

PENERAPAN TARIF PUSKESMAS: UNIT COST ATAU PERATURAN DAERAH (PERDA)?

Sri Widodo

Universitas PGRI Yogyakarta, Jl. PGRI I No 117 Sonosewu, Yogyakarta

Email: widodo_manajemen@yahoo.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan penerapan penggunaan tarif pelayanan Puskesmas di Kabupaten Sleman dengan menggunakan perhitungan *unit cost* ataukah dengan peraturan daerah yang memberikan subsidi pada setiap jenis pelayanan kesehatan yang diberikan.

Besaran tarif Puskesmas yang harus dibayarkan oleh pasien tergantung pada jenis pelayanan yang diberikan dengan retribusi untuk setiap kali kunjungan yang diperlakukan sama untuk semua jenis pelayanan yang meliputi karcis sebesar Rp. 600 dan rekam medis pasien sebesar Rp. 1.500 .

Besaran tarif yang harus dibayarkan oleh pasien sebesar *unit cost* yang dihitung dengan jumlah indeks dikalikan dengan *unit cost* obat ditambah dengan retribusi kunjungan, dari hasil perhitungan tersebut sebagai dasar oleh Pemerintah daerah dalam menentukan besaran subsidi untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas. Besaran subsidi yang diberikan oleh Pemerintah daerah berkisar antara 5% sampai dengan 64%.

Kata Kunci: Puskesmas, *Unit Cost*.

Pendahuluan

Untuk mendukung pembangunan kesehatan diperlukan sarana pelayanan kesehatan, salah satunya adalah Puskesmas yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Seiring dengan tuntutan akan kualitas pelayanan Puskesmas yang harus semakin baik serta pesatnya perkembangan Puskesmas di Kabupaten Sleman dari tahun ke tahun, maka sangat perlu dilakukan kajian analisis biaya Puskesmas untuk mengetahui besar biaya satuan unit-pelayanan kesehatan dasar oleh Puskesmas sebagai penentu arah kebijakan Pemerintah Daerah selanjutnya di bidang pelayanan kesehatan.

Dalam menghasilkan suatu produk (*output*) diperlukan sejumlah *input* (faktor produksi). Salah satu input yang digunakan dalam memberikan pelayanan adalah biaya, dalam hal ini biaya adalah nilai dari sejumlah *input* yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (*output*) dalam hal sarana

pelayanan kesehatan primer, maka untuk menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang sadar mutu dan sadar biaya dibutuhkan sejumlah *input* yang dinilai/dikonversi dalam bentuk uang/nilai.

Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan sebagian besar berupa jasa yaitu jasa pelayanan, jasa pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas meliputi: penyuluhan, pelayanan rawat jalan umum, konsultasi gizi, konsultasi keahlian oleh dokter, pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, pencabutan gigi, operasi gigi. Untuk dapat menghasilkan pelayanan tersebut, maka diperlukan sejumlah *input*. *Input* tersebut ada yang langsung digunakan dan dirasakan oleh masyarakat, misalnya tenaga medis, alat kesehatan, dan obat-obatan, dan ada yang tidak langsung digunakan oleh masyarakat, tetapi sangat dibutuhkan demi kelancaran pelayanan kesehatan, misalnya: gedung, alat tulis kantor, listrik, air, dan jejaring pelayanan kesehatan.

Sumber pembiayaan Puskesmas dapat berasal dari pemerintah, bantuan pembangunan sarana dari masyarakat dalam bentuk retribusi (tarif) atau jasa pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh masyarakat. Tarif merupakan partisipasi masyarakat dalam mendukung pembiayaan Puskesmas, sehingga penerapan tarif sebaiknya memperhatikan tingkat kemampuan ekonomi dan psikologis masyarakat. Penetapan tarif pada pelayanan kesehatan seharusnya memperhatikan faktor-faktor internal organisasi pelayanan kesehatan yang meliputi biaya satuan (*unit cost*) yang diperlukan dalam kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan serta faktor eksternal pelayanan kesehatan, antara lain kemauan dan kemampuan membayar masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan.

Kajian Teori

Biaya

Biaya merupakan objek yang dicatat, digolongkan, diringkaskan dan disajikan oleh akuntansi biaya. Proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian serta penafsiran informasi biaya tergantung untuk siapa proses tersebut ditujukan. Proses akuntansi biaya dapat ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pemakai luar perusahaan maupun kebutuhan pemakai dalam perusahaan. Biaya dalam arti luas adalah pengorbanan sumber ekonomi, yang diukur dalam satuan uang yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Dalam arti sempit biaya dapat diartikan sebagai pengorbanan sumber ekonomi untuk memperoleh aktiva atau disebut pula dengan istilah harga pokok” (Mulyadi, 2000).

