



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**ANALISIS UNIT COST (BIAYA SATUAN) PENYELENGGARAAN
PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI KOTA PADANG
(Studi Kasus: Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya,
dan Puskesmas Ambacang)**

SKRIPSI



**LISA HERMAN
0810512081**

**JURUSAN ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2012**

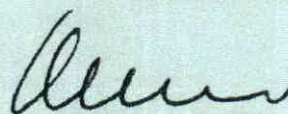
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : **LISA HERMAN**
No Bp : 0810512081
Jenjang Pendidikan : SI (Strata Satu)
Jurusan : Ilmu Ekonomi
Judul Skripsi : **ANALISIS UNIT COST (BIAYA SATUAN)
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
PADA PUSKESMAS DI KOTA PADANG (Studi Kasus:
Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan
Puskesmas Ambacang).**

Telah diuji dan disetujui skripsinya melalui seminar hasil skripsi yang diadakan pada tanggal 25 Juni 2012 sesuai dengan prosedur, ketentuan dan kelaziman yang berlaku.

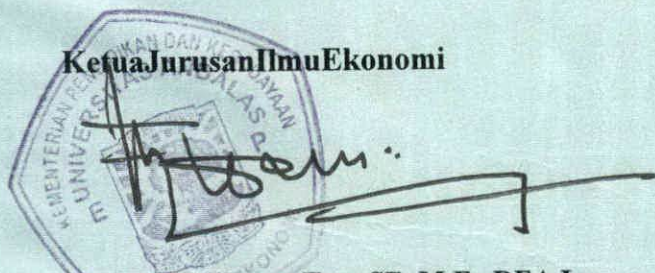
Padang, September 2012
Pembimbing Skripsi



Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA
NIP. 196210201987021003

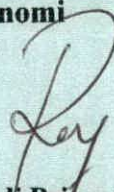
Mengetahui,

Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi



Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec.DEA.Ing
NIP. 130 812 952

**Kepala Program Studi S1
Ilmu Ekonomi**



Febriandi Prima Putra, SE, M.Si
NIP. 197702062005011001

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul **ANALISIS UNIT COST (BIAYA SATUAN) PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI KOTA PADANG (Studi Kasus: Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang).**

Merupakan hasil karya saya sendiri dan tidak terdapat sebagian atau keseluruhan dari tulisan yang memuat kalimat, ide, gagasan atau pendapat yang berasal dari sumber lain tanpa memberikan pengakuan pada penulis aslinya. Adapun bagian-bagian yang bersumber dari karya orang lain telah mencantumkan sumbernya sesuai norma, etika dan kaidah penulisan ilmiah. Apabila dikemudian hari ditemukan plagiat dalam skripsi ini, saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang telah diperoleh.

Padang, 12 September 2012



Lisa Herman
0810512081



No. Alumni Universitas

LISA HERMAN

No. Alumni Fakultas

BIODATA

a). Tempat/Tgl lahir: Gumarang, 18 Juli 1990 b). Nama Orang Tua: Herman dan Rasnijum c). Fakultas: Ekonomi d). Jurusan: Ilmu Ekonomi e). No.Bp: 0810512081 f). Tgl Lulus: 25 Juni 2012 g). Predikat Lulus: Sangat Memuaskan h). IPK: 3,396 i). Lama Studi: 3 tahun 9 bulan j). Alamat Orang Tua: Gumarang, Kec. Palembang, Kab. Agam

ANALISIS UNIT COST (BIAYA SATUAN) PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI KOTA PADANG (SK: PUSKESMAS ANDALAS, PUSKESMAS LUBUK BUAYA, DAN PUSKESMAS AMBACANG)

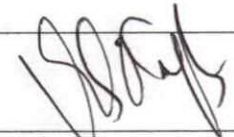
Skripsi S1 Oleh: **Lisa Herman**, Pembimbing: **Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA**

Abstrak

Kesehatan merupakan investasi penting dalam suatu negara untuk menciptakan manusia yang lebih berkualitas. Untuk mendorong peningkatan kesehatan di Kota Padang, pemerintah telah menetapkan penggratisan tarif bagi masyarakat yang berobat pada Puskesmas. Namun, penggratisan tarif berhubungan langsung dengan pembiayaan Puskesmas serta mutu pelayanan yang diberikan. Penulis meneliti tentang berapa tarif rasional yang seharusnya ditetapkan untuk satu unit Puskesmas dengan menggunakan analisis unit cost serta besarnya subsidi yang harus dikeluarkan pemerintah. Penelitian ini menggunakan metode analisis deskriptif. Hasil penelitian menemukan bahwa total cost rata-rata untuk satu unit Puskesmas di Kota Padang adalah Rp 2.250.060.490, sehingga unit cost yang dihasilkan adalah Rp 12.528 dengan rata-rata kunjungan yang ideal pertahunnya 114.850 kunjungan pasien per Puskesmas. Sedangkan subsidi yang harus diberikan adalah Rp 18.412.821.290 untuk seluruh Puskesmas di Kota Padang.

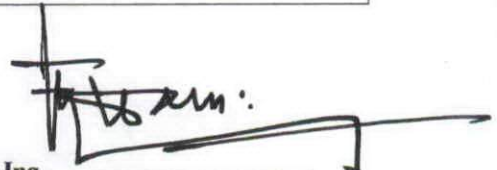
Keywords : Total Cost, Unit Cost, subsidi.

Skripsi ini telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada 25 Juni 2012, telah disetujui oleh pembimbing dan penguji :

Tanda Tangan	1. 	2. 
Nama Terang	Prof. Dr. H Elfindri, SE. MA	Edi Ariyanto, SE. MSi

Mengetahui,

Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi : **Prof. Dr. H. FIRWAN TAN, SE, M.Ec. DEA. Ing**
NIP.1953 0925 1979031000



Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke Fakultas/ Universitas Andalas dan mendapat nomor Alumnus :

Petugas Fakultas / Universitas Andalas		
No. Alumni Fakultas:	Nama:	Tanda Tangan:
No. Alumni Universitas:	Nama:	Tanda Tangan:

KATA PENGANTAR



Puji syukur Penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“ANALISIS UNIT COST (BIAYA SATUAN) PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI KOTA PADANG (Studi Kasus: Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang).”**

Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Andalas. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini :

1. Bapak Prof. Dr. Tafdil Husni, SE. MBA selaku Dekan Fakultas Ekonomi, Universitas Andalas.
2. Bapak Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE. M.Ec. DEA.Ing selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi dan Dra. Leli Sumarni MS, M.Si selaku Sekretaris Jurusan yang telah memfasilitasi dari tahap penulisan proposal hingga pelaksanaan ujian skripsi.

3. Bapak Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penulisan skripsi ini.
4. Bapak Edi Ariyanto, SE. MSi yang telah berkenan untuk menjadi tim penguji skripsi ini.
5. Pihak Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Padang yang telah membantu dalam memperoleh data yang penulis perlukan.
6. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.
7. Rekan-rekan seangkatan, sahabat dan semua pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata penulis berharap Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini. Penulis terbuka terhadap kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, September 2012

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Hipotesis	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
1.7 Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN LITERATURE	
2.1 Teori Biaya	10
2.1.1 Konsep Biaya.....	10
2.1.2 Klasifikasi Biaya.....	10
2.1.3 Efisiensi Biaya.....	13
2.2 Analisis Biaya.....	16
2.2.1 Defenisi Analisis Biaya	16
2.2.2 Tujuan Analisis Biaya	17
2.2.3 Manfaat analisis biaya	17
2.3 Biaya Kesehatan	18
2.4 Unit Cost (Biaya Satuan).....	19
2.4.1 Definisi Unit Cost.....	19
2.4.2 Manfaat Pengitungan Unit Cost	21
2.4.3 Langkah-langkah Penghitungan Unit Cost.....	21
2.5 Pelayanan Kesehatan	22
2.5.1 Defenisi Pelayanan Kesehatan.....	22
2.5.2 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan.....	23
2.6 Puskesmas	24
2.6.1 Defenisi Puskesmas	24
2.6.2 Tujuan Puskesmas	25
2.6.3 Fungsi Puskesmas.....	26
2.6.4 Kedudukan Puskesmas	27
2.7 Pembiayaan Kesehatan.....	27
2.8 Study Terdahulu	28
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Data dan Sumber Data.....	31
3.2 Populasi dan Sampel	31

3.3	Metode Analisis Data	33
BAB IV	GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN	
4.1	Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	35
4.2	Sarana Dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Kota Padang	35
4.3	Jumlah Kunjungan Puskesmas	38
4.3.1	Jumlah Kunjungan Puskesmas di Kota Padang.....	38
4.3.2	Jumlah Kunjungan Puskesmas Andalas, Lubuk Buaya dan Ambacang	39
4.4	Penyakit Terbanyak di Kota Padang	41
4.5	Keadaan Kesehatan di Kota Padang.....	41
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1	Komponen Biaya.....	44
5.2	Perhitungan Unit Cost	45
5.2.1	Puskesmas Andalas.....	45
5.2.2	Puskesmas Lubuk Buaya	47
5.2.3	Puskesmas Ambacang.....	49
5.3	Perhitungan Marginal Cost.....	51
5.4	Kurva Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost.....	54
5.5	Analisis Pengeluaran Masyarakat dengan Unit Cost yang Terjadi serta Penetapan Subsidi dari Pemerintah	59
5.6	Analisis Anggaran Kesehatan untuk Puskesmas.....	62
5.7	Simulasi Penetapan Unit Cost	63
BAB VI	PENUTUP	
6.1	Kesimpulan.....	69
6.2	Saran	71

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kurva Hubungan TC dan Q.....	13
Gambar 2.2 Kurva Hubungan Unit Cost dan Q	13
Gambar 2.3 Kurva Total Cost dan Marginal Cost	14
Gambar 2.4 Kurva Average Cost dan Marginal Cost	15
Gambar 5.1 Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost pada Puskesmas Andalas	55
Gambar 5.2 Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost pada Puskesmas Lubuk Buaya	56
Gambar 5.3 Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost pada Puskesmas Ambacang.....	58
Gambar 5.4 Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas dengan Unit Cost	64
Gambar 5.5 Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Diatas Unit Cost	64
Gambar 5.6 Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Diatas Unit Cost	65
Gambar 5.7 Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Berdasarkan Pengeluaran Rata- rata Masyarakat	66
Gambar 5.8 Simulasi Jumlah Kunjungan Puskesmas	67

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data jumlah kunjungan Puskesmas pada tahun 2011	32
Tabel 4.1 Jumlah kunjungan Puskesmas Kota Padang	38
Tabel 4.2 Jumlah kunjungan pada Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang	39
Tabel 4.3 Sepuluh jenis penyakit terbanyak di Kota Padang	41
Tabel 5.1 Jumlah kunjungan dan total cost pada Puskesmas Andalas pada tahun 2009-2011	45
Tabel 5.2 Jumlah kunjungan pada Puskesmas Lubuk Buaya pada tahun 2009-2011	47
Tabel 5.3 Jumlah kunjungan dan total cost pada puskesmas Lubuk Buaya pada tahun 2009-2011	49
Tabel 5.4 Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan Marginal Cost Puskesmas Andalas	55
Tabel 5.5 Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan Marginal Cost Puskesmas Lubuk Buaya	56
Tabel 5.6 Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan Marginal Cost Puskesmas Ambacang	57
Tabel 5.7 Unit Cost dan Marginal Cost yang terjadi pada masing-masing Puskesmas dari tahun 2009-2010	59
Tabel 5.8 Konsumsi non makanan perkapita perbulan perkotaan di Sumatera Barat	61

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan di bidang kesehatan merupakan investasi penting dalam suatu negara, karena dengan adanya sumber daya yang sehat akan tercipta manusia yang lebih berkualitas sehingga dapat memajukan diri, bangsa, dan negara. Investasi kesehatan sangat berguna dalam meningkatkan nilai stok manusia yang berupa peningkatan ketahanan fisik dan intelegensia, serta dapat mengurangi penyusutan nilai manusia. Perbaikan kesehatan dan gizi yang terus menerus menuju pada suatu keadaan yang sehat dan bergizi seimbang akan dapat mempertahankan kondisi bobot fisik tubuh manusia(Elfindri, 2003).

Kesehatan merupakan indikator yang lebih mencerminkan pembangunan yang langsung menyentuh atau dirasakan manfaatnya oleh manusia atau rakyat di suatu negara yang sebelumnya hanya terbatas pada konsep penghasilan. Kesehatan juga merupakan hak azasi manusia, karena kesehatan merupakan kodrat manusia yang sesuai dengan deklarasi hak azasi manusia dan konstitusi WHO (Gani, 2006). Oleh karena kesehatan merupakan hak azasi manusia, maka pelayanan kesehatan yang diselenggarakan harus sesuai dengan kebutuhan semua lapisan masyarakat. Selain itu, pelayanan kesehatan tersebut harus sesuai dengan kebutuhan medik dan kebutuhan medik tidak boleh membedakan kelas sosial ekonomi di masyarakat, tetapi yang membedakan hanyalah jenis penyakit seseorang.

Oleh sebab itu, kesehatan merupakan tanggung jawab semua lapisan masyarakat dalam suatu negara terutama pemerintah. Dimana, pemerintah memiliki peranan penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan jenis penyakit maupun status sosial.

Puskesmas merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (public health essential) yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2010).

Besarnya biaya dari pelayanan kesehatan ini tentunya harus sesuai dengan kemampuan membayar dari masyarakat. Tentunya biaya tersebut tidak merugikan pihak konsumen (pemakai jasa layanan kesehatan) maupun produsen (penyedia jasa layanan kesehatan dalam hal ini adalah Puskesmas). Hal ini disebabkan karena apabila biaya yang diberlakukan oleh Puskesmas terlalu rendah, dikhawatirkan akan menyebabkan rendah pula mutu pelayanan di Puskesmas tersebut. Dan sebaliknya, apabila tarif yang ditetapkan oleh Puskesmas terlalu tinggi, dikhawatirkan masyarakat tidak mampu untuk membayarnya.

Oleh sebab itu, diperlukan analisis biaya. Analisis biaya ini merupakan proses pengumpulan dan pengelompokan data keuangan organisasi pelayanan yang diberikan atau untuk penghitungan unit cost (biaya satuan) per unit layanan. Analisis biaya Puskesmas ini merupakan kegiatan menghitung biaya puskesmas

untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun secara per unit/ per pasien yang dilakukan dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit/ pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien (Widayani, 2003).

Unit cost (biaya satuan) adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan kesehatan yang dihitung dengan cara membagi total cost dengan jumlah/ kuantitas output. Biaya satuan juga sering disebut dengan biaya rata-rata, yang merupakan hasil perhitungan dengan membagi biaya total dengan sejumlah produksi. Unit cost memberi informasi mengenai satuan biaya per satuan hasil pelayanan dengan orientasi keluaran (output), dan merupakan masukan dalam rangka pengendalian biaya kesehatan. Dengan mengetahui satuan biaya yang selalu bervariasi baik dari daerahnya, jenis penyakit, jenis penanganan, maupun kemampuan tingkat institusinya, maka tingkat pengeluaran biaya yang tidak dianggarkan dapat lebih terkendali. Analisis unit cost ini juga akan memberi informasi tentang besaran tarif yang seharusnya ditetapkan oleh Puskesmas.

