dibedakan menjadi Tindakan Persalinan Normal, Persalinan Dengan Tindakan Pervaginam dan Pelayanan Bayi Baru Lahir.

Tindakan Penunjang dibedakan menjadi :

1. Pelayanan Laboratorium
2. Pelayanan Radiodianostik
3. Pelayanan Diagnostik Elektromedis
4. Pelayanan Diagnostik Khusus
5. Pelayanan Rehabilitasi Medis
6. Pelayanan Darah
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Gizi
9. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah dan pelayanan penunjang lainnya.

Lebih lanjut diatur bahwa Pelayanan Laboratorium terbagi menjadi Pemeriksaan Patologi Klinik, Patologi Anatomi dan Mikrobiologi. Pelayanan Rehabilitasi Medis dibedakan menjadi Rehabilitasi Medis, Rehabilitasi Psikososial dan Pelayanan Ortotik/Prostetik. Sementara Pelayanan Farmasi dibedakan menjadi **Farmasi Klinik (Konsultasi**

Farmasi) dan **Farmasi Non Klinik** (yang dimaksudkan sangat mungkin Pelayanan **Farmasi Produk**, yaitu penyedian dan pendistribusian **Obat dan BHP**). Selanjutnya pelayanan pemulasaraan jenahas terbagi menjadi Perawatan dan Penyimpanan Jenahas, Konservasi Jenahas, Bedah Mayat dan Pelayanan Lainnya.

Jika menilik dari PMK ini, maka semestinya tidak lagi menimbulkan kebingungan, kerancuan dan tumpang tindih tentang pengelompokan tarif pelayanan di rumah sakit. Terdapat 2 kata kunci utama tentang tarif pelayanan, yaitu **TEMPAT** pelayanan dan **JENIS** pelayanan.

Tarif rumah sakit merupakan elemen yang sangat esensial yang tidak dibiayai penuh oleh pemerintah atau pihak ketiga. Rumah sakit swasta, baik yang bersifat mencari laba maupun yang nirlaba harus mampu mendapatkan biaya untuk membiayai segala aktivitasnya dan untuk

dapat terus memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya.

Rumah sakit pemerintah yang tidak mendapatkan dana yang memadai untuk memberikan pelayanan secara cuma-cuma kepada masyarakat, juga harus menentukan tarif pelayanan. Penetapan tarif pelayanan rumah sakit akan sangat bervariasi tergantung dari sifat rumah sakit itu sendiri.

5.1.2 Tarif INA-CBG

Tarif Indonesian - Case Based Group (INA-CBG) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tarif INA-CBG telah diatur dan pada PERMENKES No.52 Tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Berikut ini contoh standar tarif pelayanan kesehatan INA-CBG :

Tabel 5.1
Tarif RS Kelas A Pemerintah (rawat inap) Regional.1

NO	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
1	A-4-10-I	SEPTIKEMIA (RINGAN)	3,692,300	4,430,800	5,169,300
2	A-4-10-II	SEPTIKEMIA (SEDANG)	6,308,000	7,569,600	8,831,200
3	A-4-10-III	SEPTIKEMIA (BERAT)	8,505,200	10,206,300	11,907,300
4	A-4-11-I	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (RINGAN)	4,476,900	5,372,300	6,267,700
5	A-4-11-II	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (SEDANG)	6,371,900	7,646,300	8,920,700

Tabel 5.2
Tarif RS Kelas A Pemerintah (rawat jalan) Regional.1

NO	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif INA-CBG
1	B-2-10-0	PROSEDUR PADA HATI DAN PANKREAS	1,459,500
2	B-2-11-0	PROSEDUR BESAR PADA SALURAN EMPEDU	1,893,200
3	B-2-12-0	PROSEDUR KOLESISTEKTOMI TANPA LAPAROSKOPI	3,520,500
4	B-2-13-0	PROSEDUR LAIN-LAIN PADA HEPATO-BILIARI & PANKREAS	2,909,300
5	B-2-14-0	PROSEDUR KOLESISTEKTOMI DENGAN LAPAROSKOPI	3,780,800

Tabel 5.3
Tarif RS Kelas A Swasta (rawat inap) Regional.1

NO	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
1	A-4-10-I	SEPTIKEMIA (RINGAN)	3,803,100	4,563,700	5,324,300
2	A-4-10-II	SEPTIKEMIA (SEDANG)	6,497,300	7,796,700	9,096,200
3	A-4-10-III	SEPTIKEMIA (BERAT)	8,760,400	10,512,400	12,264,500
4	A-4-11-I	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (RINGAN)	4,611,200	5,533,400	6,455,700
5	A-4-11-II	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (SEDANG)	6,563,100	7,875,700	9,188,300

Tabel 5.4
Tarif RS Kelas A Swasta (rawat jalan) Regional.1

NO	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif INA-CBG
1	B-2-10-0	PROSEDUR PADA HATI DAN PANKREAS	1,532,500
2	B-2-11-0	PROSEDUR BESAR PADA SALURAN EMPEDU	1,987,800
3	B-2-12-0	PROSEDUR KOLESISTEKTOMI TANPA LAPAROSKOPI	3,696,600
4	B-2-13-0	PROSEDUR LAIN-LAIN PADA HEPATO-BILIARI & PANKREAS	3,054,800
5	B-2-14-0	PROSEDUR KOLESISTEKTOMI DENGAN LAPAROSKOPI	3,969,900

5.1.3 Perhitungan Tarif Unit Cost

Sebelum muncul Jaminan Kesehatan Nasional, beberapa rumah sakit menggunakan *unit cost* sebagai dasar penentuan tarif. Setelah muncul Jaminan Kesehatan Nasional, beberapa rumah sakit yang memahami fungsi dan manfaat *unit cost* tetap melakukan perhitungan *unit cost*. Hal itu karena *unit cost* memiliki fungsi dan manfaat yang lebih dari sebagai dasar penentuan tarif.

Rumah sakit yang melakukan perhitungan *unit cost* dapat mengetahui seberapa besar biaya yang dikeluarkan, sehingga dapat diketahui oleh rumah sakit jika terjadi pemborosan. Hal tersebut karena biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang satu akan berbeda dengan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang lain, walaupun rumah sakit tersebut satu tipe misalnya sama-sama tipe B. Selain itu hasil perhitungan *unit cost* juga dapat digunakan

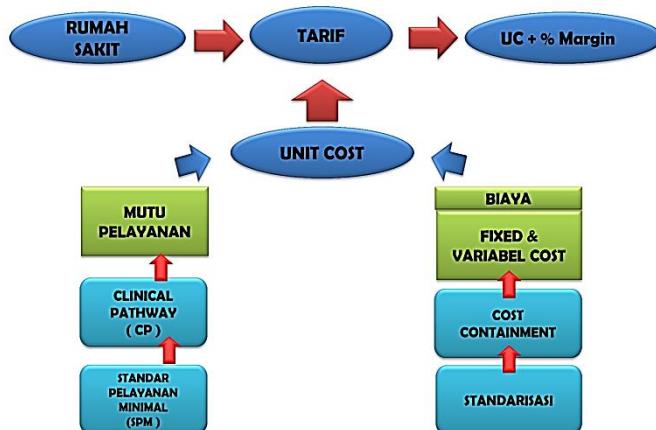
BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

sebagai dasar pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas dan mutu rumah sakit. Perhitungan *unit cost* tetap perlu dilakukan oleh rumah sakit secara rutin, walaupun pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

Hal tersebut karena *unit cost* dapat digunakan sebagai evaluasi operasional rumah sakit dan juga sebagai dasar pengambilan keputusan untuk lebih meningkatkan kualitas dan mutu rumah sakit, sehingga rumah sakit dapat tetap eksis dan melakukan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.

Salah satu metode perhitungan unit cost yang cukup dikenal adalah metode *Activity Based Cost* (ABC). *Activity Based Cost System* merupakan suatu alternatif penentuan harga pokok produk/jasa yang sangat relevan untuk rumah sakit.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT



Gambar 5.3 Alur Perhitungan Tarif *Unit Cost*



Gambar 5.4 Rasionalisasi Tarif

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Cara menghitung tarif rumah sakit dengan pendekatan biaya adalah sebagai berikut :

- Rumus : $P \times Q = TFC + (UVC \times Q) + DI$

Keterangan :

P : Tarif/Harga

Q : *Volume pelayanan terjual*

TFC : *Total Fixed Cost*

UVC : *Variabel cost per unit*

DI : *Desired Income*

- Contoh Perhitungan :

Unit Swasta Kelas 1

TFC = Rp. 20.000.000 per kamar (AIC)

UFC = Rp. 100.000 per hari per kamar

Q = 300 (kira-kira 80% BOR)

DI = Rp. 5.000.000

$$P \times 300 = 20.000.000 + (300+100) + 5.000.000$$

$$P = Rp. 183.333$$

$$\text{Dibulatkan} = Rp. 180.000 - Rp. 200.000$$

Unit Swasta Kelas III

TFC = Tidak dihitung

UFC = Rp. 100.000 per hari per kamar (4 TT)

= Rp. 25.000 per TT

Q = 1200 (kira-kira 80% BOR, 4 TT)

DI = Rp. 2.000.000 (biaya modal)

P x 1200 = 0 + (1200+25) + 2.000.000

P = Rp. 26.666

Dibulatkan = Rp. 30.000 – Rp. 100.000

- Simulasi perhitungan

Simulasi dilakukan dengan mengubah-ubah besaran jumlah pelayanan yang terjual, ubah biaya satuan untuk kegiatan operasional, besarnya sisa hasil usaha atau keuntungan yang diinginkan, dan memasukkan atau tidak memasukkan biaya investasi dan biaya-biaya tetap lainnya.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh pada tabel 5.5 dibawah ini adalah variasi tarif untuk kelas I dengan perhitungan diatas, akan tetapi dengan beberapa target BOR yang bervariasi dari 50% sampai 80%. Perlu diperhatikan bahwa biaya satuan variabel (UVC) berbeda pada BOR yang berbeda, hal itu sesuai dengan prinsip skala ekonomi. Tergantung dari pengalaman selama ini, jika rata-rata BOR mencapai 70% maka dapat memasang tarif sesuai dengan perkiraan BOR tersebut. Selanjutnya juga dapat menetapkan tarif dengan perubahan biaya upah, misalnya akan dinaikkan tahun depan sebesar 20%. Asumsi lain adalah biaya bahan medis dan alat habis pakai tidak ada kenaikan. Berdasarkan pengalaman tahun-tahun sebelumnya, komponen upah untuk biaya satuan variabel adalah 60%.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dengan asumsi dan pengalaman tersebut, keinginan menaikkan upah kerja sebesar 20% dapat kita capai dengan menetapkan tarif baru.

Tabel 5.5. Simulasi Tarif Kelas I

TFC	Q	BOR	UVC	DI	Tarif
20.000	300	80%	100	5.000	183
20.000	256	70%	115	5.000	213
20.000	219	60%	135	5.000	249
20.000	201	55%	150	5.000	275
20.000	183	50%	175	5.000	312

Tabel 5.6
Simulasi tarif kelas I dengan kenaikan
upah rata-rata sebesar 20% dan
komponen upah adalah 60% dari biaya satuan variabel
(UVC)

TFC	Q	BOR	UVC	DI	Tarif
20.000	300	80%	112	5.000	195
20.000	256	70%	129	5.000	227
20.000	219	60%	151	5.000	265
20.000	201	55%	168	5.000	293
20.000	183	50%	196	5.000	333

5.2 Pemasaran Rumah Sakit

Pemasaran rumah sakit yang efektif bagi sebuah rumah sakit dapat dilihat dari seberapa kuat komitmen RS dalam memberikan pelayanan yang bermutu yang sangat dituntut pasien pada era kini. Secara esensial mutu dapat diklasifikasikan kedalam 3 tingkatan, yaitu :

1. Mutu yang memenuhi standar spesifikasi (*conformance quality*) kelengkapan jenis layanan, SDM, teknologi yang sesuai standar klasifikasi RS.
2. Mutu yang memenuhi tuntutan pelanggan (*requirements quality*) keamanan pasien, kecepatan, keakuratan, keramahan.
3. Mutu yang melebihi harapan pelanggan (*quality of kind*) kehandalan, emphaty.

Ketiga hal tersebut dapat menjadi indikator keberhasilan bagi pemasaran RS.

5.2.1 Manajemen Pemasaran Rumah Sakit

Manajemen pemasaran rumah sakit adalah rangkaian proses untuk menciptakan suatu nilai guna membantu pencapaian tujuan usaha rumah sakit. Manajemen pemasaran mempunyai peran penting sebab fungsi pemasaran tidak hanya memasarkan layanan rumah sakit tetapi juga menjalankan fungsi manajemen meliputi analisis, perencanaan, implementasi, dan pengendalian pemasaran.

Faktor yang melatarbelakangi penerapan pemasaran di rumah sakit adalah :

1. Utilisasi Rendah oleh pasien sehingga diperlukan peran pemasaran sebagai ajang melakukan kegiatan promosi untuk memanfaatkan pelayanan rumah sakit dalam mengatasi masalah kesehatannya.
2. Transisi orientasi rumah sakit dari hanya orientasi sosial sekarang bergeser ke orientasi

Pasar untuk *profit*, tapi bukan menjadi tujuan utama rumah sakit.

3. Tingginya persaingan antara rumah sakit sehingga terjadi kompetisi dalam berlomba-lomba memberikan pelayanan kesehatan terbaik kepada pelanggan.
4. Regulasi Kesehatan
5. Tuntutan perkembangan Globalisasi sehingga tuntutan konsumen yang semakin banyak mengarahkan rumah sakit selalu mengembangkan diri dan memberikan pelayanan terbaik.
6. Tuntutan Mutu
7. Keterbatasan SDM
8. Konsumen yang kritis

5.2.2 Strategi Pemasaran Rumah Sakit

Strategi pemasaran merupakan pernyataan baik secara implisit maupun eksplisit mengenai bagaimana suatu merek atau lini

produk mencapai tujuannya. Berikut beberapa strategi marketing yang diterapkan di rumah sakit yaitu :

1. Segmentasi Pasar

Segmentasi pasar adalah kegiatan membagi suatu pasar menjadi kelompok-kelompok pembeli yang berbeda yang memiliki kebutuhan, karakteristik, atau perilaku yang berbeda yang mungkin membutuhkan produk atau bauran pemasaran yang berbeda. Segmentasi pasar dapat dilakukan berdasarkan empat macam kriteria, yaitu :

a) Segmentasi pasar secara geografis

Secara geografis pasar dapat dikelompokan menjadi beberapa segmen yaitu segmen pasar internasional, nasional, lokal, dalam dan luar kota.

b) Segmentasi pasar secara demografi

Dapat dibedakan menurut umur, *gender*, suku, ras, ragam, latar belakang pendidikan, pekerjaan, jabatan dan jumlah anggota keluarga. Faktor demografis mempunyai pengaruh besar terhadap jenis dan tingkat mendesaknya kebutuhan barang dan jasa. Dengan demikian faktor demografis akan mempengaruhi jenis dan jumlah barang atau jasa yang dibeli setiap golongan konsumen. Tidak hanya itu faktor demografis pun akan mempengaruhi selera, cita rasa, gaya hidup dan pola konsumsi masing-masing segmen pasar secara demografis. Karena perbedaan selera, gaya hidup, cita rasa yang disebabkan adanya perbedaan gender yang sudah sejak lama. Secara demografis para pembeli intitusalional dapat di bedakan dalam beberapa jenis segmen pasar berdasarkan kriteria yaitu sektor industri dimana mereka

berusaha, skala usaha bisnis mereka (kecil, menengah, atau besar) dan lokasi usaha mereka.

c) Segmentasi pasar secara psikhografis

Yang termasuk dalam faktor psikhografis adalah penggolongan sosial, gaya hidup, dan pola konsumsi. Ketiga faktor psikografis tersebut mempengaruhi kebutuhan, pola konsumsi, dan keinginan seseorang untuk memiliki barang dan jasa.

d) Segmentasi pasar secara *behavioristik*

Dalam segmentasi pasar secara *behavioristik* konsumen dibagi menjadi beberapa segmen pasar berdasarkan jadwal pemakaian produk, manfaat yang ingin diperoleh, status pemakai, intensitas konsumsi, kesetiaan, dan kesiapan membeli.