Untuk menghasilkan manfaat saat ini dan di masa depan, maka pihak pengambil kebijakan harus merencanakan dan mengendalikan dengan baik penentuan biaya karena informasi biaya memberikan kerangka berpikir untuk mengelola masukan agar nilai masukan yang dikorbankan lebih rendah dari nilai keluaran yang diperoleh. Dari itu dapat diketahui bagaimana biaya dan kecenderungannya. Dengan memahami biaya

berarti telah mengetahui berapa biaya yang harus dikorbankan untuk membuat suatu produk.

Penentuan harga pokok berdasar aktivitas

Adalah sistem yang terdiri atas dua tahap yaitu pertama melacak biaya pada berbagai aktivitas, dan kemudian ke berbagai produk. Penentuan harga pokok produk secara konvensional juga melibatkan dua tahap, namun pada tahap pertama, biaya-biaya tidak dilacak ke aktivitas melainkan ke suatu unit organisasi. Baik pada sistem konvensional maupun sistem *Activity Based Costing* (ABC), tahap ke dua meliputi pelacakan biaya ke berbagai produk. Perbedaan prinsip perhitungan diantara kedua metode tersebut adalah jumlah *cost driver* yang digunakan. Sistem penentuan harga pokok secara ABC menggunakan *cost driver* dalam jumlah yang jauh lebih banyak dibandingkan dengan dalam system konvensional yang hanya menggunakan satu atau dua *cost driver* berdasarkan unit. Sebagai hasilnya, metode ini meningkatkan ketelitian. Namun ditinjau dari sudut manajerial, bagaimanapun juga sisten ABC menawarkan lebih dari hanya ketelitian informasi tentang biaya dari berbagai aktivitas. Pengetahuan atas biaya dari berbagai aktivitas tersebut memungkinkan para manajer untuk menfokuskan diri pada aktivitas-aktivitas yang memberikan peluang untuk melakukan penghematan biaya dengan cara: menyederhanakan aktivitas, melaksanakan aktivitas dengan lebih efisien, meniadakan aktivitas yang tak bernilai tambah.

Agar biaya dapat dibebankan dengan mudah dan akurat, maka perlu adanya penelusuran biaya yaitu pembebanan aktual dari biaya ke objek biaya dengan menggunakan ukuran yang dapat diamati pada konsumsi sumber daya oleh objek biaya. Don R. Hansen dan Maryanne M. Mowen dalam bukunya “Akuntansi Manajemen”, yang diterjemahkan oleh Ancella A. Hermawan mengemukakan penelusuran biaya ke objek biaya dapat terjadi melalui: penelusuran

langsung dan penelusuran penggerak (Hansen, Mowen, 1999).

Penelusuran langsung merupakan suatu proses pengidentifikasian dan pembebanan biaya yang berkaitan secara khusus dan secara fisik dengan suatu objek. Penelusuran langsung paling sering dicapai melalui pengamatan secara fisik. Penggunaan bahan dan tenaga kerja dapat di observasi secara fisik, maka dari itu pembebanan biayanya dapat dibebankan langsung ke objek biaya. Akan tetapi tidak semua biaya bisa dibebankan ke objek biaya dengan menggunakan penelusuran langsung, karena seringkali tidak mungkin atau tidak mudah mengamati secara fisik berapa jumlah pasti sumber daya yang sedang dikonsumsi oleh objek biaya.

Pendekatan yang menggunakan dalil sebab akibat untuk mengidentifikasi berbagai faktor (penggerak) yang dapat diamati dan yang mengukur konsumsi sumber daya objek biaya. Penggerak (*driver*) adalah faktor yang menyebabkan perubahan penggunaan sumber daya, penggunaan aktivitas biaya dan pendapatan. Penelusuran penggerak adalah penggunaan penggerak untuk membebankan biaya ke objek biaya. Walaupun tidak seakurat penelusuran langsung, jika hubungan sebab akibat, keakuratan yang tinggi dapat diharapkan. Penelusuran penggerak menggunakan dua jenis penggerak dalam menelusuri biaya ke objek biaya yaitu penggerak sumber daya dan penggerak aktivitas. Penggerak sumber daya mengukur permintaan sumber daya atau aktivitas dan digunakan untuk membebankan biaya sumber daya ke aktivitas, sedangkan penggerak aktivitas mengukur permintaan aktivitas oleh objek biaya dan digunakan untuk membebankan biaya aktivitas ke objek biaya.