Dalam menghitung unit cost pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu dari segi konsumen dan produsen. Dari segi produsen dimaksudkan agar diketahui biaya perkasus, biaya per pasien, hari atau minggu yang dipergunakan untuk penyusunan rencana anggaran belanja. Sedangkan, biaya yang dikeluarkan oleh pasien dapat dipergunakan untuk menganalisis sampai seberapa jauh kemampuan masyarakat dengan melihat tingkat pendapatannya.

Kota Padang memiliki tujuan pembangunan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya dengan indikator meningkatnya sumber daya manusia, meningkatnya kualitas hidup manusia, memperpanjang umur harapan hidup, meningkatnya kesejahteraan keluarga dan meningkatnya kesadaran masyarakat untuk hidup (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2010).

Namun, dalam mencapai tujuan pembangunan tersebut, harus ada upaya baik dari pemerintah maupun masyarakat dalam mewujudkannya. Salah satu cara yang dapat dilakukan oleh pemerintah yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat, seperti Puskesmas. Di kota Padang sendiri Puskesmas merupakan layanan kesehatan publik yang banyak didatangi oleh masyarakat.

Puskesmas yang terdapat di kota Padang berjumlah 20 unit yang tersebar pada setiap kecamatan. Setiap tahunnya kunjungan pada puskesmas-puskesmas tersebut terus meningkat, dimana pada tahun 2009 jumlah kunjungan pada Puskesmas di Kota Padang adalah sebesar 1.356.585 kunjungan, mengalami peningkatan yang cukup signifikan pada tahun 2010 menjadi 1.950.193 kunjungan dan sedikit menurun di tahun 2011 menjadi 1.429.436 kunjungan (Data Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011). Hal ini menunjukkan masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat kota Padang.

Pemerintahan kota Padang sendiri telah menetapkan adanya penggratisan tarif pada setiap pasien yang berkunjung pada Puskesmas yang telah ditunjuk. Namun, jika dilihat dari jumlah pengunjung yang semakin bertambah, dana yang

telah ditetapkan oleh pemerintah sendiri tidak akan mampu menutupi biaya operasional puskesmas yang bersangkutan.

Puskesmas Andalas, Puskesmas Ambacang, dan Puskesmas Lubuk Buaya adalah tiga Puskesmas yang memiliki pengunjung dengan peningkatan jumlah kunjungan yang cukup tinggi setiap tahunnya.

Penggratiskan tarif Puskesmas ini berlaku semenjak bulan Maret 2009. Selain adanya penggratiskan tarif, juga ada pemberian uang cuma-cuma (pengganti ongkos transportasi) bagi pasien yang berobat pada Puskesmas yang telah ditunjuk. Namun, semenjak awal tahun 2011 pemberian uang cuma-cuma ini tidak ada lagi dijalankan pada Puskesmas-puskesmas yang telah ditunjuk sebelumnya. Hal ini tentunya tidak menutup kemungkinan bahwa nantinya di Puskesmas-puskesmas di kota Padang akan diberlakukan kembali tarif retribusi, dimana sebelumnya pasien hanya dikenakan biaya pembelian karcis sebesar Rp 2.000. Oleh sebab itu, perhitungan unit cost sangat diperlukan guna mengetahui tarif yang rasional dalam pelayanan untuk Puskesmas.

Penetapan tarif yang rasional juga sangat diperlukan karena hal tersebut berhubungan langsung dengan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien yang menggunakan jasa puskesmas yang bersangkutan. Adanya tarif yang rasional tersebut akan memberi keuntungan bagi kedua belah pihak, yaitu pengunjung dan penyedia jasa layanan Puskesmas, karena dari berbagai sumber yang ada yaitu banyaknya keluhan pengunjung tentang rendahnya mutu pelayanan Puskesmas. Salah satu penyebab terjadinya hal tersebut adalah karena rendahnya honor/insentif yang diterima oleh para penyedia jasa layanan di Puskesmas, sehingga

layanan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang seharusnya didapatkan oleh pengunjung.

Oleh sebab itu, analisis unit cost diperlukan untuk mengetahui berapa tarif yang rasional yang seharusnya ditetapkan oleh Puskesmas agar kedua belah pihak yaitu pengunjung dan pihak puskesmas tidak ada yang dirugikan. Selain itu, analisis unit cost ini juga dapat menjadi acuan bagi pemerintah dalam menetapkan anggaran kesehatan terutama untuk Puskesmas yang terdapat di Kota Padang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka Penulis tertarik untuk meneliti tentang **“Analisis Unit Cost (Biaya Satuan) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas di Kota Padang (Studi Kasus: Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang)”**.

1.2 Perumusan Masalah

Besarnya tarif yang ditetapkan oleh puskesmas merupakan salah satu hal yang dilihat oleh masyarakat sebelum menggunakan jasa layanan di puskesmas tersebut. Penggratisan tarif yang terdapat di Puskesmas saat ini tidak mampu menutupi biaya-biaya yang diperlukan untuk Puskesmas itu sendiri. Hal tersebut dikarenakan bahwa penggratisan tarif tersebut tidak diimbangi dengan adanya perhitungan unit cost nya.

Adapun perumusan masalahnya adalah:

- a. Berapa besaran unit cost untuk penetapan tarif yang rasional pada pelayanan puskesmas di kota Padang?

- b. Bagaimana pengeluaran masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas jika dibandingkan dengan unit cost yang seharusnya serta berapa subsidi yang harus diberikan oleh pemerintah kota Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

- a. Menganalisis unit cost pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh puskesmas untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik bagi masyarakat.
- b. Menganalisis tentang bagaimana pengeluaran masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas serta mengetahui besaran subsidi yang harus dikeluarkan oleh pemerintah.

1.4 Manfaat Penelitian

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat bermanfaat bagi:

- a. Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah untuk terus meningkatkan anggaran untuk kesehatan khususnya pada pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas, yang tentunya dengan realisasi anggaran yang nyata. Hasil dari penelitian ini juga dapat dijadikan acuan untuk penetapan anggaran kesehatan dimasa depan.

- b. Penulis

Penelitian ini dapat memperkaya wawasan dan pengetahuan penulis tentang teori dan permasalahan unit cost pelayanan kesehatan

dasar kususnya di puskesmas. Selain itu, penelitian ini juga berguna dalam penerapan teori-teori yang pernah penulis dapat ketika perkuliahan dengan keadaan yang sebenarnya.

1.5 Hipotesis

Dugaan sementara tentang penelitian ini adalah:

- a. Pembebasan tarif berdasarkan unit cost pada Puskesmas menyebabkan Puskesmas belum mampu menutupi biaya operasionalnya.
- b. Belum adanya biaya yang dikenakan pada pasien yang sesuai dengan kemampuan dan kemauan untuk membayar biaya tersebut.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Agar penulisan hasil penelitian ini lebih terarah, maka perlu adanya pembatasan-pembatasan diantaranya :

Lokasi penelitian yang dipilih adalah di kota Padang dengan sampel beberapa puskesmas yaitu Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang. Puskesmas-puskesmas tersebut dipilih berdasarkan jumlah kunjungan terbanyak di tahun 2011. Dimana yang menjadi objek penelitian adalah unit cost pelayanan kesehatan.

1.7 Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai masalah yang akan dibahas, maka sistematika penulisan adalah sebagai berikut :

BAB I	Merupakan bab pendahuluan yang terdiri atas: latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat
--------------	--

penelitian, ruang lingkup penelitian, dan sistematika penulisan.

- BAB II Pada bab ini dikemukakan kajian teoritis yang menguraikan kerangka teori yang dapat mendukung penelitian ini.
- BAB III Pada bab ini dikemukakan metodologi penelitian yang digunakan untuk mengolah dan menganalisis data.
- BAB IV Merupakan bab yang menggambarkan karakteristik daerah penelitian
- BAB V Pada bab ini dikemukakan hasil penemuan empiris dan implikasinya.
- BAB VI Merupakan bab kesimpulan dan saran-saran

BAB II

TINJAUAN LITERATURE

2.1 Teori Biaya

2.1.1 Konsep Biaya

Biaya merupakan nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh produk tertentu. Pengorbanan tersebut dapat berupa uang, barang, tenaga, waktu, maupun kesempatan (Gani, 1995). Dalam analisis ekonomi, nilai kesempatan untuk memperoleh sesuatu yang hilang karena melakukan suatu kegiatan dihitung sebagai biaya peluang (opportunity cost).

Biaya juga merupakan nilai dari sejumlah input yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output) dalam hal sarana pelayanan kesehatan di Puskesmas. Maka untuk menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang baik untuk masyarakat, dibutuhkan sejumlah input yang dinilai/dikonversi dalam bentuk uang. Misalnya, untuk menghasilkan pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut, dibutuhkan sejumlah input (faktor produksi) yaitu berupa obat, tenaga dokter, alat-alat kedokteran, listrik, gedung, dan sebagainya.

2.1.2 Klasifikasi Biaya

Menurut Karl E. Case dan Ray C. Fair dalam bukunya Prinsip-Prinsip Ekonomi Mikro, macam-macam biaya adalah sebagai berikut:

- **Klasifikasi biaya berdasarkan perubahan skala produksi (output)**
 - a. **Biaya Tetap (Fixed Cost)**

Biaya tetap (fixed cost) merupakan biaya yang tidak berubah dengan penambahan jumlah output yang dihasilkan dalam jangka waktu pendek, seperti biaya sewa, gaji, dan upah.

b. Biaya Variabel (variabel Cost)

Biaya Variabel (Variabel Cost) merupakan biaya yang nilainya dipengaruhi oleh besarnya output yang dihasilkan. Contoh, biaya obat, biaya makan, biaya rawat pasien, dan sebagainya. Biaya variabel ini sering juga disebut sebagai biaya rutin karena besarnya volume yang dapat direncanakan secara rutin.

c. Biaya Total (Total Cost)

Biaya Total (Total Cost) adalah jumlah biaya untuk memproduksi sejumlah output yang merupakan penjumlahan antara biaya tetap dan biaya variabel.

• **Klasifikasi Biaya berdasarkan lama penggunaannya**

a. Biaya Investasi

Biaya Investasi merupakan biaya yang penggunaannya lebih dari satu tahun. Misalnya biaya pembangunan gedung, pembelian mobil, dan sebagainya.

b. Biaya operasional (operasional cost)

Biaya operasional merupakan biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu yang

relatifsingkat. Misalnya biaya obat, gaji pegawai, biaya makan, listrik, air, dan sebagainya.

c. **Biaya pemeliharaan (maintenance cost)**

Biaya Pemeliharaan ini merupakan biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berfungsi. Biaya ini sering disamakan dengan biaya operasional. Antara biaya operasional dan biaya pemeliharaan dengan sifatnya yang habis pakai dan dikeluarkan secara berulang-ulang. Oleh sebab itu, biaya operasional dan biaya pemeliharaan sering disebut juga biaya berulang.

• **Klasifikasi biaya berdasarkan fungsi dalam proses produksi**

a. **Biaya langsung (direct cost)**

Biaya langsung adalah biaya-biaya yang dikeluarkan pada unit produksi yang secara langsung berkaitan dengan pelayanan pasien. Misalnya: gaji dokter, pengadaan obat-obatan, dan sebagainya.

b. **Biaya tidak langsung (indirect cost)**

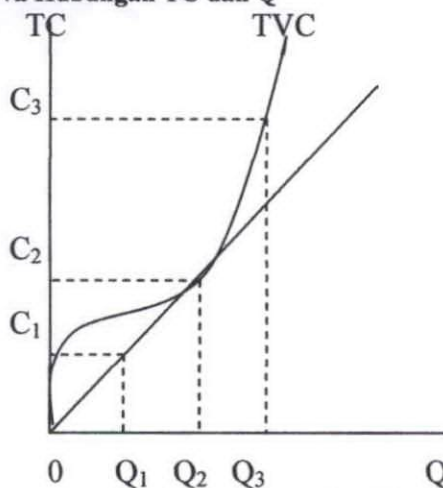
Biaya tidak langsung ini merupakan biaya yang dikeluarkan pada unit penunjang. Misalnya: gaji pegawai administrasi, ATK, dan sebagainya. Penggolongan biaya langsung dan tidak langsung tergantung pada unit mana biaya tersebut akan ditempatkan. Yang termasuk unit produksi di Puskesmas misalnya bagian pengobatan, KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Bagian Pengobatan Gigi, Laboratorium, dan sebagainya. Sedangkan unit penunjang antara lain, bagian administrasi, apotik, bagian pendaftaran, dan sebagainya.

2.1.3 Efisiensi Biaya

Dalam menganalisis apakah biaya yang diterapkan oleh suatu perusahaan sudah efisien, maka dipergunakan biaya rata-rata yang terdiri dari Average Variabel Cost (AVC), Average Cost (AC), dan Marginal Cost (MC).