2. *Targeting*

Setelah melakukan analisis segmentasi, tahapan selanjutnya menetapkan target pasar atau targeting guna memilih sasaran pasar yang dituju. targeting merupakan kegiatan untuk menentukan pasar yang disasar, yaitu merupakan tindakan memilih satu atau beberapa segmen untuk dilayani. Untuk itu diperlukan suatu analisis atas daya tarik segmen dan kekuatan bisnis untuk pemanfaatan suatu peluang yang ada. Dalam melakukan evaluasi segmen yang akan dituju terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan, seperti ukuran segmen, pertumbuhan segmen, daya tarik struktural, tujuan perusahaan, dan sumber daya perusahaan guna memastikan penetapan segmen yang dilakukan oleh perusahaan tetap fokus pada target perusahaan yang ingin dicapai.

Saat ini perkembangan kesehatan yang mengarah ke era JKN sehingga 60% pasien di

rumah sakit adalah peserta jaminan sosial. sehingga terjadi transisi orientasi masyarakat bebas memilih rumah sakit menjadi masyarakat lebih terarah dimulai dari pelayanan dasar (PTK I), PTK II, dan PTK III, Hal ini dapat menjadi kunci target (sasaran utama) untuk rumah sakit menjadi rumah sakit yang dapat menjadi pusat rujukan terbaik bagi para peserta JKN dengan menjanjikan pelayanan yang lebih lengkap, lebih cepat, lebih memuaskan dan perlakuan sama antara peserta JKN dengan peserta umum rumah sakit.

3. Positioning

Positioning merupakan langkah selanjutnya setelah menetapkan sasaran pasar yang dipilih oleh perusahaan.

Tujuan *positioning* di rumah sakit adalah :

- a) Untuk menempatkan atau memosisikan keunggulan di rumah sakit pada pasar sehingga rumah sakit tersebut terpisah atau berbeda dengan rumah sakit lainnya.
- b) Untuk memosisikannya sehingga dapat menyampaikan beberapa hal pokok kepada pelanggan misalnya keunggulan-keunggulan pelayanan yang diberikan dari rumah sakit.
- c) Untuk mencapai hasil yang diharapkan seperti, pemenuhan sejauh mungkin kebutuhan segmen-segmen pasar yang spesifik, meminimumkan atau membatasi terjadinya perubahan yang mendadak dalam promosi dan menciptakan keyakinan pelanggan atau konsumen terhadap rumah sakit yang dipromosikan akan sesuai kebutuhannya.

Dalam pemasaran rumah sakit brand image juga sangat diperlukan. Brand image rumah sakit adalah segala kesan yang muncul dibenak konsumen yang terkait dengan ingatannya mengenai suatu *brand*. kesan-kesan yang terkait dengan *brand* akan semakin meningkat dengan semakin bertambahnya pengalaman pasien ketika membeli pelayanan di rumah sakit tertentu. Ada 5 fase dalam membangun dan memposisikan *brand image* rumah sakit dipasar dikenal dengan nama *The Five D's Brand Positioning*, yaitu :

- 1) *Discover Phase*
- 2) *Design Phase*
- 3) *Development Phase*
- 4) *Deployment Phase*
- 5) *Display Phase*

5.2.3 Bauran Pemasaran (*Marketing Mix*)

Bauran pemasaran adalah usaha yang pokok yang erat hubungannya dengan pasien yang dituju, jadi rumah sakit yang secara khusus erat dengan perilaku pasien untuk melakukan pemanfaatan pelayanan.

Tabel 5.7 Bauran Pemasaran di Rumah Sakit

No	Kode	Keputusan Pemasaran	Contoh
1	P1	<i>Product/Service</i>	Jenis & Jumlah Pelayanan RS, Data Rekam Medis
2	P2	<i>Place</i>	Lokasi RS di daerah tertentu, penempatan lokasi pelayanan
3	P3	<i>Price</i>	Penentuan tarif, tarif yang kompetitif
4	P4	<i>Promotion</i>	Penyebarluasan keg. Pelayanan RS dan leaflet, kalender
5	P5	<i>Professional</i>	Keberadaan dokter spesialis dan keramahan perawat
6	P6	<i>People</i>	Peran karyawan bagian informasi dan bagian pertamanan
7	P7	<i>Public</i>	Peran pasien yang loyal, dan peran pemilik RS
8	P8	<i>Power</i>	Peran Dep. Kesehatan, dan peran pemilik RS
9	P9	<i>Pressure</i>	Hutang terhadap rekaman dan kewajiban pada lingkungan
10	P19	<i>Performance</i>	Keberhasilan RS pada kasus menonjol dan fasi. pelayanan

5.2.4 Etika Promosi Rumah Sakit

Etika promosi rumah sakit adalah pedoman berpromosi secara etis yang ditetapkan oleh komunitas rumah sakit, dan harus dipatuhi oleh semua warga komunitas rumah sakit.

Berikut bentuk (alat/cara) promosi di dalam rumah sakit (untuk masyarakat pengunjung RS) :

- Brosur/Leaflet, poster, buku saku
- TV Home Video
- Majalah dinding, majalah RS
- CCTV, Audivisual
- Radio lokal rumah sakit
- Spanduk, umbul-umbul
- Pemeriksaan lab gratis (tertentu)
- *Patient gathering*
- Seminar untuk awam/masyarakat
- Ceramah/pertemuan, Pameran
- Kemasan produk (mis. Paket melahirkan ditambah perlengkapan bayi)

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Berikut bentuk (alat/cara) promosi di luar rumah sakit :

- Media cetak : koran, billboard
- Media elektronik : radio, tv
- Media online : website, internet
- Pameran perdagangan
- *Press release*
- Telepon, fax, sms, email, direct email

Materi promosi yang boleh dilakukan yaitu sebagai berikut :

- Wawancara
- Menyampaikan tentang kualitas yang dicapai (akreditasi, ISO, dll)
- Kegiatan sosial
- Program khusus potongan harga
- Sponsor kegiatan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Materi promosi yang tidak boleh dilakukan yaitu sebagai berikut :

- Sesuatu yang belum terbukti kebenaranya (EBM).
- Membandingkan dengan institusi/rumah sakit lain.
- Menyatakan rumah sakit sendiri terbaik, tercanggih, dan ‘ter’ lain-lain.
- Membujuk.
- Mencantumkan prestasi dan reputasi dokter.
- Menjanjikan
- Menyesatkan
- Menggunakan referensi dari organisasi kesehatan/RS/dokter pribadi.
- Testimoni pasien.
- Larangan periklanan yang berlaku umum.
- Mempromosikan rumah sakit lain.
- Iklan rumah sakit di radio/TV/bioskop

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Iklan pada brosur rumah sakit, buku cerita, media cetak khusus iklan
- Promosi *door to door*, di jalan raya, tempat-tempat umum, dan transportasi
- *Talk show* didampingi perusahaan obat.

BAB VI

TITIK RISIKO USAHA

Industri rumah sakit adalah industri yang padat karya, pada teknologi, dan padat modal, oleh karena itu dalam menghadapi era globalisasi dimana kompetisi akan semakin keras, tentunya dunia bisnis perumah sakitan harus berbenah diri, harus mengambil langkah-langkah antisipatif karena yang akan ikut bermain sebagai pendatang baru adalah mereka-mereka yang sudah berstandar internasional “*World Class*”.

Dengan semakin kritis pengguna pelayanan kesehatan dalam hal ini pasien, tentunya mereka menginginkan pelayanan yang lebih baik dengan mutu yang berkualitas. Tentunya hal ini menarik perhatian para pengelola rumah sakit untuk lebih meningkatkan pelayanannya dan membuat pelayanan unggulan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

yang sesuai kebutuhan masyarakat, tentunya dengan memperhatikan risiko-risiko yang mungkin timbul dan antisipasinya.

Setiap rumah sakit sebagai suatu badan usaha tentu ingin mencapai hasil maksimal dan dapat berdaya guna dalam berkompetisi antar rumah sakit untuk pelayanan yang berkualitas, tetapi berusaha menghindar dari segala risiko bisnis perumah sakitan (*hospital risk*), termasuk kerugian, nama buruk, dan tuntutan hukum.

Bisnis rumah sakit memiliki banyak risiko baik secara eksternal maupun internal dan risiko pada masa investasi (pembangunan) sampai pada masa operasional rumah sakit. Berikut ini merupakan risiko-risiko beserta mitigasi yang pada umumnya terdapat di bisnis rumah sakit.

6.1 Risiko Eksternal

6.1.1 Risiko Hukum

Perubahan kebijakan dan peraturan dari pemerintah dapat membuat ketidakpastian dalam hal legalitas, sehingga sering kali dengan adanya perubahan tersebut dapat mengakibatkan kerugian pada rumah sakit. Sebagai contoh dari perubahan kebijakan tersebut seperti asuransi kesehatan atau praktek dokter yang dibatasi tempat prakteknya di rumah sakit.

Tindakan mitigasinya adalah rumah sakit harus mempunyai sistem dan peraturan yang baik dan fleksibel untuk dapat segera menyesuaikan dengan setiap kebijakan atau peraturan yang baru.

6.1.2 Risiko Wabah dan Penyakit

Semakin banyaknya penyakit yang langka dan belum ada obatnya akhir-akhir ini membuat rumah sakit berupaya dan harus siap mencari

solusi terbaik untuk pencegahan dan pengobatan sehingga wabah penyakit harus dapat ditangani.

Tindakan mitigasinya adalah rumah sakit dapat bekerja sama dengan rumah sakit yang lain untuk menghadapi wabah penyakit tersebut atau dengan bekerjasama dengan pihak Pemerintah.

6.1.3 Risiko Kemajuan Ilmu Kedokteran dan Teknologi Peralatan Rumah Sakit

Dengan banyaknya rumah sakit yang berdiri belakangan ini membuat persaingan semakin ketat, jika rumah sakit tidak mau belajar dengan baik dalam segi kualitas dan kuantitas ilmu kedokteran dan teknologinya, maka akan semakin ditinggalkan oleh pasien.

Tindakan mitigasinya adalah perlu adanya pelatihan dan penggunaan teknologi baru bagi para dokter supaya tidak tertinggal dan dapat bersaing dengan rumah sakit lain.

6.1.4 Risiko Kegagalan Bayar Piutang (Perusahaan Asuransi, Pasien, dan Pemerintah)

Kegagalan dalam membayar tagihan atau piutang dari pihak pasien, asuransi, dan Pemerintah merupakan faktor yang mungkin terjadi pada rumah sakit dan dapat mengakibatkan kerugian.

Tindakan mitigasinya adalah dengan membuat suatu perjanjian yang jelas dengan pihak pasien, asuransi, dan Pemerintah.

6.1.5 Risiko Kelangkaan Pasokan Obat dan Alat Kesehatan

Kelangkaan dalam pasokan obat dan alat kesehatan mempengaruhi kinerja rumah sakit.

Tindakan mitigasinya adalah bekerjasama dengan supplier yang profesional dan berkomitmen dalam memenuhi pasokan obat dan alat kesehatan.

6.1.6 Risiko Pasar

Dengan semakin kritisnya masyarakat saat ini, maka persaingan dalam layanan dan kualitas pengobatan rumah sakit sangat tinggi, baik rumah sakit dalam negeri maupun rumah sakit di luar negeri.

Tindakan mitigasinya adalah dengan selalu mempertahankan kualitas layanan, memperbaharui peralatan dan teknologi, serta peningkatan kualitas dokter.

6.1.7 Risiko Kepercayaan Masyarakat Terhadap Pelayanan

Dampak dari mudahnya memperoleh akses informasi baik dari media cetak maupun elektronik, menimbulkan adanya risiko bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Adanya ketidakpuasan dari seorang pasien dapat mengakibatkan ketidakpercayaan masyarakat terhadap rumah sakit tersebut.

Tindakan mitigasinya adalah dengan memberikan pelayanan dan informasi yang terbaik kepada setiap pasien.

6.2 Risiko Internal

Risiko internal adalah risiko yang timbul dari faktor dalam rumah sakit tersebut. Berikut ini adalah potensi risiko internal beserta mitigasinya.

- Terhadap Pasien
- Terhadap Manajemen
- Terhadap Dokter
- Terhadap *Supplier*

Tabel 6.1 Risiko dan Mitigasi Risiko Internal

Risiko	Tindakan Mitigasi
Tuntutan pasien terhadap tindakan medis	Sebelum melakukan semua tindakan medis yang berisiko, maka rumah sakit harus menyediakan <i>form</i> khusus yang akan diisi dan disetujui oleh pasien.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Risiko	Tindakan Mitigasi
Adanya pemogokan dari para dokter	<p>Direktur rumah sakit tidak seperti direktur perusahaan pada umumnya. Direktur rumah sakit harus dapat berkomunikasi dengan para dokter dengan keahlian yang berbeda.</p> <p>Segala tindakan manajemen harus dilakukan pembicaraan terlebih dahulu dengan para dokter.</p>
Kesalahan teknis atau <i>supply</i> oleh <i>vendor</i>	<p>Dalam memilih <i>vendor</i> peralatan dan farmasi, pihak manajemen rumah sakit harus secara seksama melakukan pemilihan <i>vendor</i>, karena yang dipertaruhkan adalah kesehatan dan keselamatan pasien.</p>

6.3 Risiko Masa Investasi

6.3.1 Risiko Masa Pembangunan

Tabel 6.2 Risiko Masa Pembangunan

Risiko	Tindakan Mitigasi
Pemilihan kontraktor yang <i>bonafide</i> & pengalaman	Dilakukan <i>tender</i> dalam memilih kontraktor
Ketersediaan sumber dana	Pinjaman Bank
Fluktuasi harga bahan baku dan material	<i>Cost overrun</i> di tanggung nasabah & diperjanjikan
Cuaca dalam pembangunan	Dikerjakan pada musim kemarau
Pelaksanaan pembangunan	Menunjuk pihak pengawas <i>independent</i>

6.3.2 Risiko Masa *Running Test*

Tabel 6.3 Risiko Masa *Running Test*

Risiko	Tindakan Mitigasi
Belum menghasilkan sempurna	Diberi masa grace periode
Pemenuhan kewajiban bank	Dari sumber usaha yang lain

6.4 Risiko Masa *Operational*

6.4.1 Risiko Supply

Tabel 6.4 *Supply Risk*

Risiko	Tindakan Mitigasi
Jumlah pasien terbatas	Kontrak kerjasama (MoU) dengan beberapa perusahaan maupun instansi
Target pasien :	<ul style="list-style-type: none"> - Umum - Khusus - BPJS Sosial - <i>Profit</i> Komersial
Pola pembayaran :	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cash</i> - <i>Account Payable</i>
	Sesuai dengan kondisi <i>cashflow</i>

6.4.2 Risiko Pelayanan

Tabel 6.5 Risiko Pelayanan

Risiko	Tindakan Mitigasi
Kualitas dan kuantitas tenaga kerja	Seleksi, pelatihan & <i>Quality control</i> , sertifikasi
Unggulan layanan	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga layanan - Fasilitas gedung - Alat kesehatan - Rujukan
<i>Accrued Expense</i>	Sesuai <i>cashflow</i>

6.4.3 Risiko Permintaan (*Demand Risk*)

Tabel 6.6 Risiko Permintaan

Risiko	Tindakan Mitigasi
Harga	Memperhatikan kompetitor
Jumlah pasien	Membuat program marketing untuk meningkatkan jumlah pasien
Persaingan	<i>Unique Value Proposition</i>
Pola pembayaran	Sesuai dengan <i>cashflow</i>

6.4.4 Risiko *Collection*

Tabel 6.7 Risiko *Collection*

Risiko	Tindakan Mitigasi
Kualitas piutang	Membuat perjanjian yang jelas dengan pihak yang terkait baik itu pasien, perusahaan asuransi/BPJS, dan lain-lain
Umur piutang	Disesuaikan dengan ACC
<i>Allowance for bad debt</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Collection</i> intensif dan <i>stop supply</i> - Membutuhkan modal kerja

6.5 Manajemen Risiko

Faktor penting yang harus diperhatikan untuk mengurangi risiko pembiayaan adalah keyakinan bank atas kemampuan dan kesanggupan debitur untuk melunasi kewajibannya sesuai dengan yang diperjanjikan, antara lain dengan melakukan penilaian secara cermat terhadap watak, kemampuan, modal, prospek usaha dan agunan debitur.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dalam pelaksanaan kegiatan usahanya bank menghadapi berbagai risiko yang secara spesifik timbul atas setiap akifitas yang dilakukan. Setidaknya ada tiga hal penting dalam manajemen risiko bank, yakni prosedur yang lengkap dan jelas, kontrol internal, dan faktor sumber daya manusianya.