Subsidi

Subsidi (*transfer*) adalah salah satu bentuk pengeluaran pemerintah yang juga diartikan sebagai pajak negatif yang akan menambah pendapatan mereka yang menerima subsidi atau mengalami peningkatan pendapatan riil apabila mereka mengkon-

sumsi atau membeli barang-barang yang disubsidi oleh pemerintah dengan harga jual yang rendah (Suparmoko, 2003). Subsidi merupakan alokasi anggaran yang disalurkan melalui perusahaan/lembaga yang memproduksi, menjual barang dan jasa, yang memenuhi hajat hidup orang banyak sedemikian rupa, sehingga harga jualnya dapat dijangkau masyarakat. Belanja subsidi terdiri dari subsidi energi (subsidi BBM, BBN, LPG tabung 3 kg, dan LGV serta subsidi listrik) dan subsidi nonenergi (subsidi pangan, subsidi pupuk, subsidi benih, subsidi PSO, subsidi bunga kredit program, dan subsidi pajak/DTP).

Kebijakan subsidi yang dilakukan pemerintah selalu menimbulkan pendapat pro dan kontra. Ada kalangan yang berpendapat bahwa subsidi itu tidak sehat sehingga berapapun besarnya, subsidi harus dihapuskan dari APBN. Sementara pihak lain berpendapat bahwa subsidi masih diperlukan untuk mengatasi masalah kegagalan pasar. Pelaksanaan subsidi perlu perubahan pola subsidi sesuai dengan kondisi. Misalkan, pengalihan subsidi secara bertahap dari subsidi harga yang kurang efektif dan tidak tepat sasaran kepada subsidi bahan-bahan kebutuhan pokok bagi masyarakat kurang mampu (*targeted subsidy*) (Munawar, 20-13). Walaupun penyediaan anggaran subsidi oleh Pemerintah dalam beberapa tahun terakhir ini jumlahnya mengalami peningkatan yang cukup besar, penyediaan anggaran subsidi tersebut harus tetap memperhatikan kemampuan keuangan negara.

Manfaat Subsidi

Kebijakan pemberian subsidi biasanya dikaitkan kepada barang dan jasa yang memiliki positif eksternalitas dengan tujuan agar untuk menambah *output* dan lebih banyak sumber daya yang dialokasikan ke barang dan jasa tersebut. Dalam hal ini meliputi pula bidang kesehatan dan teknologi tinggi. Secara umum pelaksanaan subsidi yang dilakukan oleh pemerintah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat konsumen maupun produsen antara lain:

- (1) Membantu peningkatan kualitas ekonomi;
- (2) Membantu golongan yang berpendapatan rendah dalam hal pemenuhan kebutuhan ekonomi;
- (3) Mencegah terjadinya kebangkrutan bagi pelaku usaha.

Dampak negatif dari Subsidi

Namun, pelaksanaan subsidi juga punya dampak negatif antara lain:

- (1) Subsidi menciptakan alokasi sumber daya yang tidak efisien. Karena konsumen membayar barang dan jasa pada harga yang lebih rendah daripada harga pasar maka ada kecenderungan konsumen tidak hemat dalam mengkonsumsi barang yang disubsidi. Karena harga yang disubsidi lebih rendah daripada biaya kesempatan (*opportunity cost*) maka terjadi pemborosan dalam penggunaan sumber daya untuk memproduksi barang yang disubsidi.
- (2) Subsidi menyebabkan distorsi harga. Menurut Basri, subsidi yang tidak transparan dan tidak *well-targeted* akan mengakibatkan:
 - a. Subsidi besar yang digunakan untuk program populis cenderung menciptakan distorsi baru dalam perekonomian.
 - b. Subsidi menciptakan suatu inefisiensi.
 - c. Subsidi tidak dinikmati oleh mereka yang berhak (Basri, 2002)
- (3) Subsidi dapat mengganggu pasar dan memakan biaya ekonomi yang besar.
- (4) Mematikan para pesaing, dalam arti pihak swasta yang dirugikan.

Puskesmas

Suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah kerja tertentu yang telah ditentukan

secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan namun tidak mencakup aspek pembiayaan (Ilham A, 2008).

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang letaknya berada paling dekat ditengah-tengah masyarakat dan mudah dijangkau dibandingkan dengan unit pelayanan kesehatan lainnya (Rumah Sakit Swasta maupun Negeri). Fungsi Puskesmas adalah mengembangkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seiring dengan misiya. Pelayanan kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan *Comprehensive Health Care Service* yang meliputi aspek *promotive, preventif, curative, dan rehabilitatif*. Prioritas yang harus dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*).