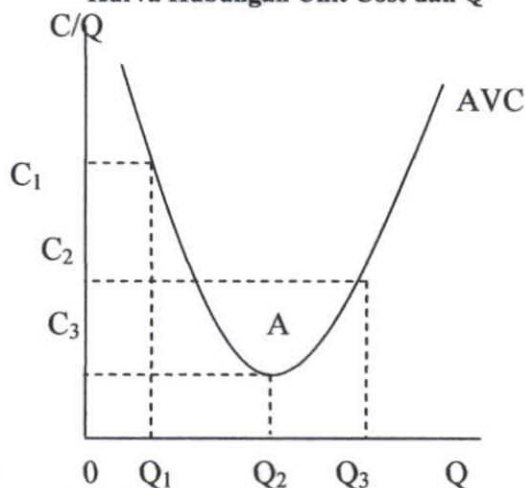
AVC merupakan biaya perunit pada berbagai tingkat output. Biaya ini diperoleh dengan cara membagi biaya variabel dengan output. Menurut teori biaya tradisional, kurva AVC berbentuk huruf U, yang digambarkan oleh kurva dibawah ini (Samuelson dan Nordhaus, 2006):

Gambar 2.1
Kurva Hubungan TC dan Q



Sumber: Samuelson dan Nordhaus, 2006

Gambar 2.2
Kurva Hubungan Unit Cost dan Q



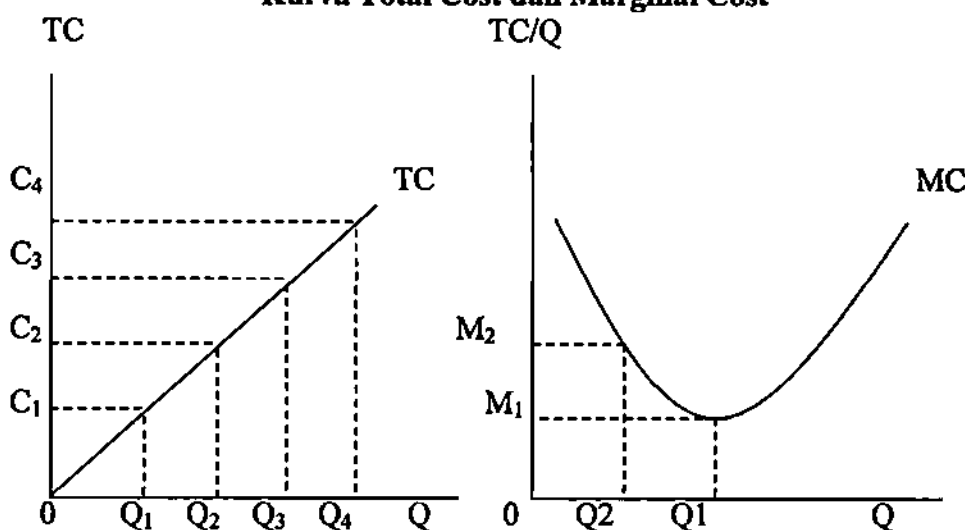
Kurva diatas menjelaskan bahwa, peningkatan output akan dapat mengurangi biaya variabel perunit. Misalnya pada output Q₁, biaya yang dikeluarkan adalah C₁, peningkatan output menjadi Q₂, menyebabkan biaya yang dikeluarkan menjadi C₂. Begitu juga jika output ditingkatkan menjadi Q₃, maka biaya yang dikeluarkan adalah C₃. Jika diperhatikan biaya perunitnya, setelah output melewati Q₂, maka peningkatan output tidak lagi menurunkan biaya per unit. Tetapi sebelum output melewati Q₂, maka peningkatan output akan

menurunkan biaya produksi per unit. Jadi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada saat output Q_2 (titik A) tercapai output maksimum dengan biaya per unit paling rendah sehingga bentuk kurvanya menjadi seperti huruf U.

Average Cost adalah jumlah keseluruhan biaya (biaya tetap dan biaya variabel) dibagi dengan output. Keduanya persis sama dengan kurva AVC, yaitu berbentuk huruf U, karena AC merupakan penjumlahan dari AFC ditambah AVC.

Marginal Cost adalah perubahan total biaya per unit karena perubahan satu unit output dan bentuknya juga seperti huruf U. Hal tersebut dapat dilihat dari kurva dibawah ini:

Gambar 2.3
Kurva Total Cost dan Marginal Cost

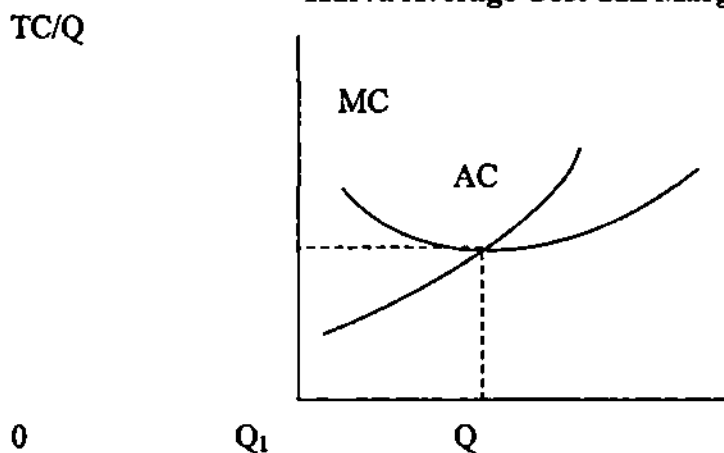


Sumber: Samuelson dan Nordhaus, 2006

Kurva diatas menjelaskan bahwa pada saat output Q_1 , total biayanya adalah $0C_1$. Jika ada pertambahan output dari $0Q_1$ ke $0Q_2$, maka total biaya meningkat menjadi $0C_2$. Tambahan biaya untuk memproduksi sebesar $0Q_2$ adalah $0C_2$ dikurangi $0C_1$ yang merupakan biaya marginal (Marginal Cost).

Jika dilihat pada kurva Total Cost , dimana saat output Q_2 biaya marginalnya adalah $0M_2$. Jika terjadi penambahan output sebesar 1 unit lagi, maka tambahan MC lebih besar dari tambahan output. Bentuk kurva MC awalnya menurun dan kemudian meningkat setelah melewati Q_1 pada kurva Marginal Cost hal ini disebabkan karena setiap kenaikan output per unit akan meningkatkan marginal costnya. Pada kondisi tersebut nampak bahwa kurva MC juga berbentuk huruf U.

Gambar 2.4
Kurva Average Cost dan Marginal Cost



Sumber: Samuelson dan Nordhaus, 2006

Kurva diatas menjelaskan bahwa pada saat kurva AC menurun, maka saat terjadi penambahan output, AC akan lebih besar dari MC. Apabila kurva AC maningkat, maka kurva AC berada dibawah kurva MC. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa kurva MC selalu memotong kurva AC pada titik terendah atau saat $MC = AC$, pada saat inilah tercapai kondisi efisiensi (Boediono, 2000). Saat tercapainya kondisi ini, maka unit cost yang terjadi telah efisien, dimana sebuah perusahaan telah memproduksi pada titik minimum.

Jika slope $AC < 0$, maka $MC < AC$, pada kondisi ini terjadi inefisien. Tetapi biaya masih bisa ditekan melalui berbagai pembenahan, sehingga peningkatan output lebih besar dari peningkatan biaya perunit dan berlaku The Law of Increasing Return.

Jika slope $AC > 0$, maka $MC > AC$, pada saat ini juga terjadi keadaan inefisien. Tetapi, pada kondisi ini biaya tidak bisa ditekan lagi akibat dari peningkatan output, malahan akan memperbesar biaya perunit. Dengan kata lain, peningkatan output lebih kecil dari peningkatan biaya perunit, sehingga berlaku The Law of Decreasing Return.

Kurva MC dan AC diatas memberikan penjelasan tentang apakah unit cost (biaya perunit) yang terbentuk telah efisien atau belum.

2.2 Analisis Biaya

2.2.1 Definisi Analisis Biaya

Analisis biaya merupakan proses pengumpulan data keuangan organisasi pelayanan kesehatan untuk dapat menghitung biaya output pelayanan yang diberikan atau untuk penghitungan unit cost setiap unit layanan. Analisis biaya merupakan proses yang bersifat dinamis yang dapat memberi informasi tentang biaya dan proses sekaligus dengan keluarannya (Budiarto, 1987).

Analisis biaya adalah suatu kegiatan menghitung biaya untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per pelayanan per klien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit yang ada, dimana biaya yang terdapat pada unit yang tidak menghasilkan produk (pusat biaya) di

distribusikan kepada unit-unit yang menghasilkan produk dan menghasilkan pendapatan (pusat pendapatan).

2.2.2 Tujuan analisis biaya

- Mendapatkan gambaran mengenai unit/bagian yang merupakan Pusat Biaya (Cost center) serta Pusat Pendapatan (Revenue center).
- Mendapatkan gambaran biaya pada tiap unit tersebut, baik biaya tetap (Fixed cost) atau biaya investasi yang disetahunkan maupun biaya tidak tetap (Variable cost) atau biaya operasional dan pemeliharaan
- Mendapatkan gambaran unit cost pelayanan di sarana pelayanan kesehatan primer
- Mendapatkan gambaran tarif dengan menggunakan Break Even Point
- Mendapatkan gambaran dan peramalan pendapatan sarana pelayanan kesehatan primer

2.2.3 Manfaat analisis biaya

Manfaat utama dari analisis biaya ada tiga yaitu (Gani, 2000):

a. Pricing

Pricing menyangkut unit cost, dimana informasi mengenai biaya tersebut sangat penting dalam penentuan kebijaksanaan tarif. Dengan diketahuinya biaya satuan (Unit cost), dapat diketahui apakah tarif sekarang merugi, break event, atau menguntungkan. Dan juga dapat diketahui berapa besar subsidi yang dapat diberikan pada unit pelayanan tersebut misalnya subsidi pada pemberian obat-obatan pada pasien di puskesmas.

b. Budgeting/Planning

Budgeting/ planning menyangkut informasi jumlah biaya (total cost) dari suatu unit produksi dan biaya satuan (unit cost) dari tiap-tiap output rumah sakit, sangat penting untuk alokasi anggaran dan untuk perencanaan anggaran.

c. Budgetary control

Yaitu analisis biaya dapat dimanfaatkan untuk memonitor dan mengendalikan kegiatan operasional Puskesmas. Misalnya mengidentifikasi pusat-pusat biaya (cost center) yang strategis dalam upaya efisiensi puskesmas. Evaluasi dan Pertanggung Jawaban Analisis biaya bermanfaat untuk menilai performance keuangan puskesmas secara keseluruhan, sekaligus sebagai pertanggung jawaban kepada pihak-pihak berkepentingan.

2.3 Biaya Kesehatan

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Biaya kesehatan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yaitu:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Penyedia layanan kesehatan yaitu sejumlah biaya yang harus disediakan oleh pemberi layanan (health provider) untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang meliputi biaya investasi, biaya operasional, serta biaya pemeliharaan.

2 Pemakai jasa Pelayanan Kesehatan

Pemakai jasa pelayanan kesehatan adalah besarnya yang harus dikeluarkan oleh pemakai jasa pelayanan (health consumer) untuk dapat mendapatkan jasa pelayanan kesehatan. Biaya ini memperlihatkan pada sejumlah uang yang dikeluarkan guna memperoleh pelayanan kesehatan.

Informasi biaya kesehatan sangat diperlukan dalam penyelenggaraan kesehatan baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit karena dapat digunakan sebagai acuan serta menjadi pertimbangan dalam menyusun anggaran.

2.4 Unit Cost (Biaya Satuan)

2.4.1 Definisi Unit Cost

Unit cost (biaya satuan) merupakan jumlah seluruh biaya yang dikeluarkan dibagi dengan jumlah volume produksi (keluaran) yang dihasilkan pada periode waktu tertentu. Biaya yang merupakan biaya rata-rata dalam ekonomi mikro (average cost) merupakan penjumlahan dari fixed cost dan variabel cost, dibagi dengan jumlah produk yang dihasilkan.

Istilah perhitungan unit cost yang dikenal selama ini sebenarnya merupakan salah satu bagian dari teori akuntansi biaya. Akuntansi biaya merupakan proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian atas informasi biaya yang dikeluarkan dalam menghasilkan produk atau pemberian jasa dengan cara tertentu serta penafsiran terhadapnya. Proses ini berlaku bagi setiap organisasi yang menerapkan akuntansi biaya. Penentuan unit cost dalam analisis biaya, atau yang dikenal secara umum dengan harga pokok, diperlukan untuk menentukan tarif

yang sesuai dengan biaya yang benar-benar terjadi (*the real costs*), disamping tujuan lainnya seperti mengidentifikasi sistem akuntansi biaya, menilai efisiensi, dan anggaran (Gondodiputro, 2007).

Rumus dalam menghitung Unit Cost adalah:

$$\text{Unit Cost atau Average Cost} = \frac{TC}{Q} = \frac{VC + FC}{Q}$$

Dimana, TC adalah Total Cost, VC adalah Variabel Cost, FC adalah Fixed Cost, dan Q adalah Quantity.

Dalam menghitung unit cost pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu dari segi konsumen dan produsen. Dari segi produsen dimaksudkan agar diketahui biaya perkasus, biaya per pasien, hari atau minggu yang dipergunakan untuk penyusunan rencana anggaran belanja. Sedangkan, biaya yang dikeluarkan oleh pasien dapat dipergunakan untuk menganalisis sampai seberapa jauh kemampuan masyarakat dengan melihat tingkat pendapatannya.

Jika dilihat dari unit pelayanan kesehatan, maka penghitungan biaya mencakup dua aspek pokok, yaitu komponen biaya program dan komponen output. Komponen biaya program meliputi anggaran yang tersedia dalam daftar isian proyek yang benar-benar dipergunakan untuk kegiatan program yang dihitung dalam tahun yang bersangkutan, ditambah dengan biaya tetap (*fixed cost*) serta bantuan luar negeri, khusus untuk upaya kesehatan itu saja. Komponen output berupa kasus yang ditangani, jumlah kunjungan pasien, serta jumlah pasien yang dilayani.

$$\text{Biaya per pasien} = \frac{\text{Total biaya tahunan}}{\text{Jumlah Pasien}}$$

Sedangkan,

$$\text{Biaya per penduduk} = \frac{\text{Total biaya tahunan}}{\text{Jumlah penduduk}}$$

Unit cost pelayanan kesehatan dapat pula dibandingkan dengan penerimaan rata-rata per pasien (average revenue), maka dapat dihitung berapa subsidi yang harus diberikan kepada setiap pasien dan setiap kasus. Disamping itu, juga dapat digunakan untuk kebijaksanaan tarif dalam usaha meningkatkan kualitas pelayanan.

2.4.2 Manfaat Penghitungan Unit Cost

Unit cost merupakan suatu informasi yang sangat penting bagi suatu kegiatan. Dengan adanya penghitungan unit cost, maka efisiensi dan kinerja suatu kegiatan dapat dimonitor dengan baik. Selain itu, dengan penghitungan unit cost akan dihasilkan informasi mengenai biaya per produk, sehingga akan lebih memudahkan dalam membuat strategi, penganggaran, maupun keputusan penting lainnya. Dengan kata lain, informasi mengenai unit cost dapat dijadikan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dalam suatu kegiatan.

2.4.3 Langkah-langkah Penghitungan Unit Cost

Sebagai acuan dalam menghitung unit cost dalam suatu unit kerja ataupun bagian, berikut adalah langkah-langkah perhitungannya (Widayani, 2003):

- a. Tentukan unit kerja yang akan menjadi unit analisis,

- b. Identifikasi semua produk/jasa yang dihasilkan oleh unit kerja, dan tentukan produk/jasa yang akan dianalisis,
- c. Identifikasi semua biaya yang timbul di unit kerja karena melakukan pelayanan kepada pengguna jasa, berupa biaya langsung dan biaya tidak langsung
- d. Tentukan dasar alokasi biaya bersama. Biaya bersama adalah biaya yang digunakan untuk menghasilkan 2 produk/layanan atau lebih
- e. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi
- f. Analisis unit atau bagian lain yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit kerja
- g. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk unit kerja
- h. Hitung unit cost per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.

2.5 Pelayanan Kesehatan

2.5.1 Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen (Saragih, 2005).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh

petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu.

2.5.2 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar dalam Gani A, menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini puskesmas, yakni :

a. Ketersediaan dan Kesinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (acceptable) serta berkesinambungan (sustainable). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

b. Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (appropriate) dan dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

d. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2.6 Puskesmas

2.6.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran

serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain, Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011).

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas.

Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh Bupati, dengan saran teknis dari Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten/Kodya yang telah disetujui oleh Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas. Sedangkan, untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

2.6.2 Tujuan Puskesmas

Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang tinggal di wilayah kerja puskesmas (Hatmoko, 2006). Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan nasional yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang

bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat 2010 (Depkes RI. 1999).

Selain itu puskesmas menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang merupakan pusat pelayanan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Hal ini meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat pribadi dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, pelayanan kesehatan publik dengan tujuan utamanya memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit.

2.6.3 Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai fungsi khusus yaitu sebagai berikut :

- a. Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya.
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas melakukan beberapa cara, yaitu merangsang masyarakat untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan dan rujukan medis kesehatan kepada masyarakat

dengan ketentuan tidak menimbulkan ketergantungan, memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, bekerjasama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program kesehatan.

2.6.4 Kedudukan Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dalam sistem kesehatan kabupaten/kota dibidang administrasi merupakan perangkat Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang secara teknis maupun administrasi bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan, Puskesmas berkedudukan pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan pertama. Pada jenjang sistem kesehatan nasional, Puskesmas berkedudukan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan nasional, dan pada sistem pembangunan nasional, Puskesmas berkedudukan sebagai salah satu unsur pembangunan dalam bidang kesehatan yang terdepan dan pada dasarnya saling tergantung satu dengan lainnya dengan unsur pembangunan sektor terkait di tingkat kecamatan.

2.7 Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan untuk pembangunan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat, dan dari dana upaya kesehatan lain. Pembiayaan untuk sektor kesehatan yang berasal dari pemerintahan pusat setiap tahunnya berkisar antara 1,5%-2,5% dari anggaran belanja negara. Kebijakan kesehatan tidak lepas dari bagaimana suatu negara melihat peranan sektor kesehatan dalam pembangunan secara keseluruhan. Persepsi terhadap sektor kesehatan dan norma-norma universal akan mempengaruhi bagaimana suatu negara memobilisir sumber daya untuk pembangunan kesehatan (Gani, 2006).

Pembiayaan kesehatan di era desentralisasi memerlukan penataan sumberdaya keuangan yang mengatur penggalan, pemupukan dan pembelanjaan, dengan prinsip efisien, ekonomis, efektif, adil, berkelanjutan, transparan dan akuntabel (Widayani, 2003).

Pada saat otonomi daerah mulai diberlakukan, maka setiap daerah mulai bersiapuntuk dapat mengatur anggarannya sendiri. Anggaran-anggaran tersebut bersumber dari:

- a. Pendapatan Asli Daerah, yang bersumber dari:
 - Hasil Pajak Daerah
 - Hasil Retribusi Daerah
 - Hasil Perusahaan Milik daerah dan hasil Pengelolaan daerah yang dipisahkan
 - Lain-lain pendapatan daerah yang sah
- b. Dana Perimbangan daerah, yang terdiri dari:
 - Bagian daerah dari penerimaan pajak bumi dan bangunan, Bea perolehan hak atas tanah, dan Penerimaan dari Sumber daya Alam
 - Dana Alokasi Khusus
 - Dana Alokasi Umum
- c. Pinjaman Daerah

2.8 Study Terdahulu

Kajian mengenai analisis unit cost ini sudah pernah dilakukan oleh berbagai ahli guna mengetahui berapa seharusnya tarif yang ditetapkan oleh Puskesmas

sehingga tidak menimbulkan kerugian baik bagi pihak Puskesmas maupun pengunjung.

Beberapa penelitian terdahulu diantaranya dilakukan oleh Jubaidi, dkk dengan judul Analisis biaya di Balai Pengobatan Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu. Dalam analisis ini, unit cost yang dihasilkan adalah sebesar Rp 6.270 per kunjungan. Selain itu, perkiraan besarnya tarif pelayanan kesehatan yang dapat menutupi biaya operasional Puskesmas adalah sebesar Rp 2.593 per kunjungan.

Analisis lain juga telah dilakukan oleh Hartono, dkk dengan judul Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Seluma Provinsi Bengkulu. Dari penelitian ini dihasilkan unit cost yang seharusnya ditetapkan yaitu sebesar Rp 14.609. sementara tarif Perda yang diberlakukan adalah sebesar Rp 2.500. Dari hasil unit cost yang terbentuk memperlihatkan bahwa tarif yang ditetapkan oleh Perda masih sangat jauh dari tarif yang seharusnya diberlakukan.

Penelitian lain juga dilakukan oleh Nanik Widayani pada tahun 2003 tentang Analisis Unit Cost Pelayanan Kesehatan Puskesmas Kedung Badak dalam Rangka Perhitungan Subsidi Dana APBD Kota Bogor bagi Keluarga Miskin di Kota tersebut. Dari analisis yang dilakukan, Nanik Widayani berhasil menghitung berapa seharusnya dana APBD untuk kesehatan bagi keluarga miskin, dimana APBD yang dihitung berdasarkan unit cost adalah sebesar Rp 32.942.791, sedangkan dana yang ditetapkan sebelumnya adalah sebesar Rp 6.852.000. Unit cost yang terjadi jauh lebih tinggi dibandingkan dengan dana APBD yang ditetapkan oleh pemerintah.

Penelitian lain juga dilakukan oleh Minar Saryani Saragih (2005), tentang Berbagai Metode Analisis Biaya Yang Menunjang Institusi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut. Dari hasil penelitiannya dapat disimpulkan bahwa analisis biaya sangat dibutuhkan oleh setiap pelayanan kesehatan, dimana analisis biaya bermanfaat untuk mengetahui struktur biaya, mengetahui unit cost penetapan tarif, serta dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Data dan Sumber Data

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data yang didokumentasi oleh beberapa Puskesmas yang terdapat di Kota Padang. Data-data tersebut digunakan untuk mendapatkan data total biaya (Total Cost). Selain itu, penelitian ini juga menggunakan data-data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik.

Sedangkan, pengumpulan data dilakukan melalui penelusuran dokumentasi Puskesmas, yaitu tentang data kepegawaian, penggunaan obat, biaya umum, biaya ATK, biaya pemeliharaan, biaya inventaris alat medis dan non medis. Pengumpulan data juga dilakukan dengan cara observasi lapangan dan wawancara.

3.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah Puskesmas yang terdapat di Kota Padang yaitu dengan jumlah 20 unit Puskesmas yang tersebar di setiap Kecamatan di Kota Padang. Sedangkan, sampel dalam penelitian ini adalah tiga unit Puskesmas aktif dengan kunjungan tertinggi di pada tahun 2011.

Tabel 3.1
Data jumlah kunjungan Puskesmas pada tahun 2011

No	Puskesmas	Jumlah Kunjungan Tahun 2011
1	Seberang Padang	44187
2	Pemancangan	43064
3	Rawang	45143
4	Bungus	38273
5	Pengambiran	60911
6	Lubuk Begalung	112609
7	Padang Pasir	65742
8	Alai	41915
9	Lapai	48503
10	Andalas	114850
11	Pauh	73102
12	Lubuk Kilangan	66196
13	Nanggalo	72352
14	Kuranji	62830
15	Belimbing	64964
16	Air Dingin	103921
17	Lubuk Buaya	180269
18	Air Tawar	32840
19	Ulak Karang	40538
20	Ambacang	117227
	Jumlah	1429436

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011

Dari tabel diatas terlihat bahwa jumlah kunjungan terbanyak adalah pada Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang. Kunjungan tersebut juga diperkirakan akan terus meningkat pada tahun berikutnya.

3.3 Metode Analisis Data

Analisis data dengan menerapkan metode analisis deskriptif serta pembentukan model untuk mendapatkan Marginal Cost untuk melihat efisiensi unit Cost pada Puskesmas.

1. Penelitian deskriptif

Penelitian deskriptif adalah suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang ada, baik fenomena alamiah maupun fenomena buatan manusia. Fenomena itu bisa berupa bentuk, aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan, dan perbedaan antara fenomena yang satu dengan fenomena lainnya. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang berusaha mendeskripsikan dan menginterpretasikan sesuatu, misalnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi, atau tentang kecenderungan yang tengah berlangsung.

2. Pembentukan Model untuk Menghitung Marginal Cost

Analisis unit cost ini mengikutkan model fungsi biaya, yaitu:

$$TC = f(Q) \dots\dots\dots (1)$$

Oleh karena dalam analisis ini Total Biaya (TC) dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pasien pada Puskesmas. Dengan demikian didapatkan persamaan dalam bentuk linier yaitu:

$$TC = a_0 + a_1Q + a_2Q^2 + et\dots\dots\dots (2)$$

Dari persamaan diatas dapat menghasilkan nilai MC (Marginal Cost), dimana persamaan diatas diturunkan terhadap Q, sehingga diperoleh hasil sebagai berikut:

$$MC = f'(Q)$$

$$= \frac{\delta TC}{\delta Q}$$

$$= a_1 + 2a_2Q$$

Sedangkan, untuk Average Cost (AC)

$$AC = \frac{TC}{Q}$$

Dimana:

TC = Total Cost dari tiga Puskesmas yang menjadi sampel dalam Penelitian

a_1, a_2 = Elastisitas Q dan Q^2

Q = Jumlah Kunjungan Puskesmas

Q^2 = Jumlah Kunjungan dikuadratkan

et = error term

BAB IV

GAMBARAN UMUM PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian

Secara geografis Kota Padang terletak pada bagian pantai Barat Sumatera pada posisi $00^{\circ} 44' 00'' - 01^{\circ} 08' 35''$ Lintang Selatan dan $100^{\circ} 08' 35'' - 100^{\circ} 34' 09''$ Bujur Timur dengan luas keseluruhan $694,96 \text{ Km}^2$. Secara geografis Kota Padang merupakan perpaduan dataran rendah dan perbukitan serta aliran sungai dan pulau-pulau, dengan uraian 21 buah sungai dan 19 buah pulau yang tersebar di beberapa kecamatan dengan pemanfaatan lahan produktif 180 km^2 sedangkan panjang pantai 68.126 Km . Curah hujan rata rata adalah $384,88 \text{ mm}$ perbulan. Temperatur $22^{\circ}\text{C} - 31,7^{\circ}\text{C}$ dengan kelembaban udara berkisar $70 - 84\%$ (BPS Kota Padang, 2011).

Secara administrasi Pemerintah Kota Padang terdiri dari 11 Kecamatan dan 104 Kelurahan. Kota Padang ini sebelah utara berbatas dengan Kabupaten Padang Pariaman, sebelah Selatan berbatas dengan Kabupaten Pesisir Selatan, sebelah timur berbatas dengan Kabupaten Solok, sebelah barat berbatas dengan Samudra Indonesia (BPS Kota Padang, 2008).

4.2 Sarana Dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Kota Padang

Pembangunan kesehatan kota Padang diarahkan untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan. Dalam upaya mencapai tujuan tersebut penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang bermutu merupakan hal yang penting (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011).

1) Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada di kota Padang adalah :

a. Puskesmas

Fasilitas pelayanan yang tersedia di kota Padang saat ini, secara umum sudah memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Pada tingkat pelayanan dasar, saat ini terdapat 20 buah puskesmas yang terletak pada 11 kecamatan di Kota Padang.

b. Puskesmas Pembantu

Puskesmas Pembantu didirikan untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan sampai ke daerah yang sulit dijangkau dan juga memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan. Pada tahun 2009 dibangun 3 buah puskesmas pembantu, sehingga total puskesmas pembantu yang beroperasi pada tahun 2011 adalah 62 buah.

c. Poskeskel.

Pada Tahun 2008 telah dibangun Poskeskel sebanyak 16 unit dan pada tahun 2009 dibangun 3 Poskeskel dan Tahun 2010 dibangun empat Poskeskel lagi sehingga saat ini telah terdapat sebanyak Poskeskel. Poskeskel ini dibangun dengan dana DAK, APBD, Swadaya masyarakat dan PNPM mandiri.

d. Puskesmas Keliling

Sarana transportasi pendukung pelayanan puskesmas antara lain puskesmas keliling (kendaraan roda 4), pada tahun 2011 berjumlah 21

buah dan kendaraan roda 2 sebanyak 88 buah. Artinya setiap Puskesmas sudah didukung fasilitas Puskesmas keliling roda 4 sebanyak 1 unit. Kendaraan operasional Roda 4 di Dinas Kesehatan Kota Padang berjumlah 14 unit dan kendaraan roda 2 berjumlah 18 unit.

2) Sarana dan prasarana kesehatan lain

Sarana dan prasarana kesehatan lain yang terdapat di Kota Padang yaitu 1 buah Rumah Sakit Umum Daerah, 4 buah Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta sebanyak 22 buah, Balai Pengobatan sebanyak 67 buah, Apotik yang berjumlah 190 buah, Toko Obat sebanyak 122 buah, Laboratorium Kesehatan Swasta sebanyak 15 buah, Optik 45 buah, Posyandu berjumlah 854 buah, dan Rumah Bersalin yang berjumlah 45 buah.

4.3 Jumlah Kunjungan Puskesmas

4.3.1 Jumlah Kunjungan Puskesmas di Kota Padang

Tabel 4.1
Jumlah kunjungan Puskesmas Kota Padang

No	Puskesmas	Jumlah Kunjungan		
		2009	2010	2011
1	Seberang Padang	37139	88291	44187
2	Pemancungan	32797	63354	43064
3	Rawang	41048	31438	45143
4	Bungus	32262	57662	38273
5	Pengambiran	58956	81510	60911
6	Lubuk Begalung	99498	189579	112609
7	Padang Pasir	102867	150340	65742
8	Alai	52662	42306	41915
9	Lapai	40671	62708	48503
10	Andalas	133109	179388	114850
11	Pauh	60321	85743	73102
12	Lubuk Kilangan	59891	78606	66196
13	Nanggalo	67213	101047	72352
14	Kuranji	49853	69225	62830
15	Belimbing	82904	77725	64964
16	Air Dingin	94759	107106	103921
17	Lubuk Buaya	145442	232262	180269
18	Air Tawar	44751	57233	32840
19	Ulak Karang	53013	49449	40538
20	Ambacang	67429	145221	117227
	Jumlah	1356585	1950193	1429436

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa angka jumlah kunjungan di Puskesmas di Kota Padang cenderung tinggi. Ditahun 2009 jumlah kunjungan ke Puskesmas adalah sebanyak 1.356.585 kunjugan dan meningkat drastis pada tahun 2010 yaitu dengan jumlah 1.950.193 kunjungan. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah kunjungan mengalami penurunan, namun tetap berada pada angka yang cukup tinggi yaitu

sebanyak 1.429.436 kunjungan. Ini menandakan bahwa derajat kesehatan masyarakat Kota Padang masih rendah. Namun hal tersebut juga dibarengi dengan kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan mereka ke tempat pelayanan publik yang disediakan khususnya Puskesmas.