Manajemen risiko adalah bagaimana cara mengidentifikasi risiko. Untuk menghilangkan atau mengurangi kemungkinan kerugian yang ditimbulkan oleh risiko dapat dilakukan empat cara yaitu :

1. Menghindari risiko

Cara yang paling jelas dan mudah adalah menghindari risiko. Kita dapat menghindari risiko rugi dalam melakukan pembiayaan dengan tidak memberikan kredit bagi usaha rumah sakit yang sedang dalam kondisi tidak baik. Tetapi seringkali menghindari risiko bukan cara yang efektif.

2. Mengontrol risiko

Kita dapat mengontrol risiko dengan cara pencegahan.

3. Menerima risiko

Menerima risiko berarti menerima semua tanggung jawab finansial para risiko tersebut.

4. Mentransfer risiko

Ketika seseorang mentransfer atau mengalihkan risiko kepihak lain, orang tersebut mengalihkan tanggung jawab finansialnya untuk suatu risiko kepada pihak lain dengan membayar jasa tersebut. Cara paling umum dalam mentransfer risiko adalah dengan membeli asuransi.

Tujuan utama dari penerapan manajemen risiko adalah untuk menjaga agar aktivitas yang dilakukan bank tidak menimbulkan kerugian yang melebihi kemampuan bank untuk menyerap kerugian tersebut ataupun membahayakan kelangsungan usaha bank.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dalam penerapannya bank perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi jenis-jenis risiko yang terkait dengan bidang pembiayaan yang memperhatikan kondisi keuangan debitur, dan khususnya kemampuan membayar secara tepat waktu serta jaminan atau agunan yang diberikan. Untuk risiko debitur, penilaian tersebut mencakup analisa terhadap lingkungan debitur, karakteristik mitra usaha, kualitas pemegang saham dan pengurus perusahaan, kondisi laporan keuangan terakhir, hasil proyeksi arus kas, kualitas rencana bisnis dan dokumen lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung analisa yang menyeluruh terhadap kondisi dan kredibilitas debitur.
2. Menetapkan metode pengukuran risiko (*financing/credit risk rating*) yang dipergunakan untuk mengukur, menilai dan

menetapkan klasifikasi risiko atas pembiayaan yang diberikan kepada masing-masing nasabah sehingga mampu mencerminkan kemampuan bank untuk menyerap risiko potensi kegagalan pembayaran (*default*).

3. Penetapan limit untuk suatu eksposur tertentu.
4. Penetapan jangka waktu pembiayaan dengan mempertimbangkan jenis pembiayaan, fleksibilitas imbal hasil, profil likuiditas dan potensi risiko.
5. Pembentukan cadangan kerugian atas pembiayaan yang diberikan sesuai dengan ketentuan Bank Indonesia.
6. Penetapan jenis-jenis usaha yang berisiko tinggi/harus dihindari dalam pemberian pembiayaan.
7. Penepatan sistem pengendalian intern yang terintegrasi dalam sistem dan prosedur

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

pembiayaan serta mampu mendorong operasi yang efektif dan efisien berdasarkan prinsip-prinsip pembiayaan yang sehat.

8. Penetapan sistem informasi manajemen di bidang pembiayaan yang memadai dan audit intern yang profesional dan independen serta berjalannya fungsi pengawasan kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku pada setiap proses penanganan pembiayaan.

Salah satu implementasi prinsip transparansi dalam *corporate governance* adalah penerapan *enterprise-wide risk management* atau manajemen risiko yang luas dan terpadu. Penerapan manajemen risiko oleh perusahaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi risiko-risiko perusahaan, mengukurnya, dan mengatasinya pada tingkat toleransi tertentu.

BAB VII**PELUANG PEMBIAYAAN
INDUSTRI BISNIS RUMAH SAKIT****7.1 Kredit Investasi Rumah Sakit****7.1.1 Pembangunan Rumah Sakit Baru**

Untuk pembangunan rumah sakit baru, walaupun telah ada *Feasibility Study* (studi kelayakan) yang dibuat oleh konsultan independen, namun analis bank harus tetap melakukan analisa ulang dan memperhatikan beberapa hal berikut :

1. Kewajaran dari TPC (*Total Project Cost*)

Untuk menilai kewajaran harga tanah dapat dilihat dari NJOP (Nilai Jual Objek Pajak), surat keterangan dari kepala desa/lurah data harga tanah sekitar dari agen properti dan lain-lain. Bangunan rumah sakit memiliki spesifikasi yang khusus, karena beberapa

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

pipa harus dipasang dalam tembok bangunan. Untuk menilai kewajaran dari biaya bangunan per-meter, harus dibandingkan dengan biaya bangunan rumah sakit yang sekelas. Peralatan-peralatan rumah sakit yang memiliki harga yang relatif mahal. Oleh karena itu harus dilihat kewajaran harganya dengan menanyakan kepada *dealer* atau distributor yang ada, atau dengan *browsing* di internet. Penilaian kewajaran dari TPC ini sangat penting untuk menghindari terjadinya penggelembungan harga (*mark-up*) dan hal ini akan berpengaruh terhadap besarnya kredit investasi yang akan diberikan.

2. Proyeksi Pendapatan Rumah Sakit

Proyeksi pendapatan harus dinilai kewajaranyanya, apakah tidak terlalu optimis dan berdasarkan asumsi-asumsi yang wajar. Demikian juga untuk proyeksi biaya-biaya

yang dibuat agar dilakukan penilaian ulang untuk melihat kewajarannya.

3. Besarnya Kredit Investasi

Besarnya kredit investasi yang dapat diberikan adalah sebesar 65% (atau tergantung dari kebijakan-kebijakan masing-masing bank) dari *Total Project Cost*. Sedangkan sisanya sebesar 35% merupakan unsur sharing dana sendiri (SDS) dari debitur. Sehingga rumus untuk besarnya kredit investasi adalah sebagai berikut :

$$KI = 65\% \times TPC$$

Dalam perhitungan *Total Project Cost* tersebut termasuk nilai tanah. Namun demikian secara umum biasanya bank tidak akan membiayai (memberikan kredit) untuk pembelian tanah. Oleh karena itu dalam pemberian kredit investasi, nilai tanah dihitung dalam perhitungan *Total Project*

Cost sebagai unsur sharing dana sendiri (SDS) dari debitur.

4. *Interest During Construction* (IDC)

Dalam pemberian KI untuk pembangunan rumah sakit baru, karena proyek belum berjalan dan belum menghasilkan, maka debitur memerlukan fasilitas IDC (*interest during construction*) yaitu kredit yang diberikan untuk membayar bunga KI selama masa pembangunan rumah sakit. Perhitungan IDC dapat dilakukan dengan memperhitungkan waktu penarikan kredit investasinya. Hal yang perlu diperhatikan dalam perhitungan fasilitas IDC adalah bahwa bank tidak memberikan IDC untuk seluruh bunga KI, tetapi tetap harus ada sharing dana sendiri dari debitur dalam pembayaran bunga KI tersebut.

5. Analisa Kelayakan Investasi

Untuk menghitung kelayakan investasi dalam pembangunan rumah sakit, digunakan metode Kriteria Investasi yaitu dengan menghitung *Net Present Value* (NPV), *Interest Rate of Return* (IRR), dan *Benefit Cost Ratio* (B/C Ratio). Pembiayaan investasi rumah sakit dianggap layak apabila :

- NPV Positif

$$NPV = \sum_{t=0}^{t=N} \frac{CF_t}{(1+r)^t}$$

- IRR lebih besar dari suku bunga kredit

R Sedemikian sehingga

$$\sum_{t=0}^{t=N} \frac{CF_t}{(1+r)^t} = 0$$

- B/C Ratio lebih besar dari satu

$$B/C \text{ Ratio} = \frac{\sum_{t=0}^{t=N} \frac{CF_t}{(1+r)^t}}{\text{Investasi Awal}}$$

Untuk melengkapi analisa kriteria investasi tersebut sebaiknya dilanjutkan dengan melakukan *sensitivity analysis*, yaitu untuk melihat sensitivitas dari proyek tersebut apabila proyeksi pendapatan mengalami penurunan dalam prosentase tertentu atau proyeksi biaya mengalami kenaikan dalam prosentase tertentu.

6. Syarat Penarikan Kredit

Penarikan kredit untuk mendirikan bangunan dan prasarana rumah sakit disyaratkan secara bertahap sesuai kemajuan proyek (*progress report*). Sedangkan untuk pembelian peralatan RS, pencairan kredit dilakukan melalui transfer langsung kepada distributor/penjual peralatan RS, setelah debitur memberikan sharing dana sendiri. Hal ini untuk menghindari penyalagunaan kredit ataupun adanya *mark up* harga peralatan.

Dalam membangun rumah sakit baru diperlukan investasi uang yang tidak sedikit, karena biaya peralatan medis dan *non* medis sangatlah mahal.

7.1.2 Pengembangan Rumah Sakit

Dengan melihat prospek dan potensi yang ada, sebuah rumah sakit yang telah berdiri dapat dilakukan pengembangan, baik berupa penambahan kamar rawat inap, penambahan ruang dokter, apotik, ruang bedah, ruang ICU, ruang UGD, penambahan peralatan rumah sakit, penambahan fasilitas parkir, dan lain-lain. Dengan demikian, masih ada peluang perbankan untuk membiayai pengembangan sebuah rumah sakit. Untuk dapat melakukan analisa kelayakan dari pemberian kredit investasi yang akan digunakan untuk pengembangan sebuah rumah sakit, maka harus dibedakan apakah pengembangan rumah sakit tersebut akan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

berdampak pada penambahan penghasilan rumah sakit yang dapat diukur secara jelas atau tidak. Hal tersebut akan membedakan metode analisa yang digunakan. Secara detail perbedaan analisa tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pengembangan rumah sakit yang memberikan tambahan penghasilan yang terukur.

Pengembangan rumah sakit yang berupa penambahan kamar rawat inap, merupakan salah satu contoh pengembangan rumah sakit yang memberikan tambahan penghasilan yang terukur. Untuk menghitung kelayakan dari pengembangan rumah sakit dimana tambahan penghasilannya dapat terukur, dapat digunakan analisa kriteria investasi dengan metode incremental atau tambahan penghasilan. Secara garis besar analisa yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Gunakan laporan laba rugi sebelum pengembangan rumah sakit sebagai tahun dasar.
- b. Buat proyeksi laba rugi rumah sakit setelah dilakukan pengembangan rumah sakit.
- c. Hitung *incremental* dengan cara mengurangkan laba setelah pengembangan rumah sakit dengan laba pada tahun dasar (sebelum ada pengembangan rumah sakit).
- d. Dari hasil *incremental*, hitung NPV, B/C ratio, dan IRR dengan TPC (*total project cost*) adalah total rencana biaya pengembangan rumah sakit.
- e. Dari perhitungan tersebut akan diketahui kelayakan dari pengembangan rumah sakit. Apabila hasil NPV positif, maka rencana pengembangan rumah sakit tersebut layak untuk dibiayai.

2. Pengembangan rumah sakit yang penghasilan tambahan tidak terukur

Suatu rumah sakit yang telah berkembang, mungkin masih memerlukan pengembangan dalam beberapa hal khususnya yang berkaitan dengan fasilitas, seperti penambahan lahan parkir, pengembangan ruang dokter jaga, tambahan investasi mesin *rontgen* dan lain-lain. Pengembangan rumah sakit tersebut akan memberikan nilai tambah bagi rumah sakit tersebut, namun tidak secara jelas dapat diukur tambahan penghasilannya.

Dalam hal tersebut, untuk menghitung kelayakan pemberian kreditnya dapat digunakan metode RPC (*Repayment Capacity*). Pada prinsipnya metode RPC memberikan perhitungan berapa kredit yang dapat ditanggung dengan laba yang diperoleh saat ini. Rumus perhitungan RPC adalah sebagai berikut :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

$$\text{Jumlah Kredit} = \text{RPC} \times \left(\frac{1 - \frac{1}{(1+R)^n}}{R} \right)$$

RPC : Maksimal 75% (besarnya tergantung kebijakan bank masing-masing) x (laba bersih dari usaha rumah sakit + Biaya Penyusutan - Biaya Pribadi/*Prive/Deviden*)

R : Suku bunga per-bulan

n : Jangka waktu kredit dalam bulan

7.2 Bank Garansi

Mengingat bahwa dalam membangun sebuah rumah sakit diperlukan suatu keahlian yang khusus, maka biasanya pemilik rumah sakit akan menunjuk kontraktor khusus yang ahli dalam membangun rumah sakit. Oleh karena itu ada peluang bagi perbankan untuk membiayai kontraktor yang dipercaya akan membangun rumah sakit tersebut. Salah satu jasa perbankan yang diperlukan oleh kontraktor adalah fasilitas bank garansi. Bank garansi adalah jaminan yang dikeluarkan oleh bank yang ditujukan pada pihak ke-3 (Pemilik rumah sakit/*Owner*) bahwa apabila kontraktor rumah sakit wanprestasi, maka bank akan membayar sejumlah uang yang diperjanjikan kepada pihak ke-3 dimaksud tanpa syarat.

Dalam pemberian bank garansi, maka bank akan memperoleh pendapatan berupa provisi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

dari penerbitan bank garansi yang besarnya tergantung dari ketentuan masing-masing bank.

Jenis-jenis bank garansi yang diperlukan oleh kontraktor adalah sebagai berikut :

1. Bid Bond/Tender Bond

Bid bond/tender bond adalah bank garansi yang digunakan/dipersyaratkan untuk mengikuti tender berkaitan dengan pembangunan rumah sakit, biasanya calon pemilik rumah sakit (pemilik proyek/owner) akan menawarkan kepada beberapa kontraktor sebelum memutuskan salah satu kontraktor yang dipercaya untuk membangun rumah sakitnya atau dengan kata lain melalui proses lelang/tender. Untuk dapat mengikuti lelang tersebut, kontraktor dipersyaratkan untuk menyerahkan surat garansi dari bank yang disebut sebagai *bid bond/tender bond*.

Nilai dari *tender bond* tersebut berkisar antara 1% sampai dengan 3% dari nilai penawaran.

2. *Advance Payment Bond*

Apabila tender telah dimenangkan, maka biasanya dibuat suatu Surat Perintah/Perjanjian Kerja (SPK). Dalam SPK tersebut dibuat perjanjian hak dan kewajiban dari masing-masing pihak yaitu pemilik rumah sakit dan kontraktor yang akan membangun rumah sakit. Apabila dalam perjanjian tersebut disepakati adanya pemberian uang muka dari pemilik rumah sakit untuk kontraktor sebelum melakukan pembangunan, maka dalam pemberian uang muka tersebut biasanya dipersyaratkan adanya garansi dari bank yang disebut *advance payment bond*.

Besarnya *Advance Payment Bond* biasanya berkisar antara 10% sampai dengan 20% dari nilai proyek.

3. Performance Bond

Performance Bond bertujuan untuk menjamin pelaksanaan proyek pembangunan rumah sakit tersebut. Nilai dari *performance bond* biasanya sekitar 5% dari nilai proyek.

4. Maintenance Bond

Setelah proyek selesai dikerjakan, pemilik proyek masih akan meminta jaminan dari kontraktor berupa jaminan pemeliharaan selama waktu tertentu yang disepakati. Oleh karena itu kontraktor masih memerlukan fasilitas bank berupa *maintenance bond* yang nilainya lebih kurang dari nilai proyek.

BAB VIII**ANALISIS PEMBIAYAAN****8.1 Kredit**

Kredit merupakan suatu fasilitas keuangan yang memungkinkan seseorang atau badan usaha untuk meminjam uang untuk membeli produk dan membayarnya kembali dalam jangka waktu yang telah ditentukan. UU No.10 tahun 1998 menyebutkan bahwa kredit adalah penyediaan uang atau tagihan yang dapat dipersamakan dengan itu, berdasarkan persetujuan atau kesepakatan pinjam meminjam antara bank dengan pihak lain yang mewajibkan pihak peminjam untuk melunasi hutangnya setelah jangka waktu tertentu dengan pemberian bunga. Jika seseorang atau badan usaha menggunakan jasa kredit, maka akan dikenakan bunga tagihan.

Sumber utama pembayaran kembali pembiayaan adalah dari hasil usaha debitur yang dibiayai bank (untuk pembiayaan produktif) atau penghasilan debitur (untuk pembiayaan konsumtif) sementara agunan diperlakukan sebagai sumber pembayaran cadangan.