Seiring dengan semangat otonomi daerah, maka Puskesmas dituntut untuk mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanannya yang akan dilaksanakan. Tetapi pembiayaannya tetap didukung oleh pemerintah. Sebagai organisasi pelayanan mandiri, kewenangan yang dimiliki Puskesmas juga meliputi: kewenangan merencanakan kegiatan sesuai masalah kesehatan di wilayahnya, kewenangan menentukan kegiatan yang termasuk *public goods* atau *private goods* serta kewenangan menentukan target kegiatan sesuai kondisi geografi Puskesmas. Jumlah kegiatan pokok Puskesmas diserahkan pada tiap Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat dan kemampuan sumber daya yang dimiliki, namun Puskesmas tetap melaksanakan kegiatan pelayanan dasar yang menjadi kesepakatan nasional.

Visi dan misi Puskesmas di Indonesia merujuk pada program Indonesia Sehat 2010. Hal ini dapat kita lihat pula dalam SPM (Standar Pelayanan Minimal). Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup:

jenis pelayanan, indikator, dan nilai (*benchmark*). Pelaksanaan Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (UW-SPM) diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1457/MENKES/SK/X/2003 dibedakan atas : UW-SPM yang wajib diselenggarakan oleh seluruh kabupaten/kota di seluruh Indonesia dan UW-SPM spesifik yang hanya diselenggarakan oleh kabupaten/kota tertentu sesuai keadaan setempat. UW-SPM wajib meliputi penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar, penyelenggaraan perbaikan gizi masyarakat, penyelenggaraan pemberantasan penyakit menular, penyelenggaraan promosi kesehatan. Sedangkan UW-SPM spesifik meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria. Hal ini diperkuat dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Metode Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah dengan menggunakan analisis data sekunder untuk sektor layanan dasar kesehatan Puskesmas di Kabupaten Sleman dengan membandingkan hasil perhitungan *unit cost* untuk Puskesmas di kabupaten Sleman dengan Peraturan Bupati Sleman tentang harga dasar tarif pelayanan kesehatan, tarif kunjungan poliklinik, dan rekam medis pasien pada Puskesmas.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Profil Kesehatan Kabupaten Sleman

Kabupaten Sleman terletak diantara 107° 15' 03'' dan 100° 29' 30'' lintang selatan. Wilayah Kabupaten Sleman berkecenderungan antara 100–2500 m dari permukaan laut. Jarak terjauh utara–selatan ± 32 km, timur–barat ±35 km. Luas wilayah Kabupaten Sleman seluas 18 % dari luas wilayah Pemda DIY atau seluas 574,82 ha. Dari luas wilayah tersebut dimanfaatkan untuk tanah sawah seluas 23.426 ha (40,75%), tanah tegalan seluas 6.429 ha (11,18%), tanah

pekarangan seluas 18.704 ha (32,69%), hutan rakyat seluas 1.592 ha (2,77%), hutan negara seluas 1.335 ha (2,32%) kolam seluas 370 ha (0,64%) dan lain-lain seluas 5.536 ha (9,63%).

Secara administratif Kabupaten Sleman terdiri dari 17 kecamatan dengan 86 desa dan 1212 dusun, dengan jumlah 2.890 RW dan 6.961 RT dari 86 desa dengan jumlah penduduk pada pertengahan tahun 2012 sebesar 1.120.417 jiwa, terdiri dari laki-laki 560.835 jiwa dan perempuan 559.582 jiwa. Tingkat kepadatan penduduk 1.949 jiwa/km², rasio jenis kelamin laki-laki per wanita sebesar 100,22 dengan laju pertumbuhan penduduknya 0,9%, rasio beban tanggungan kelompok produktif per kelompok tidak produktif 52,91% artinya setiap 100 orang produktif menanggung sebanyak 52 orang tidak produktif, dan rata-rata jumlah jiwa per KK (*family size*) 3-4 jiwa/KK.

Struktur penduduk di Kabupaten Sleman tahun 2012 tergolong produktif, artinya proporsi penduduk usia 15-64 tahun mempunyai proporsi terbesar (70%) hal ini juga terlihat dari angka beban ketergantungan yakni ratio jumlah penduduk usia produktif (15-64 tahun) dengan jumlah penduduk usia tidak produktif (0-14 th dan > 65 tahun lebih) sekitar 30%. Dengan melihat data diatas berarti 100 penduduk usia produktif menanggung 53 orang penduduk usia tidak produktif.