Perbedaan jumlah kunjungan yang terjadi disebabkan karena perbedaan jumlah penduduk yang tersebar diseluruh kecamatan di Kota Padang. Seperti pada Kecamatan Koto Tengah, dimana di Kecamatan ini terdapat Puskesmas Lubuk Buaya. Kecamatan Koto Tengah ini merupakan kecamatan dengan jumlah penduduk terbanyak di Kota Padang.

4.3.2 Jumlah Kunjungan Puskesmas Andalas, Lubuk Buaya dan Ambacang

Tabel 4.2
Jumlah kunjungan pada Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang

No	Puskesmas	Jumlah Kunjungan		
		2009	2010	2011
1	Andalas	133109	179388	114850
2	Lubuk Buaya	145442	232262	180269
3	Ambacang	67429	145221	117227
	Jumlah	345980	556871	412346

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011

Tabel diatas memperlihatkan jumlah kunjungan pada Puskesmas yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Dari tabel dapat diketahui bahwa jumlah kunjungan pada Puskesmas Andalas di tahun 2009 adalah sebanyak 133.109 kunjungan, meningkat pada tahun 2010 yaitu sebesar 179.388

kunjungan. Pada tahun 2011 jumlah kunjungan kembali menurun namun masih dalam angka ratusan ribu yaitu sebanyak 114.850 kunjungan.

Pada Puskesmas Lubuk Buaya, jumlah kunjungan pada tahun 2009 adalah sebanyak 145.442 kunjungan, meningkat tajam pada tahun 2010 yaitu menjadi 232.262 kunjungan. Jumlah kunjungan menurun pada tahun 2011 menjadi 180.269 kunjungan.

Angka jumlah kunjungan pada Puskesmas Ambacang pada tahun 2009 adalah sebanyak 67.429 kunjungan. Jumlah tersebut meningkat drastis pada tahun 2010 menjadi 145.221 kunjungan. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah kunjungan pada Puskesmas Ambacang masih dengan angka yang tinggi jika dibandingkan dengan angka jumlah kunjungan pada tahun 2009 yaitu sebanyak 117.227 jumlah kunjungan.

Puskesmas-puskesmas diatas memiliki jumlah kunjungan yang meningkat drastis pada tahun 2010, dimana jumlah kunjungan meningkat dari 345.980 kunjungan pada tahun 2009 menjadi 556.871 kunjungan. Hal tersebut diperkirakan karena dampak dari gempa bumi yang melanda Sumatera Barat pada tahun 2009 yang menyebabkan banyaknya masyarakat yang mengalami trauma fisik maupun psikologis yang mengharuskan mereka untuk memeriksakannya ke Puskesmas tersebut.

4.4 Penyakit Terbanyak di Kota Padang

Tabel 4.3
Sepuluh jenis penyakit terbanyak di Kota Padang

No	Penyakit	Jumlah		
		2009	2010	2011
1	ISPA	213778	127026	115361
2	Gastritis	39680	24058	21606
3	Penyakit Kulit Infeksi	—	—	21340
4	Pulpa & jaringan periapikal	—	13826	15238
5	Penyakit Kulit Alergi	11986	18335	14808
6	Radang Sendi	—	—	14353
7	Demam yang tidak diketahui sebabnya	—	13967	13430
8	Infeksi lain pada saluran nafas atas	—	13967	11832
9	Diare	—	11676	10282
10	Ginggivitis & penyakit periodental	31698	10352	9721

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Padang, 2011

Tabel diatas memperlihatkan data sepuluh jumlah penyakit terbanyak di Kota Padang. Dari tabel dapat diketahui bahwa penyakit terbanyak dan selalu menempati urutan teratas adalah ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas). Di tahun 2009 jumlah kunjungan dengan penyakit ISPA adalah sebanyak 213.778 kunjungan dan mengalami penurunan ditahun 2010 dan 2011 menjadi 127.026 dan 115.361 kunjungan. Ini menandakan bahwa pengobatan terhadap penyakit ISPA cenderung mengalami peningkatan.

4.5 Keadaan Kesehatan di Kota Padang

Kota Padang memiliki Puskesmas sebanyak 20 unit yang tersebar disetiap Kecamatan. Puskesmas-puskesmas tersebut memiliki jumlah kunjungan yang terus meningkat dari tahun ketahun. Pada tahun 2009, jumlah kunjungan adalah sebanyak 1.356.585 kunjungan. Pada tahun 2010, jumlah kunjungan meningkat

drastis menjadi 1.950.193 kunjungan, sedangkan pada tahun 2011 jumlah kunjungan sedikit mengalami penurunan menjadi 1.429.436.

Jumlah kunjungan yang meningkat drastis pada tahun 2010 diperkirakan terjadi karena gempa bumi yang melanda Kota Padang pada penghujung tahun 2009 silam. Gempa bumi mengakibatkan banyaknya masyarakat yang mengalami sakit, baik fisik maupun psikologis. Hal tersebut mengakibatkan mereka untuk menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, seperti Puskesmas ini.

Keadaan kesehatan masyarakat diperkirakan membaik pada tahun 2011. Hal tersebut dapat dilihat dari menurunnya jumlah kunjungan menjadi 1.429.436 kunjungan. Jumlah kunjungan telah menurun walaupun masih dalam jumlah yang tinggi pada tahun 2011 tersebut.

Diantara Puskesmas-puskesmas yang tersebar di setiap Kecamatan yang ada di Kota Padang, Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Ambacang merupakan Puskesmas yang memiliki jumlah kunjungan terbanyak pada tahun 2011. Pada tabel 4.2 dapat dilihat bahwa pada tahun 2011 jumlah kunjungan di Puskesmas Andalas adalah sebanyak 114.850 kunjungan, sedangkan pada Puskesmas Lubuk Buaya sebanyak 180.269 kunjungan, dan pada Puskesmas Ambacang sebanyak 117.227 kunjungan.

Secara keseluruhan, jumlah kunjungan di tahun 2011 pada tiga Puskesmas yang menjadi sampel Penelitian ini adalah sebanyak 412.346 kunjungan. Sedangkan total kunjungan Puskesmas ditahun 2011 adalah sebanyak 1.429.436 jumlah kunjungan. Dari data tersebut berarti sekitar 29% jumlah kunjungan

Puskesmas di Kota Padang terdapat pada tiga Puskesmas yang menjadi sampel Penelitian ini.

Jika dilihat dari tabel 4.3, dapat dilihat bahwa Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) merupakan jenis penyakit yang selalu menempati jumlah tertinggi dari tahun ketahun. Namun, jika dilihat dari jumlah penderita dari tahun 2009 sampai tahun 2011, penderita penyakit ISPA berangsur menurun walaupun masih dalam jumlah tertinggi dibandingkan dengan penyakit lainnya. Begitu juga dengan 9 penyakit terbanyak lainnya, dimana pada untuk tahun 2009 sampai tahun 2011, jumlah penderita semakin menurun. Hal tersebut menandakan bahwa penanganan terhadap berbagai penyakit sudah mengalami peningkatan, walaupun jumlah penyakit tersebut masih tinggi.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Komponen Biaya

Dalam menghitung unit cost dalam penelitian ini, maka komponen komponen biaya yang akan diperhitungkan adalah sebagai berikut.

1. Biaya langsung

Biaya langsung merupakan biaya-biaya yang dikeluarkan pada unit produksi yang secara langsung berkaitan dengan pelayanan pasien.

Komponen biaya langsung terdiri atas:

- Gaji pegawai
- Gaji dokter
- Biaya Obat
- Biaya bahan medis habis pakai
- Gedung
- Kendaraan

2. Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung merupakan biaya yang secara riil tidak terjadi dalam suatu unit pelayanan, namun dampak dari biaya tersebut berpengaruh terhadap kinerja dalam unit tersebut.

Komponen biaya tidak langsung terdiri atas:

- Insentif dan honor
- Biaya ATK

- Biaya umum
- Biaya pemeliharaan

3. Total Cost

Total cost merupakan seluruh biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan produksi atau pelayanan pada puskesmas untuk setiap pasien.

4. Kunjungan Pasien

Kunjungan pemeriksaan merupakan seluruh pasien yang mengunjungi puskesmas guna melakukan pemeriksaan pada semua golongan umur.

5. Unit Cost

Unit cost merupakan besarnya biaya sesungguhnya yang dikeluarkan pada setiap jasa yang diberikan.

5.2 Perhitungan Unit Cost

Untuk mendapatkan Unit Cost pada Puskesmas yang terdapat di Kota Padang, maka perlu diketahui unit cost masing-masing Puskesmas. Dimana dalam penelitian ini, Puskesmas yang diambil adalah Puskesmas dengan jumlah Kunjungan terbanyak pada tahun 2011.

5.2.1 Puskesmas Andalas

Tabel 5.1
Jumlah kunjungan dan total cost pada Puskesmas Andalas pada tahun 2009-2011

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost
2009	133.109	Rp 2.258.115.119
2010	179.388	Rp 2.311.739.714
2011	117.227	Rp 2.303.277.659

Sumber: Lampiran 1.

Tabel diatas menunjukkan jumlah kunjungan dan total cost dari Puskesmas Andalas selama tahun 2009-2011, dimana jumlah kunjungan pada tahun 2009 adalah sebanyak 133.109 kunjungan dengan total cost Rp 2.258.115.119. Sedangkan pada tahun 2010 jumlah kunjungan meningkat menjadi 179.388 kunjungan sehingga total cost menjadi Rp 2.311.739.714, dan pada tahun 2011 jumlah kunjungan turun menjadi 117.227 dengan total cost pada puskesmas tersebut sebesar Rp 2.303.227.659.

Dari data diatas dapat dicari unit cost pada Puskesmas Andalas yaitu:

- **Tahun 2009**

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 2.258.115.119$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_1\text{)} = 133.109 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{\text{Rp } 2.258.115.119}{133.109} \\ &= \text{Rp } 16.964,4\end{aligned}$$

- **Tahun 2010**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 2.311.739.714$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_2\text{)} = 179.388 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{\text{Rp } 2.311.739.714}{179.388} \\ &= \text{Rp } 12.887\end{aligned}$$

- **Tahun 2011**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 2.303.277.659$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_3\text{)} = 117.227 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned} \text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{\text{Rp } 2.303.277.659}{117.227} \\ &= \text{Rp } 19.648 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan unit cost yang telah dilakukan pada Puskesmas Andalas, diketahui bahwa unit cost yang seharusnya ditetapkan pada tahun 2009, 2010, dan 2011 adalah sebesar Rp 16.964, Rp 12.887, dan Rp 19.648.

5.2.2 Puskesmas Lubuk Buaya

Tabel 5.2

Jumlah kunjungan pada Puskesmas Lubuk Buaya pada tahun 2009-2011

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost
2009	145442	Rp 3.251.588.348
2010	232262	Rp 3.125.766.213
2011	180269	Rp 2.626.969.188

Sumber: Lampiran 1.

Tabel diatas menunjukkan jumlah kunjungan dan total cost dari Puskesmas Andalas selama tahun 2009-2011, dimana jumlah kunjungan pada tahun 2009 adalah sebanyak 145.442 kunjungan dengan total cost Rp 3.251.588.348. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan meningkat drastis menjadi 179.388 kunjungan, sedangkan Total Costnya adalah Rp 3.125.766.213. Pada tahun 2011 jumlah

kunjungan turun menjadi 180.269 kunjungan dengan total cost pada puskesmas tersebut sebesar Rp 2.626.969.188.

Dari data diatas dapat dicari unit cost pelayanan pada Puskesmas Andalas yaitu:

- **Tahun 2009**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

Total Cost (TC) = Rp 3.251.588.348

Jumlah Kunjungan (Q_1) = 145.442 kunjungan

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{Rp\ 3.251.588.348}{145.442} \\ &= Rp\ 22.357\end{aligned}$$

- **Tahun 2010**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

Total Cost (TC) = Rp 3.125.766.213

Jumlah Kunjungan (Q_2) = 179.388 kunjungan

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{Rp\ 3.125.766.213}{179.388} \\ &= Rp\ 17.425\end{aligned}$$

- **Tahun 2011**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

Total Cost (TC) = Rp 2.626.969.188

Jumlah Kunjungan (Q_3) = 180.269 kunjungan

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{q} \\ &= \frac{Rp\ 2.626.969.188}{180.269} \\ &= Rp\ 14.573\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan unit cost yang telah dilakukan untuk Puskesmas Lubuk Buaya, dapat diketahui bahwa unit cost yang seharusnya ditetapkan pada tahun 2009, 2010, dan 2011 adalah sebesar Rp 22.357, Rp 17.425, dan Rp 14.573.

5.2.3 Puskesmas Ambacang

Tabel 5.3
Jumlah kunjungan dan total cost pada puskesmas Lubuk Buaya pada tahun 2009-2011

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost
2009	67429	Rp 1.289.395.481
2010	145221	Rp 1.312.675.542
2011	114850	Rp 1.438.858.727

Sumber: Lampiran 1.

Tabel diatas menunjukkan jumlah kunjungan dan total cost dari Puskesmas Andalas selama tahun 2009-2011, dimana jumlah kunjungan pada tahun 2009 adalah sebanyak 67.429 kunjungan dengan total cost Rp 1.289.395.481. untuk tahun 2010, Puskesmas Ambacang juga mengalami peningkatan jumlah kunjungan yaitu sebanyak 145.221 kunjungan dengan Total Cost sebesar Rp 1.312.675.542. Pada tahun 2011 jumlah kunjugan turun menjadi 114.850 kunjungan dengan total cost pada puskesmas tersebut sebesar Rp 1.438.858.727.

Dari data diatas dapat dicari unit cost pelayanan pada Puskesmas Andalas yaitu:

- **Tahun 2009**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 1.289.395.481$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_1\text{)} = 67.429 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{\text{Rp } 1.289.395.481}{67.429} \\ &= \text{Rp } 19.122,3\end{aligned}$$

- **Tahun 2010**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 1.312.675.542$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_2\text{)} = 145.221 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned}\text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\ &= \frac{\text{Rp } 1.312.675.542}{145.221} \\ &= \text{Rp } 9.039\end{aligned}$$

- **Tahun 2011**

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa:

$$\text{Total Cost (TC)} = \text{Rp } 1.438.858.727$$

$$\text{Jumlah Kunjungan (Q}_3\text{)} = 114.850 \text{ kunjungan}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Unit Cost} &= \frac{TC}{Q} \\
 &= \frac{Rp\ 1.438.858.727}{114.850} \\
 &= Rp\ 12.528
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan unit cost yang telah dilakukan untuk Puskesmas Ambacang dapat diketahui bahwa Unit cost yang seharusnya ditetapkan pada tahun 2009, 2010, dan 2011 adalah sebesar Rp 19.122, Rp 9.039, dan Rp 12.528.