8.1.1 Syarat Kredit (Pembiayaan)

Ketika mengalami hambatan permodalan untuk dapat menjalankan peluang usaha (pengembangan rumah sakit) yang diinginkan maka rumah sakit mengajukan pinjaman ke bank, namun mungkin rumah sakit belum dapat memenuhi persyaratan bank. Seperti diketahui, bank sangat ketat dalam memberikan kredit kepada nasabahnya. Bank biasanya menganalisis kelayakan usaha dengan menggunakan metode 5C (*Character, Capacity, Capital, Collateral, Condition of Economy*).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Ketika bank memberikan pinjaman uang kepada nasabah, bank tentu saja mengharapkan uangnya kembali. Karenanya, untuk memperkecil risiko, dalam memberi kredit bank harus mempertimbangkan beberapa hal yang terkait dengan itikad baik (*willingness to pay*) dan kemampuan membayar (*ability pay*) nasabah untuk melunasi kembali pinjaman beserta bunganya. 5C merupakan kriteria standar yang digunakan *kreditor* (lembaga keuangan atau non keuangan) untuk menganalisis kemampuan pihak yang akan melakukan pembelian secara kredit. Berikut kriteria standar 5C dalam pembiayaan kredit.

Tabel 8.1 Kriteria Standar 5 C

Kriteria	Keterangan
<i>Character</i>	Watak, sifat, kebiasaan debitur (pihak yang berutang) sangat berpengaruh pada pemberian kredit. Kreditur (pihak pemberi utang) dapat meneliti apakah calon debitur masuk kedalam Daftar Orang Tercela (DOT) atau tidak termasuk dalam daftar hitam dunia bisnis. Untuk itu kreditur dapat meneliti biodata dan informasi dari lingkungan usahanya.
<i>Capacity</i>	<i>Capacity</i> berhubungan dengan kemampuan seorang debitur untuk mengembalikan pinjaman dalam mewujudkan rencana menjadi kenyataan, melalui potensi yang dimiliki dan kemampuan menghasilkan keuntungan dari usahanya. Untuk mengukurnya, kreditur dapat meneliti kemampuan debitur dalam bidang manajemen, keuangan, pemasaran, dll.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Kriteria	Keterangan
<i>Collateral</i>	Jaminan utama adalah obyek yang dibiayai dengan kredit. Walaupun jaminan tambahan tidak diwajibkan namun apabila debitur bersedia menyerahkan jaminan tambahan dapat diterima oleh oleh kreditur. Hal tersebut menjadi salah satu penilaian atas kesungguhan debitur dalam menjalankan usahanya. Jaminan dibutuhkan untuk berjaga-jaga seandainya debitur tidak dapat mengembalikan pinjamannya. Biasanya nilai jaminan lebih tinggi dari jumlah pinjaman.
<i>Condition of Economy</i>	Keadaan perekonomian di sekitar tempat tinggal dan usaha calon debitur juga harus diperhatikan untuk memperhitungkan kondisi perekonomian serta kecenderungan pengaruhnya terhadap usaha debitur yang akan terjadi di masa datang. Kondisi ekonomi yang perlu diperhatikan antara lain : masalah daya beli masyarakat, luas pasar, persaingan, perkembangan teknologi, bahan baku, pasar modal, dan sebagainya. Disamping itu, usaha debitur merupakan sektor usaha yang minimal masih dapat berkembang ditinjau dari adanya potensi pasar dan tidak bertentangan dengan peraturan dan perundang-undangan.

8.1.2 Pembiayaan yang perlu dihindari

Dalam pelaksanaan pemberian pembiayaan, bank perlu mewaspadai permohonan pembiayaan yang harus dihindari, antara lain meliputi :

1. Usaha yang berdasarkan pengamatan bank dimana sektor usahanya telah jenuh.
2. Calon debitur tidak dapat atau tidak bersedia (berusaha menyembunyikan) menyampaikan informasi/data yang dibutuhkan oleh bank sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pembiayaan untuk tujuan spekulasi. Termasuk dalam jenis pembiayaan ini antara lain : pembiayaan untuk pembelian tanah yang tidak produktif atau kalaupun tanah yang dibiayai tersebut produktif, namun sumber pelunasan kewajiban-kewajiban kepada bank diragukan.

4. Pembiayaan yang diajukan tanpa didukung dengan informasi keuangan dan informasi lainnya yang memadai.
5. Pembiayaan kepada debitur bermasalah atau macet kepada bank lain atau kreditur lain.
6. Pembiayaan kepada eks debitur bermasalah yang pelunasan pembiayaannya secara tidak normal, misalnya pelunasan dilaksanakan dengan cara menghapuskan/membebaskan sebagian atau seluruh hutangnya.
7. Pembiayaan untuk perusahaan yang pengurusnya tercatat dalam daftar hitam, daftar kredit macet dan daftar cekal (cegah dan tangkal).
8. Pembiayaan untuk perorangan dengan kekebalan diplomatik.
9. Pembiayaan jangka panjang yang pelunasannya tidak bertahap (pelunasan sekaligus dibelakang).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

10. Pembiayaan kepada usaha yang mempunyai prospek kurang meyakinkan atau menurut hasil evaluasi berisiko tinggi, yang pada waktunya dapat menjadi pembiayaan bermasalah.
11. Pembiayaan yang sumber pelunasannya tidak jelas.
12. Bank harus menghindari pembiayaan untuk bidang usaha yang tidak/belum memenuhi ketentuan Enviroment/AMDAL (Analisa mengenai Dampak Lingkungan) sehingga membahayakan lingkungan.
13. Bank harus menghindari pembiayaan untuk suatu usaha yang bank tidak memiliki kemampuan untuk mengawasinya (*span of control risk*) misalnya lokasi usaha/tempat tinggal debitur jauh dari daerah lokasi bank.
14. Pembiayaan untuk bidang usaha yang mempunyai ketergantungan yang sangat tinggi pada kondisi alam.

15. Pembiayaan untuk proyek dan usaha yang dapat membahayakan lingkungan.
16. Pembiayaan untuk bidang usaha yang pengembangan industrinya tidak ditunjang oleh peraturan pemerintah.
17. Pembiayaan untuk bidang usaha yang harga produk/komoditasnya sangat fluktuatif.
18. Pembiayaan untuk bidang usaha yang tingkat kompetensinya sangat tinggi, terdapat kondisi *over supply* yang belum diimbangi kemapanan dan keandalan produk tersebut dipasaran ekspor.

Dalam pemberian pembiayaan, bank tidak diperkenankan mengorbankan kualitas pembiayaan yang semata-mata hanya karena mengejar target, margin keuntungan yang tinggi, *prestise* (gengsi), maupun alasan lainnya.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Data yang diserahkan oleh nasabah untuk kebutuhan analisa pembiayaan, terlebih dahulu harus diyakini kebenaran dan kewajarannya, antara lain dengan melakukan cross check antara laporan keuangan, laporan kegiatan usaha nasabah, aktivitas rekening nasabah di bank, *business/trade checking*, informasi antar bank dan sebagainya.

Keputusan pemberian pembiayaan didasarkan atas evaluasi tertulis dari data dan informasi yang menggambarkan penilaian kondisi dan potensi “*5C's of Financing*” dari calon debitur. Salah satu saja persyaratan tidak terpenuhi, biasanya bank akan menolak permohonan kredit yang diajukan. Problem klasik dalam mendapatkan pendanaan dari bank adalah tidak memiliki collateral (jaminan) yang memadai. Bank juga mensyaratkan rumah sakit minimal sudah berjalan selama periode tertentu.

8.1.3 Agunan/Jaminan (*Collateral*)

Setiap pembiayaan yang diberikan harus didasari atas keyakinan bahwa nasabah mampu untuk mengembalikan kewajiban sesuai dengan yang diperjanjikan. Untuk mendukung keyakinan tersebut ditetapkan ketentuan bahwa setiap pembiayaan yang diberikan kepada nasabah wajib didukung adanya jaminan.

Jaminan/agunan merupakan salah satu aspek penting dalam proses analisa/evaluasi pemberian pembiayaan yang bertujuan untuk mengkompensir risiko bank dalam hal nasabah tidak melunasi kewajibannya sesuai dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam akad/perjanjian.

Penilaian terhadap jaminan pembiayaan meliputi kuantitas (ukuran dalam satuan nilai uang) maupun kualitas (status hukum, jaminan, letak, *marketability*, dan sebagainya).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Sebelum fasilitas pembiayaan dicairkan, pejabat pembiayaan terkait harus terlebih dahulu meneliti dan meyakini agunan yang diserahkan nasabah. Cakupan hal-hal yang perlu diyakini adalah :

1. Kebenaran lokasi dan jenis agunan
2. Legalitas kepemilikan dan dokumen-dokumen agunan.
3. Tidak adanya sengketa/gugatan dari pihak lain.
4. Kewajaran nilai agunan.

Untuk menghindari kemungkinan kerugian atas agunan yang diserahkan, agunan harus diasuransikan kepada perusahaan asuransi dengan mencantumkan ketentuan “*banker’s clause*” dan untuk nilai yang cukup besar agar dilakukan *reasury*. Jenis jaminan/agunan dibedakan atas sifatnya yaitu :

- a. Kebendaan, yang terdiri atas :
- Benda tidak bergerak, misal : tanah, bangunan, pesawat terbang, kapal laut, dll.
 - Benda bergerak, misal : kendaraan bermotor, peralatan kantor, mesin-mesin, tagihan, perhiasan, deposito (*cash collateral*).
- b. Non Kebendaan antara lain :
- *Personal guarantee/Borgtocht*
 - *Corporate Guarantee*

8.1.4 Jenis Dokumen Pembiayaan

Jenis dokumen pembiayaan dikelompokan menjadi 4 (empat) kelompok *essential*, yaitu :

1. Dokumen debitur, meliputi legalitas usaha, identitas pengurus, dokumen lainnya yang berkaitan dengan usaha debitur.

2. Dokumen pembiayaan, meliputi surat permohonan, bukti pelaksanaan investigasi, nota analisa, surat permohonan persetujuan pembiayaan, akad pembiayaan, dan dokumen lainnya yang berkaitan dengan pemberian pembiayaan debitur.
3. Dokumen agunan, meliputi bukti kepemilikan dan pengikatan agunan.
4. Dokumen asuransi, meliputi surat penutupan dan polis asuransi agunan.

8.2 Analisis Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit

Laporan keuangan merupakan sarana pertanggungjawaban manajemen entitas rumah sakit atas pengelolaan sumber daya yang dipercayakan kepada mereka. Komponen laporan keuangan yang lengkap bagi entitas rumah sakit yang memiliki ekuitas pemilik yang terdiri dari :

1. Neraca : Laporan posisi keuangan (menggambarkan posisi aktiva, kewajiban dan ekuitas).
2. Laporan Laba-Rugi : Mengevaluasi kinerja manajemen entitas rumah sakit
3. Laporan Perubahan Ekuitas
4. Laporan Arus Kas : Menjelaskan bagaimana arus kas masuk dan keluar melalui aktivitas operasional, investasi, dan pемbiayaan. Disusun dengan prinsip cash basis.
5. Catatan atas Laporan Keuangan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Tujuan laporan keuangan adalah untuk memberikan informasi yang tepat dan bermanfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan dalam pengambilan keputusan ekonomi yang rasional, seperti : *investor*, kreditur, otoritas pengawasan, pemerintah, dan masyarakat.

Informasi yang disajikan dalam laporan keuangan adalah :

1. Jumlah dan sifat aktiva, pasiva, dan ekuitas entitas rumah sakit.
2. Pengaruh transaksi, peristiwa, dan situasi lainnya yang mengubah nilai dan sifat ekuitas atau aktiva bersih.
3. Jenis dan jumlah arus kas masuk dan arus kas keluar sumber daya dalam kurun waktu tertentu (satu periode) dan hubungan antara keduanya.
4. Cara entitas rumah sakit mendapatkan dan membelanjakan kas, memperoleh pinjaman

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

dan melunasi pinjaman, dan faktor lainnya yang berpengaruh pada likuiditasnya.

5. Usaha jasa pelayanan kesehatan entitas rumah sakit.

Pertanyaan mendasar Keuangan RS, yaitu :

- Berapa banyak dana yang dimiliki RS?
- Bagaimana RS mendapatkan dana?
 - Jasa Medis
 - Jasa *Non* Medis
 - Donasi
 - Melalui Investasi
- Prosentase dana dari masing-masing sumber?
- Untuk apa dana digunakan?
- Berapa banyak kas dihasilkan setelah mengeluarkan beban operasional?
- Bagaimana strategi investasi RS?
- Bagaimana nilai “charity” yang diberikan kepada masyarakat?
- Faktor internal dan eksternal yang berpengaruh terhadap keuangan RS?

Sekilas Indikator

Penilaian Kinerja Rumah Sakit

Tabel 8.2 Penilaian Kinerja Rumah Sakit

Aspek	Finansial	Non Finansial
Pasien	Biaya dan Transparan	Memuaskan dalam estetika, sikap dan prilaku petugas kesehatan, serta tata cara pelayanan
Pegawai	Gaji dan Upah yang memuaskan	Pembinaan, lingkungan kerja, dan prosedur (SOP)
Pengelola	Laporan Laba Rugi (<i>Profit</i> dan <i>Loss</i>), analisis rasio laporan keuangan, rasio likuiditas, rasio aktivitas, rasio profitabilitas, dan rasio struktur modal	Utilisasi : BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>), Angka cakupan layanan di unit-unit. Kualitas : Angka Kejadian Infeksi, Net <i>Death Rate</i> , Gross <i>Death Rate</i> , Komplain Pasien, Pegawai, <i>Vehicle</i>
<i>Investor</i>	<i>Return on Investment</i>	Risiko dan Citra Rumah Sakit

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT XXX

NERACA

PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016 (DALAM Rp.000.000)

Aktiva Lancar	2017	2016	Kewajiban Lancar	2017	2016
Kas	1.270	773	Wesel Bayar	500	400
Surat Berharga	407	100	Hutang Dagang	408	873
Piutang Dagang	2.958	2.700	Beban yang Belum Dibayar	449	650
Biaya Dibayar Dimuka	170	354	Hutang Pajak	500	999
Persediaan	4.565	5.776	Total Hutang Lancar	1.857	2.922
Total Aktiva Lancar	9.370	9.703			
Properti dan Peralatan			Hutang Jangka Panjang		
Tanah	482	549	Obligasi 15 tahun	1.150	1.050
Bangunan	418	418	Obligasi 10 tahun	1.000	900
Peralatan	1.157	1.267			
	2.057	2.234	Total Hutang Jangka Panjang	2.150	1.950
Akumulasi Penyusutan	903	985	Modal Saham (nilai pari Rp.1000 diotorisasi 2,5 juta lembar. 1.013.000 lembar tahun 2016, 1.033.000 lembar tahun 2017)	1.013	1.033
Total Aktiva Tetap	1.154	1.249			
Total Aktiva	10.524	10.952	Modal Disetor	1.565	1.967
			Laba Ditahan	3.939	3.080
			Total Pemegang Saham	6.517	6.080
			Total Kewajiban dan Modal	10.524	10.952

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT XXX

LAPORAN LABA RUGI

PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016 (DALAM Rp.000.000)

	2017	2016
Pendapatan Perawatan	21.108	15.033
Beban Perawatan	13.546	9.692
Laba Kotor	7.562	5.341
Beban Operasional	4.958	3.754
Laba Operasional	2.604	1.587
Beban Bunga	278	53
Pendapatan Sebelum Pajak	2.326	1.534
Pajak	698	460
Laba Bersih	1.628	1.074
EPS	1.576	1.060
Laba Ditahan Awal Tahun	3.080	2.306
Total Laba Ditahan	4.708	3.380
Dividen Dibayarkan	769	300
Laba Ditahan Akhir Tahun	3.939	3.080

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT XXX
LAPORAN ARUS KAS
PER 31 DESEMBER 2017 (DALAM Rp.000.000)

Arus Kas dari Kegiatan Operasional	
Laba Bersih	1.628
Ditambah :	
Penyusutan	82
Penurunan Biaya Dibayar Dimuka	184
Penurunan Persediaan	1.211
Peningkatan Wesel Dibayar	100
Dikurangi	
Peningkatan Piutang Dagang	(258)
Pengurangan Hutang Dagang	(465)
Pengurangan Biaya yang Belum Dibayar	(201)
Pengurangan Pajak yang Belum Dibayar	(499)
Total Kas dari Kegiatan Operasional	1.782
Arus Kas dari Kegiatan Investasi	
Pembelian Surat Berharga	(307)
Penambahan Peralatan	(54)
Penjualan tanah	67
Arus Kas dari Kegiatan Investasi	(294)
Arus Kas dari Kegiatan Pendanaan	
Penjualan Obligasi	200
Pengurangan Saham Biasa	(20)
Pengurangan Modal Disetor	(402)
Pembayaran Dividen	(769)
Arus Kas dari Kegiatan Pendanaan	(991)
Kenaikan/Penurunan Kas	497
Saldo Kas Awal	773
Saldo Kas Akhir	1.270

8.2.1 Rasio Keuangan

Aspek keuangan yang dipergunakan untuk penilaian kinerja keuangan rumah sakit meliputi 7 (tujuh) indikator dengan total skor 100 dan merupakan bagian yang melengkapi laporan keuangan dengan rincian sebagai berikut :

(Keputusan Menteri Kesehatan No.1981/Menkes/SK/XII/2010) tentang Pedoman Akutansi Rumah Sakit

No	Indikator	Nilai Bobot
1	Imbalan Investasi (<i>Return on Investment</i>)	15
2	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	15
3	Rasio lancar (<i>Current Ratio</i>)	15
4	<i>Collection Period</i> (CP)	15
5	Perputaran Persediaan (PP)	10
6	Perputaran Total Asset (TATO)	10
7	Rasio Aktiva Bersih Terhadap Total Aktiva	20
Total		100

Persamaan yang digunakan untuk menghitung indikator, yaitu :

1. Imbalan Investasi (*Return on Investment*)

Rumus :

$$\text{ROI} = \frac{\text{EBIT} + \text{Penyusutan}}{\text{Capital Employed}} \times 100\%$$

Definisi :

- EBIT adalah kenaikan aktiva bersih sebelum bunga dan pajak dikurangi laba dari hasil penjualan dari aktiva tetap, aktiva lain-lain, aktiva *non* produktif.
- Penyusutan adalah depresiasi dan amortisasi.
- *Capital employed* adalah posisi pada akhir tahun buku. Total Aktiva dikurangi aktiva tetap dalam penyelesaian (pelaksanaan).