Pembangunan kesehatan di Kabupaten Sleman diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan :1) Upaya kesehatan, 2) pembiayaan kesehatan 3) Sumberdaya manusia kesehatan, 4) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi

(IPTEK), serta globalisasi dan demokrasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral.

Sejak pelaksanaan desentralisasi sampai saat ini Kabupaten Sleman sebagai salah satu Kabupaten di DIY, telah banyak memberikan kontribusi terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Salah satu indikator pencapaiannya adalah diperolehnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dengan nilai 78,79 pada tahun 2012 dan menempati peringkat 13 dari 497 Kabupaten/Kota di Indonesia, dan indikator IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) berdasarkan hasil riskesdas tahun 2010 mendapatkan peringkat ke tujuh Kabupaten/Kota secara keseluruhan Nasional. Keberhasilan Pembangunan bidang kesehatan tersebut tidak terlepas peran dari pemerintah, masyarakat dan swasta.

Kabupaten Sleman melalui Dinas Kesehatan dalam melaksanakan kebijakan bidang kesehatan sesuai dengan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) yang dituangkan dalam Keputusan Bupati Sleman No. 114/Kep.KDH/A/2007 telah mempunyai *blue print* yang jelas. Ada 5 hal yang menjadi fokus pengembangan kesehatan di Kabupaten Sleman, yaitu : a) Perubahan paradigma kesehatan, b) Penataan organisasi, c) Pengembangan Sumber Daya Kesehatan, d) Pembiayaan kesehatan dan e) Sarana dan prasarana kesehatan. Melalui SKD ini akan lebih mempertegas kebijakan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sleman baik yang sudah berjalan maupun kegiatan-kegiatan yang akan dikembangkan, sehingga semua kegiatan yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan mengacu pada SKD tersebut.

Dalam bidang informasi juga telah mengalami perubahan yang mendasar dimana tuntutan akan terwujudnya sistem informasi yang terpadu sebagai bagian dari sistem kesehatan daerah diharapkan juga membawa dampak yang sangat luas terhadap perkembangan daerah secara umum, lebih-lebih dalam memasuki abad ke-21 banyak perkembangan/informasi yang

disajikan tidak hanya komitmen regional maupun komitmen nasional yang dilaksanakan tetapi juga harus mengikuti komitmen global.

Jenis Biaya Puskesmas

Jenis Biaya di Puskesmas meliputi biaya investasi, biaya pemeliharaan dan biaya operasional. Supriyanto (2000) mengemukakan cara perhitungan biaya satuan di unit produksi dengan jenis *output* lebih dari satu macam, yaitu dengan cara menghitung *Relative Value Unit (RVU)*.

Dalam penghitungan RVU ini dicari semua biaya yang dipakai dalam melakukan pelayanan, yang meliputi: biaya obat, bahan habis pakai, biaya pemakaian alat dan biaya pegawai. Biaya investasi yang digunakan dalam penghitungan unit cost pada Puskesmas di Kabupaten Sleman adalah biaya investasi yang disetahunkan *annualized investment cost (AIC)*. Untuk barang inventaris berupa gedung perkantoran, kendaraan bermotor seperti mobil Puskesmas keliling dan sepeda motor, serta alat-alat medis dan non medis.

Selain biaya investasi, dalam penghitungan biaya satuan pada Puskesmas di Kabupaten Sleman juga memperhatikan biaya operasional yang dikeluarkan oleh Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan. Biaya-biaya operasional ini meliputi: gaji pegawai, alat tulis kantor, biaya; listrik, air, telepon, bahan habis pakai medis, dan biaya perjalanan dinas.

Tarif Puskesmas di Kabupaten Sleman

Tarif yang masih berlaku untuk Puskesmas di Kabupaten Sleman saat ini adalah tarif menurut Peraturan Bupati Sleman Nomor: 13/Per.Bup/2006 tentang: perubahan atas Keputusan Bupati Sleman Nomor 09/Kep.KDH/A/2003 tentang harga dasar hasil perhitungan *unit cost* jenis pelayanan kesehatan, tarif kunjungan poliklinik, dan rekam medis pasien pada Puskesmas. Dalam peraturan Bupati ini tarif yang berlaku adalah tarif yang telah diberikan subsidi oleh Pemerintah Daerah, dalam hal ini

penghitungan *unit cost* dalam peraturan ini digunakan sebagai dasar dalam penetapan subsidi oleh Pemerintah daerah.