5.3 Perhitungan Marginal Cost

Biaya marginal merupakan kenaikan biaya produksi yang dikeluarkan untuk menambah produksi sebanyak satu unit. Marginal Cost (biaya marginal merupakan turunan pertama dari total cost.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil regresi, diperoleh hasil sebagai berikut:

$$TC = a_0 + a_1Q + a_2Q^2$$

$$TC = 400.000.000 + 14.874,064Q - 0,14Q^2$$

$$MC = 14.874,064 - 0,028Q$$

Dimana:

TC = Total Cost

Q = Jumlah Kunjungan Puskesmas

MC = Marginal Cost

a_0, a_1, a_2 = konstanta, koefisien Q, dan koefisien Q^2

Dari hasil regresi diatas dapat diketahui bahwa jika jumlah kunjungan ke Puskesmas tetap, maka total cost adalah sebesar Rp 400.000.000. Sedangkan, jika

terjadi peningkatan jumlah kunjungan sebanyak 1 kali kunjungan, maka total cost akan meningkat sebesar Rp 14.874,064.

Setelah didapatkan nilai dari marginal cost ini, maka bisa digambarkan dalam bentuk kurva. Caranya yaitu dengan mensubsitusikan nilai Q (jumlah Kunjungan) masing-masing Puskesmas kedalam persamaan Marginal Cost.

- **Puskesmas Andalas**

$$Q_{2009} = 133.109 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 16.964$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (133.109) \\ &= \text{Rp } 11.147 \end{aligned}$$

$$Q_{2010} = 179.388 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 19.648$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (179.388) \\ &= \text{Rp } 9.851 \end{aligned}$$

$$Q_{2011} = 117.227 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 12.887$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (117.227) \\ &= \text{Rp } 11.592 \end{aligned}$$

- **Puskesmas Lubuk Buaya**

$$Q_{2009} = 145.442 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 22.357$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (145.442) \\ &= \text{Rp } 10.802 \end{aligned}$$

$$Q_{2010} = 232.262 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 17.425$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (232.262) \\ &= \text{Rp } 8.370,728 \end{aligned}$$

$$Q_{2011} = 180.269 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 14.573$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (180.269) \\ &= \text{Rp } 9.826,532 \end{aligned}$$

- **Puskesmas Ambacang**

$$Q_{2009} = 67.429 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 19.122$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (67.429) \\ &= \text{Rp } 12.986,052 \end{aligned}$$

$$Q_{2010} = 145.221 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 9.039$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (145.221) \\ &= \text{Rp } 10.808 \end{aligned}$$

$$Q_{2011} = 114.850 \text{ pasien}$$

$$\text{Unit Cost} = \text{Rp } 12.528$$

$$\begin{aligned} MC &= 14.874,064 - 0,014Q \\ &= \text{Rp } 14.874,064 - 0,028 (114.850) \\ &= \text{Rp } 11.658 \end{aligned}$$

Keterangan:

Q_{2009} = Jumlah Kunjungan Pasien pada tahun 2009

Q_{2010} = Jumlah Kunjungan Pasien pada tahun 2010

Q_{2011} = Jumlah Kunjungan Pasien pada tahun 2011

MC = Marginal Cost

5.4 Kurva Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost

Jumlah Kunjungan (Q), Unit cost (AC) dan Marginal Cost (MC) pada masing-masing Puskesmas dapat digambarkan dalam bentuk tabel dan kurva pada.

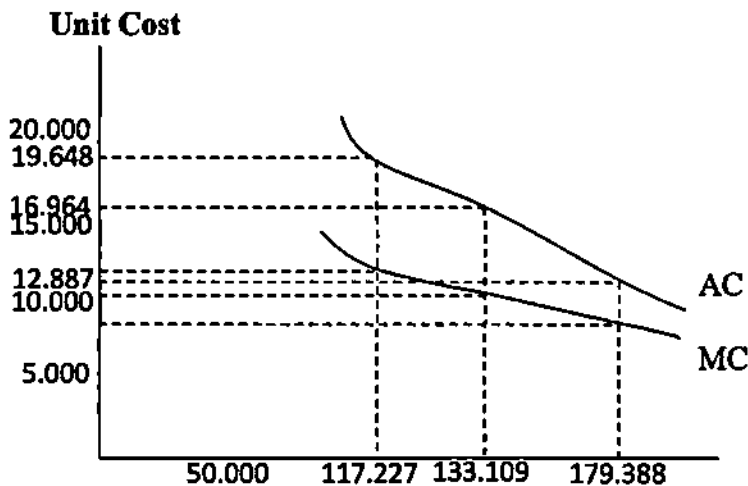
- Puskesmas Andalas

Tabel 5.4
Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan Marginal Cost Puskesmas Andalas

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost	Unit Cost	Marginal Cost
2009	133109	Rp 2.258.115.119	Rp 16.964	Rp 11.147
2010	179388	Rp 2.311.739.714	Rp 12.887	Rp 9.851
2011	117227	Rp 2.303.277.659	Rp 19.648	Rp 13.233

Sumber: Data diolah, Lampiran 2.

Gambar 5.1
Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost pada Puskesmas Andalas



Keterangan kurva:

Q1 = Jumlah kunjungan pada tahun 2011

Q2 = Jumlah kunjungan pada tahun 2009

Q3 = Jumlah kunjungan pada tahun 2010

Dari tabel dan kurva diatas dapat dilihat bahwa unit cost yang terjadi untuk tahun 2009-2011 masing-masing adalah sebesar Rp 16.964, Rp 12.887, dan Rp 19648.

Marginal Cost (MC) saat jumlah kunjungan sebanyak 133.109 adalah sebesar Rp 11.147. saat jumlah kunjungan meningkat menjadi 179.388, marginal cost justru turun menjadi Rp 9.851, dan saat jumlah kunjungan sebanyak 177.227, marginal cost yang terjadi adalah sebesar Rp 13.233.

Dari kurva dapat diartikan bahwa unit cost yang terjadi tidak efisien karena Marginal cost (MC) lebih kecil daripada Average Cost (AC) atau $MC < AC$, dimana pada saat ini terjadi Increasing Return. Namun, pada kondisi seperti ini, biaya masih bisa ditekan.

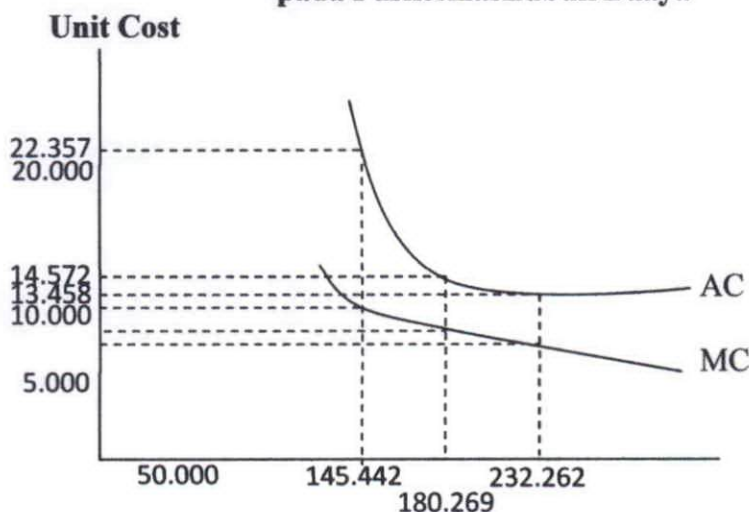
- **Puskesmas Lubuk Buaya**

Tabel 5.5
Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan Marginal Cost
Puskesmas Lubuk Buaya

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost	Unit Cost	MC
2009	145442	Rp 3.251.588.348	Rp 22.357	Rp 10.802
2010	232262	Rp 3.125.766.213	Rp 13.458	Rp 8.371
2011	180269	Rp 2.626.969.188	Rp 14.572	Rp 9.827

Sumber: Data diolah, lampiran 2.

Kurva 5.2
Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost
pada Puskesmas Lubuk Buaya



Keterangan kurva:

Q1 = Jumlah kunjungan pada tahun 2009

Q2 = Jumlah kunjungan pada tahun 2011

Q3 = Jumlah kunjungan pada tahun 2010

Kurva diatas menunjukkan hubungan antara AC dan MC, dimana MC berada dibawah garis AC. Dari kurva dapat diartikan bahwa unit cost yang terjadi belum efisien. Unit cost dikatakan efisien saat $AC = MC$, sedangkan dari kurva yang terjadi adalah $MC < AC$. Dalam kurva terlihat bahwa garis MC berada dibawah garis AC, dimana Unit Cost yang terjadi adalah sebesar Rp 23.357, Rp 13.458, dan 14.572. Sedangkan Marginal Cost (MC)nya masing-masing hanya Rp 10.802, Rp 8.371, dan Rp 9.827. Pada kondisi $MC < AC$ ini, terjadi Increasing Return, namun biaya masih bisa ditekan.

- **Puskesmas Ambacang**

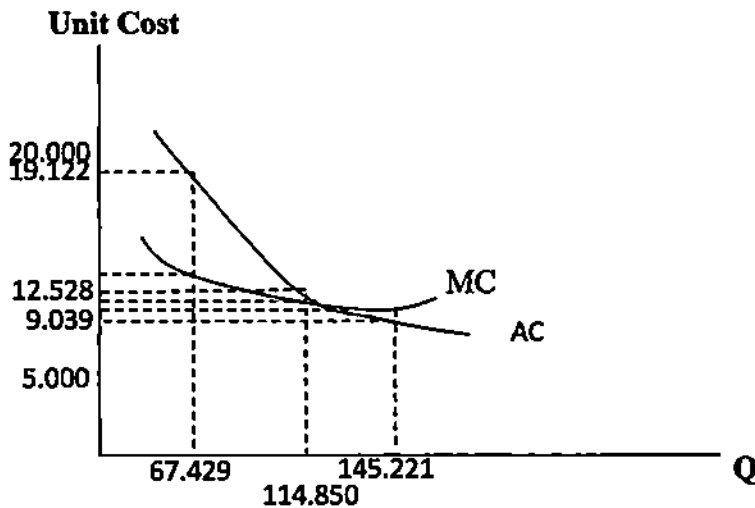
Tabel 5.6

**Hubungan Jumlah Kunjungan, Total Cost, Unit Cost, dan
Marginal Cost Puskesmas Ambacang**

Tahun	Jumlah Kunjungan	Total Cost	Unit Cost	MC
2009	67429	Rp 1.289.395.481	Rp 19.122	Rp 12.986
2010	145221	Rp 1.312.675.542	Rp 9.039	Rp 10.808
2011	114850	Rp 1.438.858.727	Rp 12.528	Rp 11.658

Sumber: Data diolah, lampiran 2.

Gambar 5.3
Hubungan Jumlah Kunjungan, Unit Cost, dan Marginal Cost pada
Puskesmas Ambacang



Keterangan kurva:

Q1 = Jumlah kunjungan pada tahun 2009

Q2 = Jumlah kunjungan pada tahun 2011

Q3 = Jumlah kunjungan pada tahun 2010

Kurva diatas menunjukkan berapa besaran unit cost dan marginal cost yang terbentuk dari kurva tersebut. Dimana, unit cost pada tahun 2009-2011 masing-masing adalah sebesar Rp 19.122, Rp 9.039, dan 12.528, dengan Marginal Cost yang terbentuk adalah sebesar Rp 12.986, Rp 10.808, dan Rp 11.658.

Dari kurva diatas, juga belum tercapai efisiensi, karena $MC > AC$. Namun, dalam kurva, MC memotong AC pada unit cost Rp 12.528, dengan jumlah kunjungan sebanyak 114.850 kunjungan.

Secara keseluruhan, tarif rasional yang dikenakan pada pengunjung Puskesmas adalah sebesar Rp 12.528. Selain itu, dalam hal jumlah kunjungan yang terjadi, maka jumlah kunjungan yang ideal yang disesuaikan dengan unit

cost yang terbentuk adalah 114.850 kunjungan. Pada kondisi ini nantinya diperkirakan bahwa baik pihak Puskesmas selaku produsen maupun pengunjung selaku konsumen tidak ada yang dirugikan.

5.5 Analisis Pengeluaran Masyarakat dengan Unit Cost yang Terjadi serta Penetapan Subsidi dari Pemerintah

Unit cost merupakan suatu informasi yang sangat penting bagi suatu kegiatan. Dengan adanya penghitungan unit cost, maka efisiensi dan kinerja suatu kegiatan dapat dimonitor dengan baik. Selain itu, dengan penghitungan unit cost akan dihasilkan informasi mengenai biaya per produk, sehingga akan lebih memudahkan dalam membuat strategi, penganggaran, maupun keputusan penting lainnya. Dengan kata lain, informasi mengenai unit cost dapat dijadikan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dalam suatu kegiatan.

Dari hasil perhitungan unit Cost yang telah diperoleh sebelumnya, maka unit cost yang terjadi untuk setiap Puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7
Unit Cost dan Marginal Cost yang terjadi pada masing-masing Puskesmas dari tahun 2009-2010

Puskesmas	Tahun	Jumlah Kunjungan	Unit Cost	Marginal Cost
Andalas	2009	133109	Rp 16.964	Rp 11.147
	2010	179388	Rp 12.887	Rp 9.851
	2011	117227	Rp 19.648	Rp 13.223
Lubuk Buaya	2009	145442	Rp 22.357	Rp 10.802
	2010	232262	Rp 13.458	Rp 8.371
	2011	180269	Rp 14.572	Rp 9.827
Ambacang	2009	67429	Rp 19.122	Rp 12.986
	2010	145221	Rp 9.039	Rp 10.808
	2011	114850	Rp 12.528	Rp 11.658

Sumber: Data diolah, lampiran 2.

Dari perhitungan unit cost yang telah dilakukan dapat dilihat dari tabel 5.7 bahwa unit cost yang terjadi pada tahun 2009, 2010, dan 2011 untuk Puskesmas Andalas adalah Rp 16.964, Rp 12.887, dan Rp 19.648. Sedangkan, untuk Puskesmas Lubuk Buaya Unit Cost yang seharusnya ditetapkan pada tahun 2009-2011 adalah Rp 22.357, Rp 13.458, dan Rp 14.572, dan untuk Puskesmas Ambacang, unit cost yang seharusnya ditetapkan pada tahun 2009-2011 adalah sebesar Rp 19.122, Rp 9.039, dan Rp 12.528

Sedangkan, Marginal Cost yang terbentuk untuk Puskesmas Andalas pada tahun 2009-2011 adalah Rp 11.147, Rp 9.851, dan Rp 13.223. Untuk Puskesmas Lubuk Buaya, Marginal Cost yang terjadi adalah sebesar Rp 10.802, Rp 8.371, dan Rp 9.827, dan untuk Puskesmas Ambacang adalah sebesar Rp 12.986, Rp 10.808, dan Rp 11.658.