Contoh Soal ROI RS XXX Tahun 2017

$$\text{ROI} = \frac{2.604 + 82}{10.524 - 1.154} \times 100\% = 28,7\%$$

ROI 28,7 maka bobot ROI = 15,0

Daftar skor penilaian ROI :

ROI	BOBOT
18 < ROI	15,0
15 < ROI ≤ 18	13,5
13 < ROI ≤ 15	12,0
12 < ROI ≤ 13	10,5
10,5 < ROI ≤ 12	9,0
9 < ROI ≤ 10,5	7,5
7 < ROI ≤ 9	6,0
5 < ROI ≤ 7	5,0
3 < ROI ≤ 5	4,0
1 < ROI ≤ 3	3,0
0 < ROI ≤ 1	2,0
ROI ≤ 0	1,0

2. Rasio Kas (*Cash Ratio*)

Rumus :

$$\text{Cash Ratio} = \frac{\text{Kas} + \text{Bank} + \text{Surat Berharga Jangka Pendek}}{\text{Current Liabilities}} \times 100\%$$

Definisi :

- Kas, Bank dan Surat Berharga Jangka Pendek (Investasi Lancar) adalah posisi masing-masing pada akhir tahun.
- *Current Liabilities* adalah posisi seluruh kewajiban lancar pada akhir tahun buku.

Daftar skor penilaian *Cash Ratio* :

<i>Cash Ratio = X%</i>	BOBOT
X > 35	15,0
25 ≤ X ≤ 35	12,0
15 ≤ X ≤ 25	9,0
10 ≤ X ≤ 15	6,0
5 ≤ X ≤ 10	3,0
0 ≤ X ≤ 5	0

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh perhitungan *Cash Ratio* RS.XXX tahun 2016 :

$$\text{Cash Ratio} = \frac{1.270 + 407}{1.857} \times 100\% = 90,3\%$$

Rasio kas RS.XXX tahun 2016 = 90,3%, maka bobot *cash ratio*-nya adalah 15,0.

3. Rasio Lancar (*Current Ratio*)

Rumus :

$$\text{Current ratio} = \frac{\text{Current Assets}}{\text{Current Liabilities}} \times 100\%$$

Definisi :

- *Current Assets* adalah posisi Total Aktiva Lancar pada akhir tahun buku.
- *Current Liabilities* adalah posisi Total Kewajiban Lancar pada akhir tahun buku.

Contoh perhitungan *current ratio* RS.XXX tahun 2016 :

$$\text{Current Ratio} = \frac{9.307}{1.857} \times 100\% = 504,6\%$$

Rasio kas RS.XXX tahun 2016 = 504,6% (lebih dari 125%) berarti bobotnya = 15.

Daftar skor penilaian *Current Ratio* :

<i>Current Ratio = X%</i>	BOBOT
$125 \geq X$	15,0
$110 \leq X \leq 125$	12,0
$100 \leq X \leq 110$	9,0
$95 \leq X \leq 100$	6,0
$90 \leq X \leq 95$	3,0
$X \leq 90$	0

4. *Collection Period (CP)*

Rumus :

$$\text{Collection Period} = \frac{\text{Total Piutang Usaha}}{\text{Total Pendapatan Usaha}} \times 365 \text{ hari}$$

Definisi :

- Total Piutang Usaha adalah posisi piutang usaha (Piutang Pelayanan) setelah dikurangi cadangan penyisihan piutang (penyisihan kerugian piutang) pada akhir tahun buku.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Total Pendapatan Usaha adalah jumlah pendapatan usaha selama tahun buku yang meliputi seluruh pendapatan operasional sebelum dikurangi dengan pengurang pendapatan operasional.

Collection Period :

$$\text{Tahun 2006} = \frac{2.958}{21.108} \times 365 \text{ hari} = 51,2 \text{ hari}$$

$$\text{Tahun 2005} = \frac{2.700}{15.033} \times 365 \text{ hari} = 65,5 \text{ hari}$$

Perbaikan collection period : $65,5 - 51,2 = 14,3$ hari
Skor yang dipilih yang lebih besar yaitu 51,2 hari, bobotnya 15,0.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Daftar Skor Penilaian *Collection Period* :

CP = x (hari)	Perbaikan = X (hari)	BOBOT
$X \leq 60$	$X \leq 35$	15,0
$60 < X \leq 90$	$30 < X \leq 35$	13,5
$90 < X \leq 120$	$25 < X \leq 30$	12,0
$120 < X \leq 150$	$30 < X \leq 25$	10,5
$150 < X \leq 180$	$25 < X \leq 20$	9,0
$180 < X \leq 210$	$20 < X \leq 15$	7,2
$210 < X \leq 240$	$15 < X \leq 10$	5,4
$240 < X \leq 270$	$6 < X \leq 6$	3,6
$270 < X \leq 300$	$3 < X \leq 3$	1,6
$300 < X$	$0 < X \leq 1$	0

Skor yang digunakan dipilih yang terbaik dari kedua skor menurut tabel diatas.

Contoh perhitungan :

Rumah Sakit “A” pada tahun 2017 memiliki collection 120 hari dan pada tahun 2016 sebesar 127 hari. Sesuai dengan tabel diatas, maka skor tahun 2017 menurut :

Tingkat *Collection Period* : 12,0

Perbaikan *Collection Period* : 5,4

Dalam hal ini dipilih skor yang lebih besar yaitu 12,0

5. Perputaran Persediaan (PP)

Rumus :

$$\text{Perputaran Persediaan} = \frac{\text{Total Persediaan}}{\text{Total Pendapatan Usaha}} \times 365 \text{ hari}$$

Definisi :

- Total persediaan adalah seluruh persediaan yang tersedia untuk dijual, dan digunakan dalam proses produksi pada akhir tahun buku yang telah terdiri dari persediaan bahan baku, persediaan bahan jadi, persediaan peralatan dan suku cadang, dan persediaan pendukung kegiatan lainnya.
- Total Pendapatan Usaha adalah jumlah pendapatan usaha selama tahun buku yang bersangkutan meliputi seluruh pendapatan operasional sebelum dikurangi dengan pengurang pendapatan operasional.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh Perhitungan Perputaran RS XXX :

$$\text{Tahun 2017} = \frac{4.565}{21.108} \times 365 \text{ hari} = 78,9 \text{ hari}$$

$$\text{Tahun 2016} = \frac{5.776}{15.033} \times 365 \text{ hari} = 140,2 \text{ hari}$$

Perbaikan Perputaran Persediaan : $140,2 - 78,9 = 61,3$ hari

Maka skor yang dipilih adalah perbaikan perputaran Persediaan 61,3 hari, dengan bobot 10,0.

Daftar skor penilaian Perputaran Persediaan :

PP = x (hari)	Perbaikan = X (hari)	BOBOT
$X \leq 60$	$X \leq 35$	10,0
$60 < X \leq 90$	$30 < X \leq 35$	9,0
$90 < X \leq 120$	$25 < X \leq 30$	8,0
$120 < X \leq 150$	$30 < X \leq 25$	7,0
$150 < X \leq 180$	$25 < X \leq 20$	6,0
$180 < X \leq 210$	$20 < X \leq 15$	4,6
$210 < X \leq 240$	$15 < X \leq 10$	3,6
$240 < X \leq 270$	$6 < X \leq 6$	2,4
$270 < X \leq 300$	$3 < X \leq 3$	1,2
$300 < X$	$0 < X \leq 1$	0

Skor yang digunakan dipilih yang terbaik dari kedua skor menurut tabel diatas.

6. Perputaran *Total Asset* (TATO)

Rumus :

$$\text{TATO} = \frac{\text{Total Pendapatan}}{\text{Capital Employed}} \times 100\%$$

Definisi :

- Total Pendapatan adalah total pendapatan usaha yang meliputi seluruh pendapatan operasional setelah dikurangi pengurang pendapatan operasional ditambah penghasilan non operasional tetapi tidak termasuk pendapatan hasil penjualan aktiva tetap.
- *Capital employed* adalah posisi pada akhir tahun buku Total Aktiva dikurangi dengan aktiva tetap dalam pelaksanaan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh Perputaran *Total Asset* (TATO) pada RS.XXX adalah :

$$\text{Tahun 2017} = \frac{7.562}{10.524 - 1.154} \times 100\% = 80,7\%$$

$$\text{Tahun 2016} = \frac{5.341}{10.952 - 1.249} \times 100\% = 55\%$$

Perbaikan Perputaran TATO : $80,7\% - 55\% = 25,7\%$
 skor yang dipilih adalah perbaikan TATO > 20%, maka bobotnya sebesar 10,0.

Daftar skor penilaian Perputaran Persediaan :

TATO %	Perbaikan = X	BOBOT
$120 < X$	$20 < X$	10,0
$105 < X \leq 120$	$15 < X \leq 20$	9,0
$90 < X \leq 105$	$10 < X \leq 15$	8,0
$75 < X \leq 90$	$5 < X \leq 10$	7,0
$60 < X \leq 75$	$0 < X \leq 5$	6,0
$40 < X \leq 60$	$< X \leq 0$	5,0
$20 < X \leq 40$	$< X \leq 0$	4,0
$< X 20$	$< X \leq 0$	3,0

Skor yang digunakan dipilih yang terbaik dari kedua skor menurut tabel diatas.

7. Rasio Total Aktiva Bersih Terhadap Total Aktiva (TAB terhadap TA)

Rumus :

$$\text{TAB terhadap TA} = \frac{\text{Total Aktiva Bersih}}{\text{Total Asset}} \times 100\%$$

Definisi :

- Total aktiva bersih adalah seluruh komponen aktiva bersih pada akhir tahun buku diluar dana-dana yang belum ditetapkan statusnya.
- Total Asset untuk rasio ini adalah Total Asset dikurangi dengan asset yang berasal dari dana-dana yang belum ditetapkan statusnya pada posisi akhir tahun buku yang bersangkutan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Contoh Rasio Total Aktiva Bersih terhadap Total Aktiva RS XXX adalah :

$$\text{TAB terhadap TA} = \frac{\text{Total Asset} - (\text{Total Liabilities})}{\text{Total Asset}} \times 100\%$$

$$\text{TAB terhadap TA} = \frac{10.524 - (1.857 + 2.150)}{10.524} \times 100\% = 61,9\%$$

Rasio TAB sebesar 61,9%, bobotnya 16.

Daftar skor penilaian Ratio Aktiva Bersih terhadap *Total Asset* :

TAB terhadap TA (%) = X	BOBOT
$X < 0$	0
$110 \leq X < 10$	8,0
$110 \leq X < 20$	12,0
$110 \leq X < 30$	14,5
$110 \leq X < 40$	20,0
$110 \leq X < 50$	18,0
$110 \leq X < 60$	17,0
$110 \leq X < 70$	16,0
$110 \leq X < 80$	15,0
$110 \leq X < 90$	14,0
$110 \leq X < 100$	13,0

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Penilaian Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit XXX Tahun 2017 adalah :

No	Indikator	Skor	Nilai Bobot
1	Imbalan Investasi <i>(Return on Investment)</i>	28,7%	15
2	Rasio Kas <i>(Cash Ratio)</i>	90,3%	15
3	Rasio lancar <i>(Current Ratio)</i>	504,6%	15
4	<i>Collection Period (CP)</i>	51,2 hari	15
5	Perputaran Persediaan <i>(PP)</i>	61,3 hari	10
6	Perputaran <i>Total Asset (TATO)</i>	25,7%	10
7	Rasio Aktiva Bersih Terhadap Total Aktiva	61,9	16
Total			96

Kesimpulan :

Rumah Sakit XXX memiliki status keuangan “SEHAT” dengan nilai “AAA” skor 96.

8.2.2 Penilaian Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit

Tingkat kinerja/kesehatan keuangan Rumah Sakit (RS) digambarkan dari hasil penjumlahan nilai riil masing-masing rasio keuangan tersebut di atas :

1. SEHAT, yang terdiri dari :

- AAA apabila Total Skor (TS) ≤ 95 .
- AA apabila $80 < TS \leq 95$
- A apabila $65 < TS \leq 80$

2. KURANG SEHAT, yang terdiri dari :

- BBB apabila $50 < TS \leq 65$
- BB apabila $40 < TS \leq 55$
- B apabila $30 < TS \leq 40$

3. TIDAK SEHAT, yang terdiri dari :

- CCC apabila $20 < TS \leq 30$
- CC apabila $10 < TS \leq 20$
- C apabila $0 < TS \leq 10$

8.3 Analisis Rasio Keuangan

Rasio keuangan merupakan alat analisis untuk menjelaskan hubungan tertentu antara elemen satu dengan elemen yang lain dalam suatu laporan keuangan (financial statement). Laporan keuangan yang dimaksud adalah neraca (balance sheet) dan laporan laba rugi (income statement). Neraca menggambarkan posisi asset, liabilitas (kewajiban) dan ekuitas (modal) yang dimiliki perusahaan pada saat tertentu. Laporan laba rugi mencerminkan hasil yang dicapai oleh perusahaan selama suatu periode tertentu, biasanya satu tahun.

Analisis rasio keuangan terhadap satu perusahaan digunakan untuk mengetahui keadaan dan perkembangan keuangan perusahaan terutama bagi pihak manajemen. Hasil analisis dapat digunakan untuk melihat kelemahan perusahaan selama periode waktu berjalan.

Kelemahan yang terdapat di perusahaan dapat segera diperbaiki, sedangkan hasil yang cukup baik harus dipertahankan pada waktu mendatang. Selanjutnya analisis historis tersebut dapat digunakan untuk penyusunan rencana dan kebijakan ditahun mendatang.

Hasil analisis dapat digunakan untuk melihat kelemahan finansial rumah sakit dan mengukur tingkat efisiensi selama periode waktu berjalan. Analisis finansial atas laporan rumah sakit pada dasarnya menggunakan berbagai macam rasio yang tidak berbeda seperti pada perusahaan yang berorientasi profit.