Harga Dasar Hasil Perhitungan *Unit Cost*

Besaran tarif yang harus dikeluarkan untuk pasien berbeda-beda tergantung pada jenis pelayanan yang diberikan, adapun retribusi untuk setiap kali kunjungan diperlakukan sama untuk semua jenis pelayanan

yang meliputi karcis sebesar Rp. 600 dan rekam medis pasien sebesar Rp. 1.500 sehingga untuk retribusi kunjungan sebesar Rp. 2.100. Untuk besaran tarif yang harus dibayarkan oleh pasien sebesar *unit cost* yang dihitung dengan jumlah indeks dikalikan dengan *unit cost* obat ditambah dengan retribusi kunjungan. Untuk besaran tarif masing-masing jenis pelayanan sebelum disubsidi seperti pada tabel 1.

Tabel 1. Besaran Tarif Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas Sebelum Disubsidi oleh Pemerintah Daerah

No	Jenis Pelayanan	Unit Cost (Rupiah)	Rumus Jumlah indeks X unit cost obat dan BMHP	Retribusi kunjungan (Rupiah)	Jumlah Biaya (Rupiah)
1	Rawat jalan umum	7.500	$(3,75 \times 2.000) = 7500$	2100	9.600
2	Konsultasi gizi, sanitasi, KIA, reproduksi, keperawatan, psikologi	4.500	$(0,25 \times 2.000) \times 9 = 4500$	2100	6.600
3	Keur Dokter	3.500	$(0,25 \times 2.000) \times 7 = 3500$	2100	5.600
4	Pemeriksaan Calon pengantin	2.300	$\{ (9,70 \times 2.000) \times 1,185 \} = 2.300$	2100	25.100
5	Konsultasi ahli/ konsultasi keahlian khusus oleh dokter, dokter gigi, psikolog dengan sssessment,	12.350	$\{ (1 \times 2000) \times 6,17 \} = 12.350$	2100	14.450
6	Pemeriksaan KIA	4.500	$(0,25 \times 2.000) \times 9 = 4.500$	2100	6.600
7	Tindik Telinga	5.800	$\{ (1 \times 2.000) \times 2,9 \} = 5.800$	2100	7.900
8	KB suntik	12.500	$\{ (4,5 \times 2.000) \times 1,385 \} = 12.500$	2100	14.600
9	KB pil	7.500	$\{ (2,5 \times 2.000) \times 1,5 \} = 7.500$	2100	9.600
10	Konsultasi gigi	4.500	$0,25 \times 2.000 \times 9 = 4.500$	2100	6.600
11	Premedikasi	8.900	$\{ (1 \times 2.000) \times 4,45 \} = 8.900$	2100	11.000
12	Pencabutan gigi anak	7.250	$\{ (1,6 \times 2.000) \times 2,26 \} = 7.250$	2100	9.350
13	Pencabutan gigi anak dengan	9.050	$\{ (1, 15 \times 2. 000) \times 3,93 \} = 9.050$	2100	11.150
14	Pencabutan gigi dewasa	9.200	$\{ (3, 1 \times 2.000) \times 3,54 \} = 9.200$	2100	11.300
15	Pencabutan gigi dewasa dengan	18.000	$\{ (a, 1 \times 2. uou) \times 2,811 \} = 18.000$	2100	19.900
16	Tambalan amalgam	16.600	$\{ (5 \times 2.000) \times 1,66 \} = 16.600$	2100	18.700
17	Tambalan glass ionomer	19.800	$\{ (6,6 \times 2.000) \times 1,5 \} = 19.800$	2100	21.900
18	Pembersihan karang gigi perregio	12.600	$\{ (2 \times 2.000) \times 3,15 \} = 12.600$	2100	14.700
19	Perawatan pulps capping	8.600	$\{ (1 \times 2.000) \times 4,3 \} = 8.600$	2100	10.700
20	Perawatan syaraf A	12.700	$\{ (2,6 \times 2.000) \times 2,44 \} = 12.700$	2100	14.800
21	Perawatan syaraf B	5.800	$\{ (1 \times 2.000) \times 2,9 \} = 5.800$	2100	7.900
22	Perawatan syaraf C	13.700	$\{ (3,05 \times 2.000) \times 2,24 \} = 13.700$	2100	15.800
23	Incisi abses	22.400	$\{ (5,4 \times 2.000) \times 2,07 \} = 22.400$	2100	24.500
24	Operculectomy	22.700	$\{ (4,3 \times 2.000) \times 2,643 \} = 22.700$	2100	24.800
25	Koreksi Oklusi	11.900	$\{ (2,65 \times 2.000) \times 2,24 \} = 11.900$	2100	14.000
26	Operasi gigi	93.150	$\{ (16 \times 2.000) \times 2,91 \} = 93.150$	2100	95.250
27	Prothesa gigi lepasan, penggantian	54.450	$\{ (16,4 \times 2.000) \times 1,66 \} = 54.450$	2100	56.550
28	Rawat inap pasien umum / bersalin	32.900	$\{ (10,9 \times 2.000) \times 1,51 \} = 32.900$	2100	35.000
29	Rawat inap Bayi normal	27.550	$\{ (9,76 \times 2.000) \times 1,41 \} = 27.550$	2100	29.650
30	Rawat inap bayi dengan kelainan	29.100	$\{ (10,03 \times 2.000) \times 1,45 \} = 29.100$	2100	31.200
31	LED	5.450	$\{ (1,30 \times 2.000) \times 2,09 \} = 5.450$	2100	7.550
32	Hemoglobin, pemeriksaan mass	6.700	$\{ (1 \times 2. 000) \times 3,33 \} = 6.700$	2100	8.800
33	Leucocyt, pemeriksaan hitung jenis	10.400	$\{ (1 \times 2.000) \times 5,2 \} = 10.400$	2100	12.500
34	Eritrocyt	13.900	$\{ (1 \times 2.000) \times 6,96 \} = 13.900$	2100	12.500
35	Retikulosit	6.550	$\{ (1,78 \times 2.000) \times 1,84 \} = 6.550$	2100	16.000