Jika dilihat perbandingan antara Unit Cost dan Marginal Cost yang terjadi, dapat dilihat bahwa belum ada efisiensi biaya yang terjadi. Efisiensi terjadi saat $AC = MC$, sedangkan yang terjadi adalah $MC < AC$ dan $MC > AC$. Hal ini salah satunya disebabkan karena Total Cost yang ada tidak sebanding dengan jumlah kunjungan yang ada. Namun, jika dibandingkan dengan unit cost dan marginal cost yang terjadi, maka unit cost yang lebih efisien dibandingkan dengan yang lainnya adalah sebesar Rp 12.582, dengan jumlah kunjungan yang ideal yaitu sebanyak 114.850 orang.

Namun, Unit cost yang sebesar Rp 12.582 yang terjadi tersebut juga harus disesuaikan dengan kemampuan masyarakat untuk membayar yang dapat dilihat dari pengeluaran masyarakat untuk Puskesmas pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.8
Konsumsi non makanan perkapita perbulan perkotaan
di Sumatera Barat

No	Rincian Komoditi	Jumlah
A	Perumahan dan Fasilitas Rumah Tangga	Rp 123.159
B	Aneka Barang dan Jasa	
	Sabun mandi	Rp 6.398
	Barang kecantikan	Rp 5.735
	Perawatan kulit	Rp 2.430
	Barang lainnya	Rp 677
	Biaya RS pemerintah	Rp 3.921
	Biaya RS swasta	Rp 4.270
	Puskesmas	Rp 865
	Praktek Dokter	Rp 2.438
	Praktek Bidan	Rp 902
	Pengobatan tradisional	Rp 349
	Dukun Penolong persalinan	Rp 24

Sumber: Pengeluaran untuk Konsumsi Penduduk Sumatera Barat, 2009-2010

Dari data pada tabel diatas, diketahui bahwa rata-rata pengeluaran masyarakat untuk Puskesmas adalah sebesar Rp 865. Sedangkan, unit cost yang memungkinkan untuk ditetapkan pada sebuah Puskesmas berdasarkan perhitungan unit cost yang telah dilakukan sebelumnya adalah sebesar Rp 12.582.

Untuk mengatasi hal tersebut, maka diperlukan subsidi dari pemerintah. Subsidi yang harus dikeluarkan oleh pemerintah adalah sebesar selisih antara Unit Cost dan besar pengeluaran masyarakat untuk Puskesmas, yaitu $Rp\ 12.528 - Rp\ 865 = Rp\ 11.663$ per kunjungan.

Jadi, besarnya subsidi yang harus dikeluarkan oleh Pemerintah untuk satu kunjungan pasien adalah sebesar Rp 11.663. Selanjutnya, jika satu orang pasien diberi subsidi sebesar Rp 11.663, maka total subsidi yang harus dikeluarkan oleh

pemerintah dengan jumlah kunjungan dengan rata-rata pertahunnya sebanyak 1.578.738 kunjungan adalah sebesar Rp 18.412.821.290.

5.6 Analisis Anggaran Kesehatan untuk Puskesmas

Jika dilihat dari total cost yang dikeluarkan oleh tiga Puskesmas diatas, rata-rata total cost untuk satu unit Puskesmas pertahunnya adalah sebesar Rp 2.250.060.490. Dengan demikian, Total Cost untuk 20 unit Puskesmas yang terdapat di Kota Padang pertahunnya adalah sebesar Rp 45.001.209.800.

Jika dibandingkan dengan APBD kota Padang pada tahun 2010 yaitu sebesar Rp 67.740.700.000, dengan pembiayaan Puskesmas adalah sebesar Rp 45.001.209.800, berarti sekitar 66,4% APBD Kota Padang untuk kesehatan diserap oleh Puskesmas.

Angka tersebut berarti lebih dari 50% dana anggaran untuk kesehatan dipergunakan hanya untuk Puskesmas. Sedangkan masih banyak tempat pelayanan kesehatan lain seperti Rumah Sakit, Balai pengobatan, dan sarana prasarana kesehatan lain yang terdapat di Kota Padang yang sebagian besar sumber pembiayaannya juga berasal dari Pemerintah.

Oleh sebab itu penggratisan tarif retribusi pada Puskesmas dapat menyebabkan adanya kerugian yang ditanggung oleh Puskesmas maupun pasien. Pihak Puskesmas selaku produsen tidak mampu menutupi biaya yang dibutuhkan untuk operasional Puskesmas yang dapat mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan yang diberikan pada pasien. Sedangkan dari segi pasien selaku konsumen tidak dapat menikmati mutu pelayanan yang lebih baik.

Sebelumnya, di Puskesmas-puskesmas di Kota Padang diberlakukan penetapan tarif retribusi sebesar Rp 2.000. Dari beberapa sumber yang ditemui, tarif retribusi tersebut tidak terlalu membebani masyarakat. Pihak Puskesmas pun memberikan mutu pelayanan yang lebih baik bagi masyarakat.

Penetapan tarif retribusi yang sebesar Rp 2.000 yang diterapkan sebelum tahun 2009 cukup mampu menutupi biaya operasional Puskesmas disamping biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah. Namun, setelah penetapan tarif retribusi sebesar Rp 2.000 dihapuskan, Puskesmas-puskesmas yang diteliti menjadi tidak mampu lagi untuk menutupi seluruh biaya operasionalnya karena biaya yang diberikan oleh pemerintah adalah terbatas dan secara keseluruhan biaya tersebut tidak mampu menutupi kebutuhan Puskesmas. Misalnya dalam pemakaian telepon, biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah hanya mampu membiayai penggunaan telepon Puskesmas selama 4-5 bulan pertama. Sedangkan, dibulan selanjutnya penggunaan telepon harus dihentikan karena tidak ada lagi sumber biaya yang bisa digunakan untuk menutupi biaya-biaya operasional tersebut. Jadi penetapan tarif retribusi sebesar Rp 2.000 sangat membantu Puskesmas dalam membiayai kebutuhan operasionalnya karena biaya dari pemerintah yang terbatas.

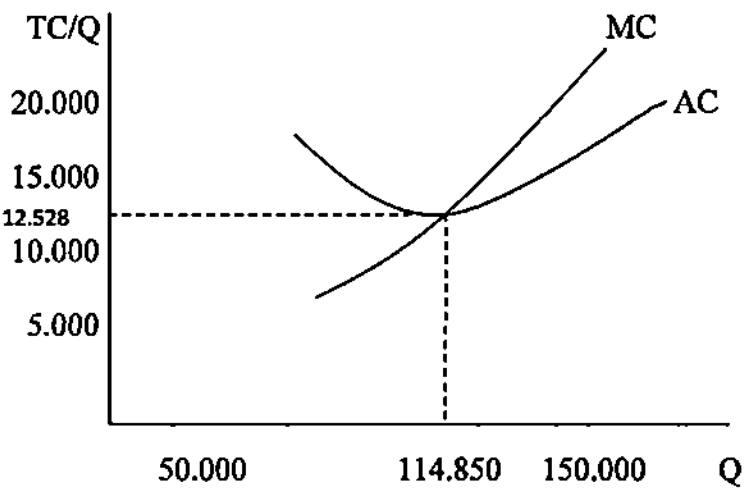
5.7 Simulasi Penetapan Unit Cost

1. Simulasi I

Rata-rata total cost untuk satu unit Puskesmas pertahunnya adalah sebesar Rp 2.250.060.490 dengan jumlah kunjungan rata-rata pertahun adalah sebanyak 114.850 kunjungan. Sehingga unit cost yang rasional untuk satu unit

Puskesmas adalah sebesar Rp 12.528. Hasil tersebut dapat dilihat dari kurva dibawah ini:

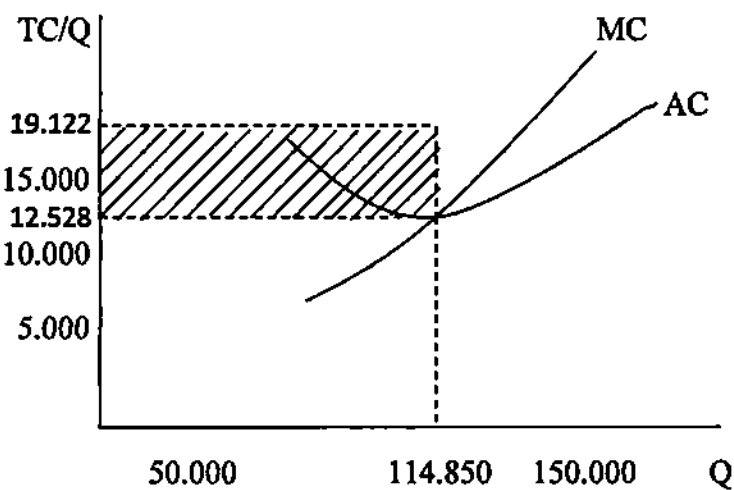
Gambar 5.4
Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas dengan Unit Cost



Penetapan tarif yang didasarkan pada unit cost akan sangat baik karena telah seimbang antara jumlah kunjungan dengan total cost yang terjadi sehingga kedua belah pihak akan sama-sama diuntungkan.

2. Simulasi II

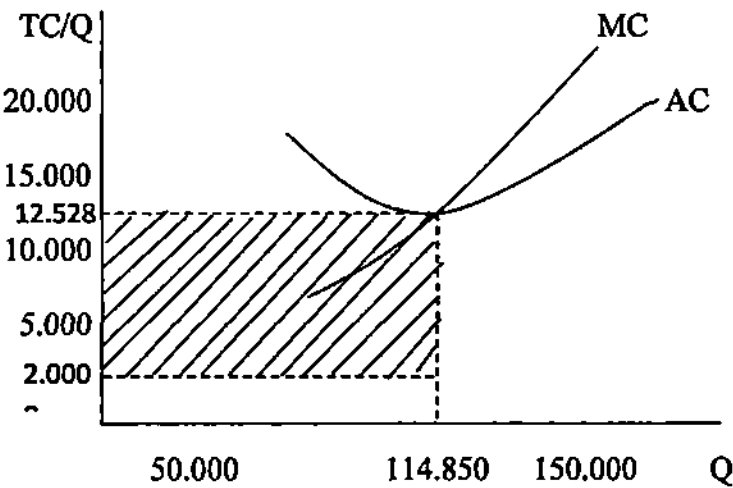
Gambar 5.5
Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Diatas Unit Cost



Jika unit cost yang ditetapkan oleh Puskesmas adalah sebesar Rp 19.122 dimana unit cost tersebut berada diatas unit cost yang telah dihitung sebelumnya yaitu Rp 12.528, tarif tersebut tentunya akan sangat tinggi sehingga masyarakat tidak akan mampu untuk membayar tarif Puskesmas. Akibatnya, pengguna pelayanan Puskesmas/ pengunjung akan berkurang. Dengan kata lain, jika Puskesmas menetapkan tarif yang lebih tinggi dari unit cost yang terjadi, maka akan mengurangi jumlah kunjungan pada Puskesmas. Namun, keuntungan dari adanya tarif yang sebesar Rp 19.122 ini Puskesmas dapat menutupi seluruh biaya yang dibutuhkan tanpa adanya dana dari pemerintah.

3. Simulasi III

Gambar 5.6
Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Diatas Unit Cost



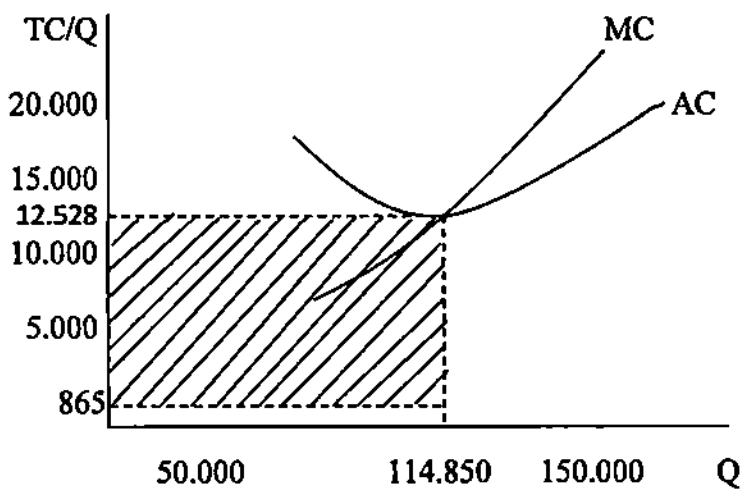
Jika Puskesmas menetapkan tarif yang berada dibawah unit cost, seperti yang terlihat pada kurva diatas yaitu sebesar Rp 2.000, dimana tarif ini adalah tarif yang ditetapkan oleh Puskesmas sebelumnya, maka pemerintah harus memberikan subsidi sebesar Rp 10.528 per kunjungan pasien. Sehingga, untuk

jumlah kunjungan sebanyak 114.850 per Puskesmas pertahun, maka pemerintah harus mengeluarkan subsidi sebesar Rp 1.209.140.800 per Puskesmas per tahun. Tarif ini akan mampu menutupi biaya Puskesmas sebesar Rp 229.700.000. Oleh sebab itu, dana ini akan sangat membantu Puskesmas dalam hal menutupi biaya operasional disamping dana yang tentunya juga diberikan oleh pemerintah dalam jumlah yang terbatas.

Selain itu, tarif retribusi yang sebesar Rp 2.000 ini juga tidak akan terlalu merugikan kedua belah pihak yaitu pengunjung maupun pihak Puskesmas, karena tarif ini juga sangat terjangkau oleh masyarakat. Sedangkan untuk pihak Puskesmas sendiri akan mampu menutupi biaya operasional, tentunya juga ada dana yang diperoleh dari pemerintah dengan jumlah yang terbatas.

4. Simulasi IV

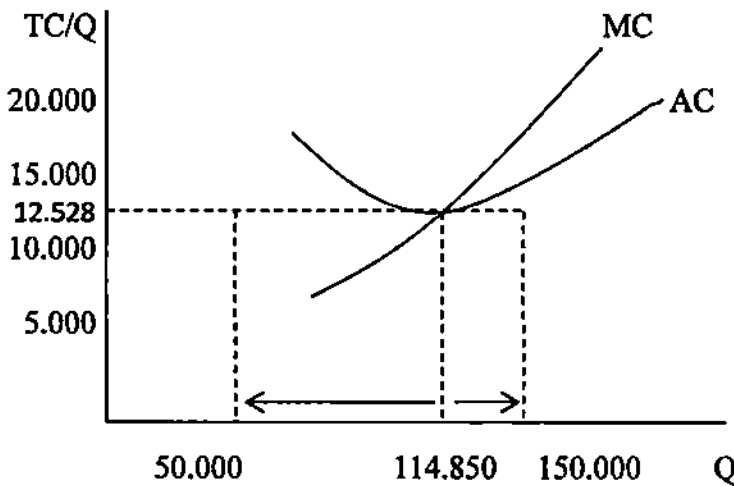
Gambar 5.7
Simulasi Penetapan Tarif Puskesmas Berdasarkan Pengeluaran Rata-rata Masyarakat



Kurva diatas memperlihatkan unit cost yang sebesar Rp 12.528 dengan jumlah kunjungan 114.850 serta tarif berdasarkan pengeluaran rata-rata penduduk Sumatera Barat untuk biaya Puskesmas yaitu sebesar Rp 865. Jika tarif yang ditetapkan adalah sebesar rata-rata pengeluaran masyarakat tersebut, maka subsidi yang harus dikeluarkan oleh pemerintah akan sangat tinggi. Dimana pemerintah harus mengeluarkan subsidi sebesar Rp 11.663 per kunjungan. Tarif ini tergolong sangat rendah karena tentunya pemerintah harus mengeluarkan lebih banyak dana untuk pembiayaan Puskesmas.