Rasio tersebut meliputi :

a. Rasio Struktur Modal

Rasio Struktur Modal digunakan untuk mengukur kemampuan likuiditas suatu rumah sakit dalam jangka panjang. Rasio ini terdiri dari:

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

1. **Equity Financing Ratio (Rasio Biaya Modal)** Digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit dari sisi pembiayaan yang bersumber dari dana sendiri. *Angka baku rasio ini berkisar antara 0.4 sampai dengan 0.5 dengan demikian rumah sakit dikatakan memiliki kemampuan yang relatif baik.*

Rumus :

$$\text{Rasio Modal Sendiri} = \frac{\text{Modal Sendiri}}{\text{Total Harta atau Aktiva}}$$

2. **Long Term Debt to Equity Ratio (Rasio Hutang Terhadap Modal).**

Digunakan untuk mengukur bagian dari setiap rupiah modal sendiri rumah sakit yang dijadikan untuk jaminan hutang jangka panjang.

Rumus :

$$\text{Rasio Hutang Terhadap Modal} = \frac{\text{Hutang Jangka Panjang}}{\text{Modal}}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Angka baku rasio adalah 1,0 didasarkan pada asumsi bahwa rumah sakit bukan merupakan suatu usaha yang memiliki kemampuan pengembalian dana realtif cepat seperti bidang usaha lain.

3. *Long Term Debt to Fixed Assets* (Rasio Hutang Terhadap Aktiva Tetap)

Digunakan untuk mengukur pembiayaan harta atau aktiva tetap rumah sakit (misal gedung dan peralatan medic) yang dibiayai dengan kewajiban atau hutang jangka panjang, angka baku rasio ini 0,45.

Rumus :

$$\text{Rasio Hutang Terhadap Aktiva Tetap} = \frac{\text{Hutang Jangka Panjang}}{\text{Aktiva Tetap}}$$

b. Rasio Aktivitas

Rasio aktivitas digunakan untuk mengukur seberapa efektif pihak rumah sakit menggunakan sumberdaya yang dimiliki. Rasio aktivitas diantaranya adalah sebagai berikut:

1. *Total Assets Turnover* (Perputaran Total Harta/Aktiva)

Digunakan untuk mengukur kemampuan dana yang tertanam dalam keseluruhan aktiva berputar dalam suatu periode atau kemampuan modal yang diinvestasikan untuk menghasilkan “*revenue*”, *angka baku rasio ini minimal 1.*

Rumus :

$$\text{Rasio Perputaran Total Harta} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Total Harta atau Aktiva}}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

2. *Fixed Assets Turnover* (Perputaran Harta/Aktiva Tetap)

Digunakan untuk mengukur tingkat pemanfaatan aktiva tetap rumah sakit terutama gedung dan peralatan medis secara optimal. Sejauh pemanfaatan optimal bukan merupakan pemakaian yang dipaksakan kepada pasien, menunjukkan tingkat efisiensi yang tinggi bagi suatu rumah sakit, *angka baku rasio ini 1,5.*

Rumus :

$$\text{Perputaran Harta Aktiva Tetap} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Harta atau Aktiva Tetap}}$$

3. *Current Assets Turnover* (Perputaran Harta/Aktiva Lancar).

Digunakan untuk mengukur tingkat pemanfaatan aktiva lancar, angka baku rasio ini 4,0.

Rumus :

$$\text{Perputaran Harta Aktiva Lancar} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Harta atau Aktiva Lancar}}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

4. *Inventory Turnover* (Perputaran Persediaan)

Digunakan untuk mengukur efisiensi pengelolaan persediaan (obat-obatan, non obat, peralatan kantor, bahan basah/kering dapur dan lain-lain) di rumah sakit. *Angka baku rasio berkisar antara 12 sampai dengan 24.*

Rumus :

$$\text{Perputaran Persediaan} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Persediaan}}$$

5. *Days In Accounts Receivable* (Hari Piutang/Tagihan Dilunasi)

Digunakan untuk mengukur rata-rata pelunasan tagihan yang dilakukan oleh pasien rumah sakit, *angka baku rasio ini berkisar antara 50 hari sampai dengan 70 hari.*

Rumus :

$$\text{Hari Piutang Dilunasi} = \frac{\text{Tagihan Pasien}}{\text{Pendapatan /365}}$$

6. *Average Payment Period* (Rata-rata Hari Pelunasan Hutang)

Digunakan untuk menunjukkan kemampuan pihak rumah sakit membayar hutang pada pihak ke-3 selaku pemasok kebutuhan persediaan (obat dan non obat), *angka baku rasio berkisar antara 35 sampai dengan 55 hari.*

$$\text{Rata - rata Hari Pelunasan Hutang} = \frac{\text{Kewajiban Lancar}}{(\text{Pengeluaran Operasional} - \text{Penyusutan})/365}$$

c. Rasio Profitabilitas

Rasio profitabilitas atau rasio Keuntungan mengukur seberapa besar kemampuan rumah sakit mendapatkan “keuntungan” yang cukup sehingga dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik. Rasio Profitabilitas atau disebut juga rasio Rentabilitas di antaranya adalah sebagai berikut:

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

1. *Deductible Ratio*

Menggambarkan pendapatan kotor yang tidak dapat ditagih dari pasien rumah sakit, angka baku rasio berkisar antara 0,10 sampai dengan 0,15.

Rumus :

$$\text{Deductible Ratio} = \frac{\text{Kemungkinan tagihan pasien tidak dilunasi}}{\text{Pendapatan Operasional}}$$

2. *Mark Up Ratio*

Digunakan untuk mengukur berapa besar perbandingan antara pendapatan kotor operasional terhadap pengeluaran atau biaya operasional rumah sakit, angka baku rasio adalah 1,15 sampai dengan 1,25.

Rumus :

$$\text{Mark Up Ratio} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Pengeluaran Operasional}}$$

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

3. *Operating Margin (Margin Operasi)*

Digunakan untuk mengukur rasio kemampuan/kemapanan pihak rumah sakit (sisi finansial) yang tercermin dari sisa hasil usaha bersih dibandingkan dengan pendapatan operasional, angka baku rasio berkisar antara 0,05 sampai dengan 0,2.

Rumus :

$$\text{Operating Margin} = \frac{\text{Sisa Hasil Usaha Bersih Operasional}}{\text{Pendapatan Operasional}}$$

4. *Return On Asset (ROA)*

Digunakan untuk mengukur seberapa besar (dalam persentase) sisa hasil hasil usaha operasional dibandingkan dengan modal rumah sakit yang diinvestasikan dalam keseluruhan aktiva, angka baku rasio berkisar antara 0,025 sampai dengan 0,15.

Rumus :

$$\text{Return On Asset} = \frac{\text{Sisa Hasil Usaha Operasional}}{\text{Total Aktiva atau Kekayaan}}$$

5. Return On Equity (ROE)

Digunakan untuk mengukur kemampuan modal sendiri dalam menghasilkan sisa hasil usaha operasional, angka baku rasio tidak tersedia.

Rumus :

$$\text{Sisa Hasil Usaha Operasional} = \frac{\text{Sisa Hasil Usaha Operasional}}{\text{Modal Sendiri}}$$

CONTOH KASUS :

Berikut ini adalah laporan keuangan PT. Rumah Sakit “ABC” untuk tahun 2016 dan 2017 yang telah diaudit oleh *auditor independent*. Laporan keuangan terdiri dari neraca, laporan laba rugi, laporan perubahan ekuitas, dan laporan arus kas. Berdasarkan laporan keuangan tersebut dilakukan analisis keuangan PT. Rumah Sakit “ABC”, yang mana hasil analisis dapat digunakan untuk menentukan kebijakan keuangan bagi rumah sakit tersebut dalam rangka perbaikan operasional maupun perbaikan strategi keuangannya. Analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Analisis Horizontal
2. Analisis Vertikal
3. Analisis Rasio Struktur Modal
4. Analisis Rasio Aktivitas
5. Analisis Rasio Profitabilitas

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

8.3.1 Laporan Keuangan

PT. RUMAH SAKIT ABC

NERACA

PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
AKTIVA		
Aktiva Lancar		
Kas dan Setara Kas	Rp 403.888.614	Rp 268.801.396
Piutang Perawatan	Rp 25.620.697	Rp 12.754.044
Piutang Lain-Lain	Rp 366.666	Rp 56.637.000
Persediaan	Rp 126.808.214	Rp 143.043.657
Uang Muka dan Biaya Dibayar Dimuka	<u>Rp 409.053.444</u>	<u>Rp 531.871.610</u>
Jumlah Aktiva Lancar	Rp 965.737.635	Rp 1.013.107.707
 Aktiva Pajak Tangguhan	 Rp 992.620.246	 Rp 803.283.355
 Aktiva Tetap		
Harga Perolehan	Rp 2.830.406.870	Rp 3.182.465.795
Akumulasi Penyusutan	<u>Rp (1.958.038.341)</u>	<u>Rp (1.393.229.920)</u>
Nilai Buku	<u>Rp 872.368.529</u>	<u>Rp 1.789.235.875</u>
Total AKTIVA	Rp 2.830.726.410	Rp 3.605.626.937
 KEWAJIBAN		
Hutang Usaha	Rp 63.601.237	Rp 34.856.070
Beban yang masih harus dibayar	Rp 135.732.594	Rp 108.685.648
Hutang Pajak	Rp 101.127.694	Rp 22.038.516
Hutang Lain-Lain	<u>Rp 1.869.500</u>	<u>Rp -</u>
Jumlah dan Kewajiban Lancar	Rp 302.331.025	Rp 165.580.234
 Kewajiban Tidak Lancar		
Hutang Hubungan Istimewa	Rp 3.928.417.156	Rp 4.403.835.098
 EKUITAS		
Modal Saham : diotorisasi 4000 saham; dari jumlah tersebut telah ditempatkan dan disetor penuh 180 saham	Rp 900.000.000	Rp 900.000.000
Saldo Laba/(Defisit)	<u>Rp (1.863.788.395)</u>	<u>Rp (1.234.268.389)</u>
Laba (Rugi) Tahun berjalan	<u>Rp 436.233.376</u>	<u>Rp 629.520.006</u>
Jumlah Ekuitas	<u>Rp (1.400.021.771)</u>	<u>Rp (963.788.395)</u>
Total KEWAJIBAN DAN EKUITAS	Rp 2.528.395.385	Rp 3.605.626.937

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT ABC
LAPORAN LABA RUGI

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
Pendapatan Perawatan	Rp 2.460.072.170	Rp 2.071.033.141
Beban Perawatan	<u>Rp 1.345.609.698</u>	<u>Rp 1.233.209.589</u>
 Laba Kotor	 Rp 1.114.462.472	 Rp 837.823.552
 BEBAN USAHA		
Beban Penjualan	Rp 147.892.023	Rp 177.191.178
Beban Umum dan Administrasi	<u>Rp 1.627.584.783</u>	<u>Rp 1.570.278.821</u>
Jumlah Beban dan Pelayanan	<u>Rp 1.775.476.806</u>	<u>Rp 1.747.469.999</u>
LABA Usaha	Rp (661.014.334)	Rp (909.646.447)
 Pendapatan/(Beban) Lain-Lain		
Pendapatan Bunga	Rp 5.552.702	Rp 4.105.085
Pendapatan Lain-Lain	<u>Rp 29.891.365</u>	<u>Rp 4.467.745</u>
Pendapatan Lain-Lain Bersih	<u>Rp 35.444.067</u>	<u>Rp 8.572.830</u>
Laba Sebelum Pajak Penghasilan	Rp (625.570.267)	Rp (901.073.617)
Beban/(Penghasilan) Pajak		
Pajak Tangguhan	Rp 189.336.891	Rp 271.553.611
Laba/(Rugi) Bersih	Rp (436.233.376)	Rp (629.520.006)

PT. RUMAH SAKIT ABC
LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016

	Modal Saham	Defisit	Jumlah Ekuitas
Saldo 1 Januari 2016	Rp 900.000.000	<u>Rp (1.234.268.389)</u>	<u>Rp (334.268.389)</u>
 Laba (Rugi) Bersih Tahun berjalan	 <u>Rp -</u>	 <u>Rp (629.520.006)</u>	 <u>Rp (629.520.006)</u>
 Saldo 31 Desember 2016	 Rp 900.000.000	 <u>Rp (1.863.788.395)</u>	 <u>Rp (963.788.395)</u>
 Laba (Rugi) Bersih Tahun berjalan	 <u>Rp -</u>	 <u>Rp (436.233.376)</u>	 <u>Rp (436.233.376)</u>
 Saldo 31 Desember 2017	 Rp 900.000.000	 <u>Rp (2.300.021.771)</u>	 <u>Rp (1.400.021.771)</u>

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT ABC

LAPORAN ARUS KAS

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
Arus Kas dari Aktivitas Operasi		
Laba (Rugi) Sebelum Pajak Penghasilan	Rp (625.570.267)	Rp (901.073.617)
Ditambah/(Dikurangi) Pos-PoS yang Tidak Berpengaruh Terhadap Arus Kas		
Beban Penyusutan	Rp 564.808.421	Rp 739.978.105
Arus Kas Sebelum Perubahan Modal Kerja	Rp (60.761.846)	Rp (161.095.512)
Perubahan Modal Kerja		
Piutang Perawatan	Rp (12.866.653)	Rp 18.543.956
Piutang Lain-Lain	Rp 56.270.334	Rp 44.572.695
Persediaan	Rp 16.235.443	Rp 113.722.546
Uang Muka dan Biaya Dibayar Dimuka	Rp 122.818.166	Rp (221.640.350)
Hutang Usaha	Rp 28.745.167	Rp (17.517.000)
Beban yang masih harus dibayar	Rp 27.046.946	Rp (4.876.295)
Hutang Lain-Lain	Rp 1.869.500	Rp -
Hutang Pajak	<u>Rp 79.089.178</u>	<u>Rp 12.695.013</u>
Arus Kas Bersih dari Aktivitas Operasi	<u>Rp 258.446.235</u>	<u>Rp (215.594.947)</u>
Arus Kas dari Aktivitas Investasi		
Perolehan Aktiva Tetap	<u>Rp 352.058.925</u>	<u>Rp (44.495.200)</u>
Arus Kas Bersih dari Aktivitas Investasi	<u>Rp 352.058.925</u>	<u>Rp (44.495.200)</u>
Arus Kas dari Aktivitas Pendanaan		
Hutang Hubungan Istimewa	<u>Rp (475.419.942)</u>	<u>Rp 428.396.904</u>
Arus Kas Bersih dari Aktivitas Pendanaan	<u>Rp (475.419.942)</u>	<u>Rp 428.396.904</u>
Peningkatan/(Penurunan) Arus Kas	Rp 135.085.218	Rp 168.306.757
Saldo Kas Awal	<u>Rp 268.801.396</u>	<u>Rp 100.494.639</u>
Saldo Kas Akhir	<u>Rp 268.801.396</u>	

8.3.2 Ikhtiar Kebijakan Akuntansi yang Penting

1. Dasar Penyajian Laporan Keuangan

Laporan keuangan disusun dengan dasar harga perolehan. Laporan arus kas disusun dengan menggunakan metode tidak langsung dan arus kas dikelompokkan atas dasar kegiatan operasional, investasi, dan pendanaan.

2. Kas dan Setara Kas

Kas dan setara kas mencakup kas, bank dan semua investasi yang jatuh tempo dalam waktu tiga bulan atau kurang, yang sejak penempatan tidak dijaminkan dan dibatasi penggunaannya.

3. Piutang Perawatan

Piutang karyawan disajikan dalam jumlah netto setelah dikurangi dengan penyisihan piutang tidak tertagih yang diestimasi berdasarkan penelaahan atas ketertagihan piutang pada akhir tahun. Piutang dihapuskan saat piutang tersebut dipastikan tidak tertagih.

4. Persediaan

Persediaan di neraca disajikan sebesar nilai yang terendah antara harga perolehan dan nilai pasar. Harga perolehan ditentukan berdasarkan metode rata-rata (*average method*). Penyisihan untuk persediaan usang dan penurunan nilai persediaan ditentukan dengan mengurangi nilai tercatat persediaan menjadi nilai realisasi bersih yang ditentukan berdasarkan penelahan terhadap kondisi persediaan pada tanggal neraca. Persediaan terdiri atas persediaan laboratorium,

radiologi, *diagnostic*, *housekeeping*, serta perlengkapan kantor lainnya.

5. Biaya dibayar di Muka

Beban yang dibayar dimuka diamortisasi selama masa manfaat masing-masing beban dengan metode garis lurus. Akun biaya dibayar dimuka terdiri dari uang muka sewa, uang muka iklan, uang muka asuransi, perizinan.