Sumber: Lampiran Perbup Sleman No 13 /Per.Bup/2006

Besaran tarif yang dikeluarkan oleh pasien untuk pelayanan puskesmas sebelum disubsidi berkisar antara Rp. 5.600 untuk pelayanan Keur Dokter sampai dengan Rp. 93.150 untuk pelayanan operasi gigi.

Adapun untuk besaran tarif setelah dilakukan subsidi oleh pemerintah berkisar antara Rp. 2.400 untuk pelayanan Keur dokter sampai dengan Rp. 87.050 untuk pelayanan operasi gigi.

Tabel 2. Besaran Tarif Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas Setelah Disubsidi oleh Pemerintah Daerah

No	Jenis Pelayanan	Jumlah Biaya (dln rupiah)	Subsidi pemerintah daerah (dln rupiah)	Besaran retribusi yg harus di bayar (dln rupiah)	Prosentase Subsidi Pemda
1	Rawat jalan umum	9.600	6.100	3.500	64 %
2	Konsultasi gizi, sanitasi, KIA, reproduksi, keperawatan, psikologi	6.600	3.200	3.400	48 %
3	Keur Dokter	5.600	3.200	2.400	57 %
4	Pemeriksaan Calon pengantin	25.100	2.100	23.000	8 %
5	Konsultasi ahli/ konsultasi keahlian khusus oleh dokter, dokter gigi, psikolog dengan assessment,	14.450	3.200	11.250	48 %
6	Pemeriksaan KIA	6.600	3.200	3.400	41 %
7	Tindik Telinga	7.900	3.200	4.700	16 %
8	KB suntik	14.600	2.300	12.300	24 %
9	KB pil	9.600	2.300	7.300	48 %
10	Konsultasi gigi	6.600	3.200	3.400	47 %
11	Premedikasi	11.000	5.200	5.800	56 %
12	Pencabutan gigi anak	9.350	5.200	4.150	47 %
13	Pencabutan gigi anak dengan	11.150	5.200	5.950	46 %
14	Pencabutan gigi dewasa	11.300	5.200	6.100	45 %
15	Pencabutan gigi dewasa dengan	19.900	5.200	14.700	26 %
16	Tambalan amalgam	18.700	5.200	13.500	28 %
17	Tambalan glass ionomer	21.900	5.200	16.700,	24 %
18	Pembersihan karang gigi per-regio,	14.700	5.200	9.500	35 %
19	Perawatan pulps capping	10.700	5.200	5.500	49 %
20	Perawatan syaraf A	14.800	5.200	9.600	35 %
21	Perawatan syaraf B	7.900	5.200	2.700	66 %
22	Perawatan syaraf C	15.800	5.200	10.600	33 %
23	Incisi abses	24.500	5.200	19.300	21 %
24	Operculectomy	24.800	5.200	19.600	21 %
25	Koreksi Oklusi	14.000	5.200	8.800	37 %
26	Operasi gigi	95.250	5.200	87.050	5 %
27	Prothesa gigi lepasan, penggantian	56.550	5.200	51.350	9 %
28	Rawat inap pasien umum / bersalin	35.000	3.200	31.800	9 %
29	Rawat inap Bayi normal	29.650	3.200	26.450	11 %
30	Rawat inap bayi dengan kelainan	31.200	3.200	28.000	10 %
31	LED	7.550	3.100	4.450	41 %
32	Hemoglobin, pemeriksaan mass	8.800	3.100	5.700	35 %
33	Leucocyt, pemeriksaan hitung jenis	12.500	3.100	9.400	25 %
34	Eritrocyt	12.500	3.100	9.400	25 %
35	Retikulosit	16.000	3.100	12.900	19 %