5. Simulasi V

Gambar 5.8
Simulasi Jumlah Kunjungan Puskesmas



Dari kurva terlihat unit cost sebesar Rp 12.528 dengan jumlah kunjungan berada diatas jumlah dan dibawah jumlah kunjungan ideal 114.850. Saat jumlah kunjungan berada diatas jumlah kunjungan yang ideal untuk satu unit Puskesmas yaitu sebanyak 145.221 kunjungan, maka Puskesmas juga tidak akan mampu untuk memberikan pelayanan yang optimal karena dana yang tersedia

berdasarkan unit cost, tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan jumlah kunjungan yang lebih tinggi. Salah satu contoh yaitu tidak cukupnya dana dalam hal pemenuhan biaya operasional maupun untuk biaya pengadaan obat Puskesmas. Sebaliknya, jika jumlah kunjungan Puskesmas berada dibawah jumlah kunjungan ideal, yaitu saat jumlahnya sebanyak 67.429, maka dana yang diperoleh dari kunjungan pasien juga akan sangat rendah.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Unit cost (biaya satuan) merupakan jumlah seluruh biaya yang dikeluarkan dibagi dengan jumlah volume produksi (keluaran) yang dihasilkan pada periode waktu tertentu. Biaya yang merupakan biaya rata-rata dalam ekonomi mikro (average cost) merupakan penjumlahan dari fixed cost dan variabel cost, dibagi dengan jumlah produk yang dihasilkan.

Dari perhitungan unit cost yang telah dilakukan pada tiga buah Puskesmas di Kota Padang dengan rata-rata jumlah kunjungan pertahun sebanyak 1.578.738 dengan total cost rata-rata pertahunnya yaitu sebesar Rp 2.250.060.490, maka diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Unit cost yang terdapat pada tiga Puskesmas yang menjadi sampel Penelitian dari tahun 2009-2011 yaitu Rp 16.964, Rp 12.887, dan Rp 19.648 untuk Puskesmas Andalas. Sedangkan untuk Puskesmas Lubuk Buaya adalah Rp 22.357, Rp 13.458, dan Rp 14.572, dan untuk Puskesmas Ambacang, unit cost yang terjadi adalah sebesar Rp 19.122, Rp 9.039, dan Rp 12.528.
2. Marginal Cost untuk masing-masing Puskesmas dari tahun 2009-2010 adalah Rp 11.147, Rp 9.851, dan Rp 13.233 untuk Puskesmas Andalas, Rp 10.802, Rp 8.371, dan Rp 9.827 untuk Puskesmas Lubuk Buaya.

Sedangkan untuk Puskesmas Ambacang, marginal cost yang terjadi adalah sebesar Rp 12.986, Rp 8.371, dan Rp 9.827.

3. Unit cost yang seharusnya ditetapkan pada Puskesmas adalah sebesar Rp 12.528. Namun, penetapan tarif tersebut harus disesuaikan dengan kemampuan masyarakat untuk membayar. Kemampuan masyarakat tersebut dapat dilihat dari besarnya pengeluaran masyarakat untuk Puskesmas, yaitu sebesar Rp 865.
4. Dilihat dari kemampuan masyarakat untuk membayar tersebut, maka besarnya subsidi yang harus dikeluarkan pemerintah adalah sebesar Rp 11.663 per kunjungan pasien. Sehingga, total subsidi yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk jumlah kunjungan dengan rata-rata pertahunnya sebanyak 1.578.738 kunjungan adalah sebesar Rp 18.412.821.290.
5. Rata-rata total cost untuk satu unit Puskesmas pertahunnya adalah sebesar Rp 2.250.060.490. Dengan demikian, Total Cost untuk 20 unit Puskesmas yang terdapat di Kota Padang pertahunnya adalah sebesar Rp 45.001.209.800.

6.2 Saran

1. Pemerintah sebaiknya menetapkan kembali tarif retribusi sebesar Rp 2.000, karena dengan adanya tarif ini baik pihak Puskesmas maupun pengunjung sama-sama tidak terlalu dirugikan.
2. Sebaiknya pemerintah memikirkan anggaran untuk jangka panjang.-
Oleh sebab itu, peraturan daerah tentang pembebasan tarif retribusi ini

perlu ditinjau ulang karena pembebasan tarif juga dapat mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan yang diberikan oleh pihak Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Asludin dan Laksono Trisnantoro. 2008. Ekonomi Kesehatan, Analisis Anggaran Kesehatan pasca Bencana di Kabupaten Simeulu Provinsi NAD. Working Paper Series No. 4. KMPK Universitas Gadjah Mada
- Azwar, Asrul. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: PT. Binapura Aksara
- BPS Kota Padang. 2009. Kota Padang Dalam Angka 2009. Padang
- _____. 2010. Kota Padang Dalam Angka 2010. Padang
- _____. 2010. Pengeluaran Untuk Konsumsi Penduduk Sumatera Barat Tahun 2009-2010. Padang
- _____. 2011. Provinsi Sumatera Barat Dalam Angka 2011. Padang
- Budiarto, Wasis. 1987. Biaya Satuan dalam Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan. Jurnal Kedokteran Masyarakat, Vol III No. 6
- Case, Karl E dan Ray C. Fair. 1999. Prinsip-prinsip Ekonomi Mikro. Jakarta : PT. Prenhalindo
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1999. Profil Kesehatan Indonesia
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2010. Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2010 Edisi 2011
- _____. 2011. Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2011 Edisi 2012
- Elfindri. 2003. Ekonomi Layanan Kesehatan. Padang: Andalas University Press
- Gani, Askobat. 2006. Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/ Kota dalam Sistem Desentralisasi.
- Goenarti, Siti. 2001. Tesis Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan pada Balai Kesehatan mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Jawa Tengah di Semarang Tahun 2000. Universitas Diponegoro
- Gondodiputro, Sharon. 2007. Perhitungan Unit Cost di Pelayanan Kesehatan Primer
- Hartono, dkk. 2005. Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Seluma Provinsi Bengkulu. Sains Kesehatan. Universitas Gadjah Mada

- Hidayat, Isra. 2006. Analisa Efisiensi Biaya dan Hasil Usaha, Studi Kasus pada PT. Asuransi Bumi Asih Jaya Distrik Ulak Karang. Padang
- Jubaidi, dkk. 2003. Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan di Balai Pengobatan Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu. Sains Kesehatan Vol 16 No 1:125-136. Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Miller, Roger Leroy dan Roger E Meiners. 2000. Teori Mikroekonomi Intermediate. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada
- Murti, Bisma. 2006. Contracting Out Pelayanan Kesehatan: Sebuah Alternative Solusi Keterbatasan Kapasitas Sektor Publik. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol IX No.3
- Musnelina, Lili dkk. 2004. Analisis Efektivitas Biaya Pengobatan Demam Tifoid Anak Menggunakan Kloramfenikol dan Setriakson di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta Tahun 2001-2002. Makara Kesehatan, Vol.8 No.2. Jakarta
- Musila, Johanna dan Laksono Trisnantoro. 2006. Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah dan Swasta dan Alternatif Kebijakannya di Kabupaten Mimika. Working Paper Series No 8. KMPK Universitas Gadjah Mada
- Nugroho, Buono Agung. Strategi Jitu Memilih Metode Statistik Penelitian dengan SPSS. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Salvatore, Dominick. 1992. Teori Mikroekonomi. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Saragih, Minar S. 2005. Berbagai Metode Analisis Biaya yang Menunjang Institusi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- Sukametha, Made dan Thinni Nurul Rochmah. 2008. Public Health Centre Tariff Rasionalization Based on Unit Cost Analysis. Jurnal Adm Kebijakan Kesehatan Vol 6. No I. Hal 19-23
- Sulaeman, Endang Sutisna. 2009. Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktek di Puskesmas. Universitas Sebelas Maret
- Sundari, Siti dkk. 2007. Perbandingan Ideal Anggaran Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di Tingkat Kabupaten/ Kota. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol 10 No. 1
- Utami, Sri Budi dan Julita Hendrartini. 2006. Evaluasi Penerapan Tarif Paket Pelayanan Esensial pada Pelayanan Kesehatan bagi Keluarga Miskin. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 09 No. 01

Widayani, Nanik. 2003. Skripsi Analisis Biaya Satuan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Kedung Badak dalam Rangka Perhitungan Subsidi Dana APBD Kota Bogor bagi Keluarga Miskin Tahun 2003. Universitas Indonesia

LAMPIRAN

Lampiran 1. Total Cost

PUSKESMAS ANDALAS

No	Pengeluaran tahun 2011	Jumlah
1	Belanja gas	Rp 240.000
2	Biaya service mesin tik	Rp 250.000
3	Belanja Alat listrik & elektronik	Rp 430.000
4	Belanja bahan habis pakai	Rp 490.000
5	perbaikan dan service printer	Rp 570.800
6	Belanja Penggandaan/ Fotocopy	Rp 611.000
7	biaya service komputer, laptop, printer	Rp 650.000
8	Pembelian plastik obat	Rp 1.224.600
9	Pengadaan dan pemeliharaan sarana	Rp 2.250.000
10	Biaya Telepon	Rp 2.400.000
11	Belanja non medis	Rp 2.565.000
12	belanja ATK	Rp 2.625.600
13	Belanja Fotocopy	Rp 2.752.900
14	Upah Taman dan jaga malam	Rp 4.300.000
15	Biaya Listrik	Rp 5.280.000
16	Belanja Jasa Service Kebersihan	Rp 7.332.000
17	Jasa Medis/jasa pelayanan dan honor pegawai	Rp 22.687.120
18	Pelayanan Kesehatan dasar dan penunjang	Rp 91.597.000
19	Penyelenggaraan obat-obatan	Rp 280.060.870
20	Belanja gaji dan insentif pegawai	Rp 1.874.960.769
	Total Cost tahun 2011	Rp 2.303.277.659
	Total Cost tahun 2010	Rp 2.311.739.714
	Total Cost tahun 2009	Rp 2.258.115.119

PUSKESMAS LUBUK BUAYA

No	Pengeluaran	Jumlah
1	Bahan medis habis pakai	Rp 4.775.000
2	belanja ATK	Rp 2.147.500
3	Belanja Umum	
	Listrik	Rp 7.362.010
	Air	Rp 1.243.800
	Telepon	Rp 9.913.025
4	Pengadaan sarana non medis	Rp 4.767.100
5	Biaya penggandaan (fotocopy)	Rp 2.681.490
6	Pemeliharaan sarana	Rp 4.999.000
	Jasa cleaning service	Rp 7.332.000
7	Jasa medis dan honor pegawai	Rp 27.140.000
8	Pengadaan bahan dan alat medis	Rp 293.940.178
9	belanja gaji pegawai	Rp 2.165.196.585
10	Pelayanan kesehatan dasar dan penunjang	Rp 94.959.000
11	Konsumsi tamu	Rp 512.500
	Total Cost Tahun 2011	Rp 2.626.969.188
	Total Cost Tahun 2010	Rp 3.125.766.213
	Total Cost Tahun 2009	Rp 3.251.588.348

PUSKESMAS AMBACANG

No	Pengeluaran	Jumlah
1	Bahan medis habis pakai	Rp 1.677.600
2	belanja ATK	Rp 2.147.500
3	Belanja Umum	Rp 2.625.600,00
	Listrik	Rp 2.400.000,00
	Air	Rp 1.530.000,00
	Telepon	Rp 884.000,00
4	Pengadaan sarana non medis	Rp 3.725.000
5	Biaya penggandaan (fotocopy)	Rp 2.852.400,00
6	Pemeliharaan sarana	Rp 3.984.000
7	Jasa medis dan honor pegawai	Rp 27.140.000
8	Pengadaan bahan dan alat medis	Rp 150.743.547,00
9	belanja gaji pegawai	Rp 1.199.584.080
10	Pelayanan kesehatan dasar dan penunjang	Rp 39.565.000
	Total Cost tahun 2011	Rp 1.438.858.727
	Total Cost tahun 2010	Rp 1.212.675.512
	Total Cost tahun 2009	Rp 1.255.375.481

Lampiran 2. Data Regresi Untuk Marginal Cost

Puskesmas	Tahun	Jumlah Kunjungan (Q)	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan (Q ²)	Total Cost
Andalas	2009	133109	17718005881	Rp 2.258.115.119
	2010	179388	32180054544	Rp 2.311.739.714
	2011	117227	13742169529	Rp 2.303.277.659
Lubuk Buaya	2009	145442	21153375364	Rp 3.251.588.348
	2010	232262	53945636644	Rp 3.125.766.213
	2011	180269	32496912361	Rp 2.626.969.188
Ambacang	2009	67429	4546670041	Rp 1.289.395.481
	2010	145221	21089138841	Rp 1.312.675.542
	2011	114850	13190522500	Rp 1.438.858.727

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Total Cost	2E+009	738752098,1	9
Jumlah Kunjungan	146133,0	47260,98087	9
Jumlah Kunjungan Dikuadratkan	2E+010	1,453E+010	9

Correlations

		Total Cost	Jumlah Kunjungan	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan
Pearson Correlation	Total Cost	1,000	,680	,657
	Jumlah Kunjungan	,680	1,000	,982
	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan	,657	,982	1,000
Sig. (1-tailed)	Total Cost	.	,022	,027
	Jumlah Kunjungan	,022	.	,000
	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan	,027	,000	.
N	Total Cost	9	9	9
	Jumlah Kunjungan	9	9	9
	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan	9	9	9

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,682 ^a	,465	,286	624104088	1,268

a. Predictors: (Constant), Jumlah Kunjungan Dikuadratkan, Jumlah Kunjungan

b. Dependent Variable: Total Cost

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,0E+018	2	1,015E+018	2,605	,153 ^a
	Residual	2,3E+018	6	3,895E+017		
	Total	4,4E+018	8			

a. Predictors: (Constant), Jumlah Kunjungan Dikuadratkan, Jumlah Kunjungan

b. Dependent Variable: Total Cost

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4E+008	2E+009		,203	,846		
	Jumlah Kunjungan	4874,064	4654,352	,952	,603	,568	,036	27,885
	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan	-,014	,080	-,277	-,176	,866	,036	27,885

a. Dependent Variable: Total Cost

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Jumlah Kunjungan	Jumlah Kunjungan Dikuadratkan
1	1	2,860	1,000	,00	,00	,00
	2	,138	4,553	,05	,00	,03
	3	,002	38,002	,95	1,00	,97

a. Dependent Variable: Total Cost