6. Aktiva Tetap

Aktiva tetap disajikan di neraca sebesar harga perolehan setelah dikurangi dengan akumulasi penyusutan. Semua aktiva tetap kecuali tanah, disusutkan dengan metode garis lurus (*Straight Line Method*), berdasarkan taksiran masa manfaat sebagai berikut :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Jenis Aktiva Tetap	Masa Manfaat	Tarif
Kelompok I		
Peralatan Medis	4	25%
Peralatan Non Medis	4	25%
Furniture dan Peralatan Kantor	4	25%
Renovasi dan Partisi	4	25%
Kelompok II		
Peralatan Non Medik	8	12,5%
Furniture dan Peralatan Kantor	8	12,5%

Biaya perawatan dan pemeliharaan diakui sebagai beban pada periode terjadi kecuali pengeluaran yang memperpanjang masa manfaat ekonomis, dikapitalisasi dan disusutkan sesuai dengan tarif penyusutan yang sesuai. Apabila aktiva tida digunakan lagi atau dijual, nilai tercatat dan akumulasi penyusutannya dikeluarkan dari laporan keuangan. Keuntungan atau kerugian yang dihasilkan diakui dalam laporan perhitungan rugi laba.

7. Penjabaran Mata Uang Asing

Perusahaan menyelenggarakan pembukuan dengan mata uang Rupiah. Transaksi dengan mata uang asing dijabarkan ke mata uang Rupiah dengan menggunakan kurs yang berlaku pada tanggal transaksi.

8. Pajak Penghasilan

Pencatatan pajak penghasilan mengacu pada PSAK 46, semua beda temporer kena pajak antara nilai tercatat aktiva dan kewajiban dengan dasar pengenaan pajaknya diakui sebagai kewajiban pajak tangguhan. Seluruh perbedaan temporer yang boleh dikurangkan diakui sebagai aktiva pajak tangguhan sepanjang besar kemungkinan dapat dimanfaatkan untuk mengurangi laba fiskal pada masa yang akan datang. Saldo rugi fiskal yang dapat dikompensasi diakui sebagai aktiva pajak tangguhan apabila besar

kemungkinan bahwa jumlah laba fiskal pada masa yang akan datang memadai untuk dikompensasi. Pajak tangguhan dihitung dengan tarif pajak yang berlaku pada tanggal neraca.

9. Transaksi dengan Pihak yang Mempunyai Hubungan Istimewa

Yang mempunyai hubungan istimewa didefinisikan sebagai perusahaan yang melalui satu atau lebih perantara, mengendalikan atau dikendalikan oleh, atau berada dibawah pengendalian bersama, perusahaan asosiasi, transaksi dengan karyawan kunci seperti komisaris, direksi, atau manajer.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

10. Pengakuan Pendapatan dan Beban

Pendapatan dan jasa perawatan diakui saat jasa telah diberikan sedangkan beban diakui pada saat terjadinya atau timbulnya kewajiban.

	2017	2016
Pendapatan Perawatan Terdiri Dari :		
- Perawatan Umum	Rp 102.899.863	Rp 112.271.342
- Poliklinik Gigi dan Spesialis	Rp 616.773.121	Rp 510.238.838
- Medical Check Up	Rp 97.909.950	Rp 72.317.000
- Penunjang Medik	Rp 1.309.470.185	Rp 1.135.189.757
- Diagnostik	Rp 151.187.700	Rp 87.600.982
- Jasa Rehabilitasi Medik	Rp 144.674.816	Rp 90.131.917
- Jasa Lainnya	Rp 37.320.525	Rp 64.064.649
- Keringanan/Potongan	Rp (163.990)	Rp (781.344)
Jumlah	Rp 2.460.072.170	Rp 2.071.033.141
Beban Perawatan Terdiri Dari :		
- Gaji dan Tunjangan	Rp 313.726.695	Rp 303.564.653
- Poli Gigi dan Spesialis	Rp 350.000.000	Rp 275.000.000
- Medical Check Up	Rp 32.675.896	Rp 7.389.985
- Penunjang Medik	Rp 602.884.952	Rp 624.415.257
- Diagnostik	Rp 25.884.235	Rp 10.365.759
- Biaya Jasa Rehabilitasi Medis	Rp 2.975.000	-
- Dapur	Rp 3.042.285	Rp 2.719.130
- Housekeeping	Rp 14.420.635	Rp 9.627.305
- Lain-Lain	Rp -	Rp 127.500
Jumlah	Rp 1.345.609.698	Rp 1.233.209.589
Beban Bunga dari Pinjaman Pihak Istimewa	Rp 196.420.858	Rp 220.191.755

1. Analisis Horizontal

Analisis Horizontal adalah analisis dengan mengadakan perbandingan laporan keuangan untuk beberapa periode atau beberapa saat sehingga akan diketahui perkembangannya. Dalam melakukan analisis horisontal, suatu akun laporan keuangan tahun berjalan dibandingkan dengan akun yang sama pada periode sebelumnya. Dalam membandingkan laporan dari dua periode yang berbeda, laporan keuangan yang lebih awal selalu dijadikan dasar perhitungan untuk analisis horisontal.

Tujuan analisis Horizontal adalah untuk mengetahui perubahan dan perkembangan masing-masing pos. oleh karena itu analisisis horizontal sering juga disebut sebagai analisis tren (trend analysis).

Kenaikan atau penurunan tersebut dibagi dengan akun periode sebelumnya dan dikali dengan seratus persen untuk mengetahui persentase kenaikan atau penurunan pada akun tersebut dan kenaikan atau penurunan jumlah pos dihitung sebagai persentase kenaikan atau penurunan. Sehingga Bank dapat mengetahui pos-pos mana saja yang mengalami trend kenaikan dan penurunan.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT ABC NERACA PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016				
	2017	2016	Percentase 2017	Percentase 2016
AKTIVA				
Aktiva Lancar				
Kas dan Setara Kas	Rp 403.888.614	Rp 268.801.396		
Piutang Perawatan	Rp 25.620.697	Rp 12.754.044		
Piutang Lain-Lain	Rp 366.666	Rp 56.637.000		
Persediaan	Rp 126.808.214	Rp 143.043.657		
Uang Muka dan Biaya Dibayar Dimuka	Rp 409.053.444	Rp 531.871.610		
Jumlah Aktiva Lancar	Rp 965.737.635	Rp 1.013.107.707		
Aktiva Pajak Tangguhan	Rp 992.620.246	Rp 803.283.355		
Aktiva Tetap				
Harga Perolehan	Rp 2.830.406.870	Rp 3.182.465.795		
Akumulasi Penyusutan	Rp (1.958.038.341)	Rp (1.393.229.920)		
Nilai Buku	Rp 872.368.529	Rp 1.789.235.875		
Total AKTIVA	Rp 2.830.726.410	Rp 3.605.626.937		
KEWAJIBAN				
Hutang Usaha	Rp 63.601.237	Rp 34.856.070		
Beban yang masih harus dibayar	Rp 135.732.594	Rp 108.685.648		
Hutang Pajak	Rp 101.127.694	Rp 22.038.516		
Hutang Lain-Lain	Rp 1.869.500	Rp -		
Jumlah dan Kewajiban Lancar	Rp 302.331.025	Rp 165.580.234		
Kewajiban Tidak Lancar				
Hutang Hubungan Istimewa	Rp 3.928.417.156	Rp 4.403.835.098		
EKUITAS				
Modal Saham : diotorisasi 4000 saham; dari jumlah tersebut telah ditempatkan dan disetor penuh 180 saham	Rp 900.000.000	Rp 900.000.000		
Saldo Laba (Defisit)	Rp (1.863.788.395)	Rp (1.234.268.389)		
Laba (Rugi) Tahun berjalan	Rp 436.233.376	Rp 629.520.006		
Jumlah Ekuitas	Rp (1.400.021.771)	Rp (963.788.395)		
Total KEWAJIBAN DAN EKUITAS	Rp 2.528.395.385	Rp 3.605.626.937		

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT ABC LAPORAN LABA RUGI UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016				
	2017	2016	Persentase 2017	Persentase 2016
Pendapatan Perawatan	Rp 2.460.072.170	Rp 2.071.033.141		
Beban Perawatan	Rp 1.345.609.698	Rp 1.233.209.589		
Laba Kotor	Rp 1.114.462.472	Rp 837.823.552		
BEBAN USAHA				
Beban Penjualan	Rp 147.892.023	Rp 177.191.178		
Beban Umum dan Administrasi	Rp 1.627.584.783	Rp 1.570.278.821		
Jumlah Beban dan Pelayanan	Rp 1.775.476.806	Rp 1.747.469.999		
LABA Usaha	Rp (661.014.334)	Rp (909.646.447)		
Pendapatan/(Beban) Lain-Lain				
Pendapatan Bunga	Rp 5.552.702	Rp 4.105.085		
Pendapatan Lain-Lain	Rp 29.891.365	Rp 4.467.745		
Pendapatan Lain-Lain Bersih	Rp 35.444.067	Rp 8.572.830		
Laba Sebelum Pajak Penghasilan	Rp (625.570.267)	Rp (901.073.617)		
Beban/(Penghasilan) Pajak				
Pajak Tangguhan	Rp 189.336.891	Rp 271.553.611		
Laba/(Rugi) Bersih	Rp (436.233.376)	Rp (629.520.006)		

2. Analisis vertikal

Analisis vertikal merupakan analisis yang dilakukan terhadap hanya satu periode laporan keuangan saja. Analisis dilakukan antara pos-pos yang ada, dalam satu periode. Informasi yang diperoleh pun hanya untuk satu periode sehingga tidak dapat diketahui perkembangan dari satu periode ke periode yang lain.

Analisis Vertikal dilakukan dengan cara membandingkan masing-masing pos dalam periode berjalan dengan jumlah total pada laporan yang sama dapat bermanfaat untuk menyoroti hubungan yang signifikan dalam laporan keuangan.

Tujuannya melakukan analisis vertikal adalah untuk mengetahui kontribusi masing-masing pos terhadap angka total

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

PT. RUMAH SAKIT ABC NERACA PER 31 DESEMBER 2017 DAN 2016				
	2017	2016	Persentase 2017	Persentase 2016
AKTIVA				
Aktiva Lancar				
Kas dan Setara Kas	Rp 403.888.614	Rp 268.801.396		
Piutang Perawatan	Rp 25.620.697	Rp 12.754.044		
Piutang Lain-Lain	Rp 366.666	Rp 56.637.000		
Persediaan	Rp 126.808.214	Rp 143.043.657		
Uang Muka dan Biaya Dibayar Dimuka	Rp 409.053.444	Rp 531.871.610		
Jumlah Aktiva Lancar	Rp 965.737.635	Rp 1.013.107.707		
 Aktiva Pajak Tangguhan	 Rp 992.620.246	 Rp 803.283.355		
 Aktiva Tetap				
Harga Perolehan	Rp 2.830.406.870	Rp 3.182.465.795		
Akumulasi Penyusutan	Rp (1.958.038.341)	Rp (1.393.229.920)		
Nilai Buku	Rp 872.368.529	Rp 1.789.235.875		
Total AKTIVA	Rp 2.830.726.410	Rp 3.605.626.937		
 KEWAJIBAN				
Hutang Usaha	Rp 63.601.237	Rp 34.856.070		
Beban yang masih harus dibayar	Rp 135.732.594	Rp 108.685.648		
Hutang Pajak	Rp 101.127.694	Rp 22.038.516		
Hutang Lain-Lain	Rp 1.869.500	Rp -		
Jumlah dan Kewajiban Lancar	Rp 302.331.025	Rp 165.580.234		
 Kewajiban Tidak Lancar				
Hutang Hubungan Istimewa	Rp 3.928.417.156	Rp 4.403.835.098		
 EKUITAS				
Modal Saham : diotorisasi 4000 saham; dari jumlah tersebut telah ditempatkan dan disertor pemua 180 saham	Rp 900.000.000	Rp 900.000.000		
Saldo Laba/(Defisit)	Rp (1.863.788.395)	Rp (1.234.268.389)		
Laba (Rugi) Tahun berjalan	Rp 436.233.376	Rp 629.520.006		
Jumlah Ekuitas	Rp (1.400.021.771)	Rp (963.788.395)		
Total KEWAJIBAN DAN EKUITAS	Rp 2.528.395.385	Rp 3.605.626.937		

3. Analisis Rasio Struktur Modal

RASIO STRUKTUR MODAL KERJA	2017	2016	STANDAR
<i>EQUITY FINANCING RATIO</i>			0,4 - 0,5
<i>LONG TERM DEBT TO EQUITY RATIO</i>			1,0
<i>LONG TERM DEBT TO FIXED ASSETS</i>			0,45

4. Analisis Rasio Aktivitas

RASIO AKTIVITAS	2017	2016	STANDAR
<i>TOTAL ASSET TURNOVER</i>			1
<i>FIXED ASSET TURNOVER</i>			1,5
<i>CURRENTS ASSET TURNOVER</i>			4,0
<i>INVENTORY TURNOVER</i>			12 - 24
<i>DAY IN ACCOUNTS RECEIVABLE</i>			50 Hari - 70 Hari
<i>AVERAGE PAYMENT PERIOD</i>			35 Hari - 55 Hari

5. Analisis Rasio Profitabilitas

RASIO PROFITABILITAS	2017	2016	STANDAR
<i>DEDUCTIBLE RATIO</i>			0,10 - 0,15
<i>MARK UP RATIO</i>			1,15 - 1,25
<i>OPERATING MARGIN</i>			0,05 - 0,2
<i>RETURN ON ASSET (ROA)</i>			0,025 - 0,15
<i>RETURN ON EQUITY (ROE)</i>			TIDAK ADA

8.4 Analisis Penilaian Investasi

Penganggaran modal (*capital budgeting*) meliputi keseluruhan proses perencanaan penganggaran uang, dimana hasil pengembaliannya diharapkan terjadi dalam jangka waktu lebih dari satu tahun. Contoh pengeluaran investasi capita budgeting di rumah sakit adalah pembelian tanah, pembangunan rumah sakit, pembelian peralatan (rontgen, CT-Scan, USG, dsb).

Suatu program penelitian dan pengembangan juga mempunyai dampak lebih dari satu tahun, sehingga dapat juga digolongkan sebagai pengeluaran penganggaran modal.

Pentingnya penganggaran modal adalah sebagai berikut :

1. Pengaruh Jangka Panjang (*long term effect*)
Penganggaran modal memerlukan adanya komitmen terhadap masa depan, dan

seringkali menghadapi ketidakpastian yang besar. Sebagai contoh pembelian alat CT-Scan yang berumur ekonomis 10 tahun, memerlukan waktu yang lama untuk mengetahui hasilnya. Suatu perkiraan kebutuhan aktiva yang keliru bisa berakibat fatal. Jika rumah sakit terlalu banyak menginvestasikan modalnya dalam bentuk aktiva tetap, maka akan timbul beban-beban yang tidak perlu. Sebaliknya investasi yang kurang memadai, maka akan menyebabkan kekurangan kapasitas yang akan menyebabkan hilangnya pangsa pasar yang direbut kompetitor.

2. Dana yang besar

Penganggaran modal melibatkan investasi yang cukup besar. Sebelum rumah sakit mengeluarkan uang dalam jumlah besar, tentu perlu rencana yang matang. Dana yang

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

besar tidak akan tersedia secara otomatis, perlu perencanaan pembiayaan beberapa tahun sebelumnya, untuk memastikan ketersediaan dana yang diperlukan dalam program perluasan ekspansi rumah sakit.

Setelah melalui proses pengembangan gagasan, tahap pertama proses penganggaran modal adalah menyusun daftar usulan investasi baru disertai dengan data yang diperlukan untuk penilaian. Meskipun prakteknya setiap perusahaan berbeda-beda, usulan investasi biasanya dikelompokkan kedalam 4 golongan, yaitu :

1. Penggantian (*Replacement*)

Keputusan penggantian, misalnya mengganti mesin/peralatan yang sudah habis masa penggunaannya dan dianggap sudah usang diputuskan untuk digantikan agar efisiensi

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

produksi dapat dipertahankan. Contoh: mengganti meja operasi lama dengan yang baru, mengganti mesin USG yang sudah usang atau tidak update teknologi.