Sumber: Lampiran Perbup Sleman No 13 /Per.Bup/2006

Besaran subsidi yang diberikan oleh pemerintah berkisar antara Rp. 3.100 sampai dengan Rp. 6.100 atau sebesar 5 % sampai dengan 64 % dari setiap jenis pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas (tabel 2)

adapun subsidi yang paling besar diberikan untuk jenis pelayanan rawat jalan umum sebesar Rp. 6.100 dan paling rendah adalah pelayanan pemeriksaan calon pengantin sebesar Rp. 2.100.

Simpulan

Besaran tarif yang harus dibayarkan oleh pasien sebesar *unit cost* yang dihitung dengan jumlah indeks dikalikan dengan *unit cost* obat ditambah dengan retribusi kunjungan, dari hasil perhitungan tersebut sebagai dasar oleh Pemerintah Daerah dalam menentukan besaran subsidi untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas.

Kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman melakukan subsidi untuk pelayanan kesehatan pada tingkat Puskesmas sudah cukup tepat mengingat tujuan dari pelayanan Puskesmas adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan MDGs 2015, disamping itu subsidi juga mempunyai beberapa tujuan lain yang meliputi: (1) Membantu peningkatan kualitas ekonomi; (2) Membantu golongan yang berpendapatan rendah dalam hal pemenuhan kebutuhan ekonomi; (3) Mencegah terjadinya kebangkrutan bagi pelaku usaha. Namun demikian dalam menentukan besaran subsidi juga perlu diperhatikan besaran untuk setiap jenis pelayanan terutama pelayanan kesehatan yang secara kuantitas sering dibutuhkan oleh masyarakat.

Daftar Pustaka

- Baswir, R. (1997). Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pembangunan Daerah. *JKAP*, Volume I, Nomor 2. 25-31.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. 2012. Profil Kesehatan Kabupaten Sleman.
- Dungtji Munawar. 2013. Memahami Pengertian dan Kebijakan Subsidi dalam APBN.
- Faisal Basri. 2002. Perekonomian Indonesia: Tantangan dan Harapan bagi Kebangkitan Ekonomi Indonesia. Jakarta: Erlangga.
- Keputusan Bupati Sleman No. 114/Kep. KDH/A/2007, Sistem Kesehatan Daerah (SKD).
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MENKES/SK/X/2003, Standar Pelayanan Minimal (UW-SPM).
- Kementerian Keuangan. *Nota Keuangan dan RAPBN 2014*. 2013. Jakarta.
- M. Suparmoko. 2003. Keuangan Negara dalam Teori dan Praktik. Edisi ke-5. Yogyakarta: BPFE.
- Michael P. Todaro & Stephen C. Smith. 2009. *Economic Development* (ed.10th). Addison Wesley.
- Milton H. Spencer & Orley M. Amos, Jr. (1993). *Contemporary Economics*, Edisi ke-8. New York: Worth Publishers.
- Nowicki M. (2001). *The Financial Management of Hospitals and Health Care Organization*. Washington DC: AUPHA-HAP.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman. 2006. Peraturan Bupati Sleman Nomor: 13/Per.Bup/2006 tentang *Harga dasar hasil perhitungan unit cost jenis pelayanan kesehatan, tarif kunjungan poliklinik, dan rekam medis pada Puskesmas*.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 65 Tahun 2005 tentang *Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standard Pelayanan Minimal*.
- Rudi Handoko dan Pandu Patriadi. 2005. "Evaluasi Kebijakan Subsidi non BBM", *Kajian Ekonomi dan Keuangan*, Volume 9, Nomor 4. Desember.

Supriyanto. 2000. *Analisis Biaya Satuan dan Penyesuaian Tarif Pelayanan Puskesmas*. Surabaya: AKK FKM Unair.

Sukamertha Made, Nurul Thinni. 2007. *Rasionalisasi Tarif Puskesmas Berdasar-*

kan Analisis Biaya Satuan. Surabaya: FKH Unair.

<http://erwan29680.wordpress.com/2010/04/10/pengantar-mengenai-subsidi-dan-contervailling-di-dalam-perdagangan>.