2. Perluasan (*Expansion*); menambah kapasitas untuk lini produk yang sudah ada
Gologan investasi ini yaitu menambah jenis mesin atau peralatan yang digunakan untuk meluaskan kapasitas produksi, contoh : menambah poliklinik anak dari satu menjadi dua, tiga, dst.
3. Pertumbuhan (*Growth*)
Pertumbuhan merupakan usulan investasi dengan membuka cabang baru, poliklinik baru, dst.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

4. Lain-lain (penelitian Amdal, Keselamatan Kesehatan Kerja), dsb

Lain-lain adalah investasi yang hasilnya tidak berwujud, tapi secara tidak langsung dapat meningkatkan income rumah sakit. Contohnya analisa Amdal, analisa K3, dsb.

Inti penganggaran modal sebenarnya merupakan inti seluruh analisis keuangan dalam membuat keputusan yang akan memaksimumkan nilai perusahaan. Proses penganggaran modal dirancang untuk menjawab dua pertanyaan, yaitu :

1. Dari beberapa proyek yang saling meniadakan (*mutually exclusive*), investasi mana yang sebaiknya dipilih ?
2. Berapa nilai dan jumlah proyek yang sebaiknya diterima ?

Dari berbagai metode yang digunakan untuk penilaian investasi, yaitu :

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

- Metode Non Diskonto
 - a. *Payback Period* (PBP)
 - b. *Return On Asset* (ROA)

- Metode Diskonto
 - a. *Net Present Value* (NPV)
 - b. *Internal Rate Of Return* (IRR)
 - c. *Profitability Index* (PI)

Contoh Kasus :

Arus kas untuk empat proyek yang saling meniadakan (*Mutually Exclusive*)

TAHUN	ARUS KAS (DALAM JUTAAN RUPIAH)				
	PROYEK A	PROYEK B	PROYEK C	PROYEK D	PV IF @10%
0	(1.500)	(1.500)	(1.500)	(1.500)	1,000
1	150	0	150	300	0,909
2	1.350	0	300	450	0,826
3	150	450	450	750	0,751
4	(150)	1.050	600	750	0,683
5	(600)	1.950	1.875	900	0,621

Hitung peringkat usulan investasi diatas menggunakan metode *payback period*, ROA, NPV, IRR, dan PI.

Jawab :

1. Metode *Payback Period*

Periode jangka pengembalian merupakan jumlah tahun yang diperlukan untuk menutup kembali pengeluaran investasi awal dari proyek. Jangka pengembalian untuk empat proyek tersebut adalah sebagai berikut :

- Proyek A, jangka pengembalian 2 tahun
- Proyek B, jangka pengembalian 4 tahun
- Proyek C, jangka pengembalian 4 tahun
- Proyek D, jangka pengembalian 3 tahun

Jika manajemen menggunakan metode *payback period* sebagai bahan pertimbangan keputusan, maka Proyek A akan dipilih sebagai yang terbaik diantara empat proyek yang bersifat saling meniadakan. Dengan hanya melihat arus kasnya saja, proyek A dapat disimpulkan sebagai yang terburuk. Kesulitan metode *payback period* adalah bahwa metode ini tidak dipertimbangkan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

seluruh kas dan tidak melakukan diskonto terhadap arus kasnya. Dengan tidak mempertimbangkan seluruh arus kas, berarti metode tersebut mengabaikan sejumlah arus negatif yang terjadi pada dua tahun terakhir dari proyek A.

Dengan tidak mendiskonto arus kas, berarti bahwa manajemen tidak membedakan dua pola arus kas dibawah ini :

Arus Kas

Tahun	X	X+
0	-1.000	-1.000
1	100	900
2	900	100

Meskipun kedua pola tersebut memiliki jangka waktu pengembalian yang sama, namun jika mempertimbangkan waktu uang tertentu akan dipilih proyek X+ karena mengembalikan dana kas lebih cepat.

Untuk mengatasi kelemahan metode *payback period* ini, maka dilakukanlah pendiskontoan terhadap arus kas yang ada, disebut metode diskonto *payback period*.

2. Metode ROA

Hasil pengembalian aktiva (ROA) yang kadang-kadang disebut hasil pengembalian atas investasi (*return on investment = ROI*) merupakan suatu teknik tingkat hasil pengembalian rata-rata. Perhitungannya dilakukan dengan cara merata-ratakan arus kas yang diharapkan sepanjang umur proyek dan kemudian membagi arus kas tahunan rata-rata dengan pengeluaran investasi awal. ROA untuk proyek B dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{ROA} = \left(\sum_{t=0}^n \text{Arus Kas}_t / n \right) : I_0$$

I_0 : Pengeluaran kas awal = Rp.1.500.000

n : Umur Proyek = 5 tahun

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Dengan mendistribusikan angka-angka yang berasal dari tabel diatas, maka diperoleh :

$$\text{ROA} = \frac{(-1.500.000 + 0 + 0 + 450.000 + 1.050.000 + 1.950.000)}{5} : 1.500.000$$

$$\text{ROA} = \frac{1.950.000}{5} : 1.500.000$$

$$\text{ROA} = \frac{390.000}{1.500.000} \times 100\% = 26\%$$

ROA untuk keempat proyek tersebut adalah :

- Proyek A = -8%
- Proyek B = 26%
- Proyek C = 25%
- Proyek D = 22%

Berdasarkan kriteria ROA, maka proyek B adalah yang terbaik. Masalah pokok yang dihadapi dari metode ROA adalah tidak dipertimbangkannya nilai waktu dari uang. Kita dapat memperoleh ROA yang tepat sama dengan proyek B, walaupun urutan kasnya terbalik dengan Rp.1.950.000 yang diterima sekarang, Rp.1.050.000 yang diterima akhir tahun ke-1, Rp.450.000 pada akhir tahun ke-2 dan -Rp.1.500.000 pada

akhir tahun ke-5. Tetapi tidak seorangpun dengan biaya kesempatan atas modal yang positif akan tidak peduli terhadap beberapa alternatif. Urutan kas yang berlawanan akan selalu lebih disukai.

3. Metode *Net Present Value* (NPV)

Dengan diketahuinya kelemahan yang terdapat pada metode jangka pengembalian dan metode ROA, maka orang mulai mencari metode penilaian proyek yang mempertimbangkan bahwa uang yang diterima secara lebih dini, lebih diinginkan daripada uang yang diterima di masa yang akan datang. Pemahaman ini mengarah pada pengembangan teknik arus kas di diskonto (*discounted cash flow = DCF*) yang memperhitungkan nilai waktu dari uang terhadap nilai sekarang bersih (*net present value*).

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Cara pendekatannya adalah dengan mencari nilai sekarang dari arus kas yang diharapkan dari suatu investasi yang di diskonto pada biaya modal dan nilainya dikurangi dengan pengeluaran biaya awal proyek.

Jika NPV positif, maka sebaiknya proyek dijalankan, namun jika NPV negatif maka sebaiknya proyek ditolak. Jika dua proyek bersifat *mutually exclusive*, maka yang dipilih adalah proyek dengan NPV yang tertinggi.

Persamaan untuk NPV adalah :

$$NPV = \left[\frac{CF_1}{(1+K)^1} + \frac{CF_2}{(1+K)^2} + \dots + \frac{CF_n}{(1+K)^n} \right] - I_0$$

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

- CF1, CF2 dan seterusnya adalah arus kas bersih (*net cash flow*)
- K adalah biaya modal perusahaan
- I_0 adalah biaya awal proyek
- N adalah umur proyek yang diharapkan

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Nilai sekarang bersih (NPV) dari proyek C dihitung dengan mengalikan setiap arus kas dengan faktor diskonto (PVIF) yang sesuai, dengan asumsi biaya modal, k adalah 10%.

TAHUN	ARUS KAS X	PVIF	=	NILAI SEKARANG (PV)
0	(1.500.000)	1,000		(1.500.000)
1	150.000	0,909		136.350
2	300.000	0,826		247.800
3	450.000	0,751		337.950
4	600.000	0,683		409.800
5	1.875.000	0,621		1.164.375
		NPV =		796.275

NPV dari empat proyek adalah :

- Proyek A = - Rp. 610.950
- Proyek B = Rp. 776.050
- Proyek C = Rp. 796.280
- Proyek D = Rp. 778.800

Jika keempat proyek tersebut bersifat independent (bukan saling meniadakan), maka proyek A akan ditolak dan yang diterima adalah proyek B,C, dan D.

Jika proyek-proyek bersifat saling meniadakan, maka yang dipilih adalah proyek dengan NPV terbesar yaitu proyek C.

4. Metode *Internal Rate of Return* (IRR)

Tingkat hasil pengembalian internal (*internal rate of return*) didefinisikan sebagai suku bunga yang menyamakan nilai sekarang dari arus kas yang diharapkan dimasa yang akan datang atau penerimaan kas dengan pengeluaran investasi awal.

Persamaan untuk menghitung tingkat hasil pengembalian internal (IRR) adalah :

$$\frac{CF_1}{(1+IRR)^1} + \frac{CF_2}{(1+IRR)^2} + \dots + \frac{CF_n}{(1+IRR)^n} - I_0 = 0$$

$$= \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+IRR)^t} - I_0 = 0$$

Telah diketahui nilai I_0 dan juga nilai CF_1 , CF_2 , ..., CF_n , tetapi yang belum diketahui adalah nilai IRR.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Jadi, sekarang dapat memiliki persamaan dengan satu faktor yang belum diketahui dan kita dapat menyelesaiannya untuk mencari IRR. Beberapa nilai IRR tertentu akan menyebabkan penjumlahan penerimaan kas yang didiskontokan dana dengan biaya awal proyek, sehingga persamaan sama dengan nol, dan IRR yang diperoleh adalah tingkat hasil pengembalian internal yang dicari.

Tingkat hasil pengembalian internal (IRR) dapat dicari dengan cara trial and error. Pertama, menghitung nilai sekarang arus kas dari suatu investasi dengan menggunakan suku bunga yang wajar, misal 10%. Kemudian bandingkan nilai sekarang yang didapat dengan biaya investasi. Jika nilai sekarang lebih besar daripada biaya investasi maka dicoba lagi dengan suku bunga yang lebih tinggi dan seterusnya.

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Sebaliknya, jika nilai sekarang dari arus kas lebih kecil daripada biaya investasi, gunakan suku bunga yang lebih rendah dan proses demikian diulang lagi.

Proses coba-coba (*trial and error*) tersebut diulang hingga nilai sekarang arus kas dari investasi disebut sebagai tingkat hasil pengembalian internal. Berikut perhitungan IRR untuk proyek D :

TAHUN	ARUS KAS	PV @ 10%		PV @ 20%		PV @ 25%		PV @ 25,4%	
0	(1.500.000)	1,000	(1.500.000)	1,000	(1.500.000)	1,000	(1.500.000)	1,000	(1.500.000)
1	300.000	0,909	272.700	0,833	249.900	0,800	240.000	0,797	239.100
2	450.000	0,826	371.700	0,694	312.300	0,640	288.000	0,636	286.200
3	750.000	0,751	563.250	0,579	434.250	0,512	384.000	0,507	380.250
4	750.000	0,683	512.250	0,482	361.500	0,410	307.500	0,404	303.000
5	900.000	0,621	558.900	0,402	361.800	0,328	295.200	0,322	289.800
	1.650.000		778.800		219.750		14.700		(1.650)

Pada gambar diatas NPV dari arus kas proyek D menurun begitu tingkat diskonto menaik.

Jika tingkat diskonto sama dengan nol, maka tidak ada nilai waktu dari uang dan NPV proyek adalah jumlah dari arus kasnya.

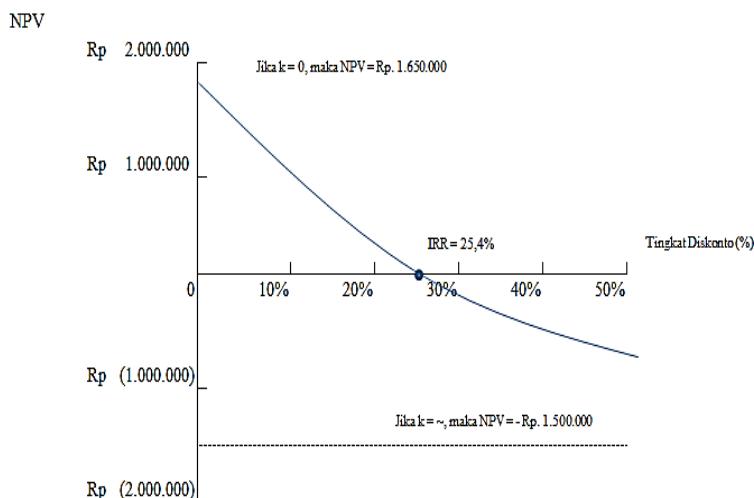
Untuk proyek D, NPV sama dengan Rp.1.650.000 jika tingka diskonto nol. Pada keadaan berlawanan, yaitu jika tingkat diskonto sama dengan tak terhingga, maka arus kas yang akan diterima dari masa yang akan datang menjadi tidak bernilai dan NPV proyek D adalah arus kas yang sekarang, yaitu Rp.1.500.000. diantara kedua ekstrem tersebut terdapat satu tingkat diskonto yang menjadikan NPV sama dengan nol. Dari tabel diatas dapat dilihat IRR proyek D adalah 25,4%. IRR untuk keempat proyek adalah:

- Proyek A : IRR = -200%
- Proyek B : IRR = 20,9%
- Proyek C : IRR = 22,8%
- Proyek D : IRR = 25,4%

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Jika menggunakan kriteria IRR untuk menilai proyek-proyek yang *independent*, maka yang dipilih adalah proyek dengan IRR lebih besar daripada biaya kesempatan atas modal (*opportunity cost of capital*) yang besarnya adalah 10%.

Dengan demikian yang diterima adalah proyek B, C, dan D. Akan tetapi karena proyek-proyek ini bersifat meniadakan, maka dengan kriteria IRR, yang diterima adalah proyek D sebagai pilihan terbaik.



5. Metode *Profitability Index*

Profitability index adalah variasi rasio dari metode NPV (*Net Present Value* = nilai sekarang bersih) yang dihitung dengan cara membagi present value nilai arus kas masuk dengan present value arus kas keluar (biaya investasi). Kriteria mengukur kelayakan investasi adalah dengan metode profitability index, yaitu dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{PI} = \frac{\text{PV dari cash inflow}}{\text{Nilai Investasi}}$$

Kriteria penilaian PI adalah sebagai berikut :

- Diterima jika $\text{PI} > 1$
- Ditolak jika $\text{PI} < 1$
- Kemungkinan dapat diterima jika $\text{PI} = 1$

Berikut nilai PI dari keempat proyek

BUKU PROFIL BISNIS

SEKTOR RUMAH SAKIT

TAHUN	DF 10%	ARUS KAS				PV ARUS KAS DISKONTO		
		PROYEK A	PROYEK B	PROYEK C	PROYEK D	PROYEK A	PROYEK B	PROYEK C
0	1	(1.500.000)	(1.500.000)	(1.500.000)	(1.500.000)	(1.500.000)	(1.500.000)	(1.500.000)
1	0,909	150.000	0	150.000	300.000	136.350	0	136.350
2	0,826	1.350.000	0	300.000	450.000	1.115.100	0	247.800
3	0,751	1.500.000	450.000	450.000	750.000	1.126.500	337.950	563.250
4	0,683	(150.000)	1.050.000	600.000	750.000	(102.450)	717.150	409.800
5	0,621	(600.000)	1.950.000	1.875.000	900.000	(372.600)	1.210.950	1.164.375
JUMLAH PV ARUS KAS MASUK				1.902.990	2.266.050	2.296.275	2.278.800	
PROFITABILITY INDEX				1,27	1,51	1,53	1,52	

DAFTAR PUSTAKA

- Trinantoro L. Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2006.
- Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam

BUKU PROFIL BISNIS SEKTOR RUMAH SAKIT

Penyelenggaraan Program Jaminan
Kesehatan.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016,
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24
Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis
Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.

Hidayanto W, Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) Pelayanan Rumah Sakit : Pentingnya “Unit Cost”, Teori Biaya, Teknik Perhitungan, serta Kemanfaatannya bagi Rumah Sakit, 2009.

Dwi Ardyanto T, Biaya Rumah Sakit dalam Jaminan Kesehatan Nasional, PERSI, 2017.

Akses Internet :

<http://sirs.yanke.kemkes.go.id/rsonline/report/>

The logo consists of a dark blue square containing a white diagonal band. The band starts from the top-left corner and ends at the bottom-right corner. Inside this band, the company name "FABA KONSULTAN" is written in a bold, white, sans-serif font.

FABA KONSULTAN