

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Analisis Pasar

a. Aspek Eksternal

1) Potensi Pasar secara Geografis

Dari aspek geografi, potensi pasar utama RS Islam Gunungkidul adalah penduduk di wilayah Kecamatan Karangmojo Gunungkidul dan area di sekitarnya. Jumlah penduduk untuk Kecamatan Karangmojo adalah 56.573 dan area sekitar RS di luar Kecamatan Karangmojo sekitar 236.179 orang dari Kecamatan Ponjong, Semin dan Nglipar.



Gambar 3. Peta Kabupaten Gunungkidul

Sumber : <http://www.gunungkidulkab.go.id>

Kecamatan Karangmojo berbatasan langsung dengan kecamatan Wonosari, Semanu, Ponjong, Semin dan Nglipar. Di Kecamatan Wonosari sudah terdapat satu rumah sakit daerah tipe C dan satu rumah sakit swasta tipe D, sedangkan di kecamatan Semanu sudah terdapat dua rumah sakit swasta tipe D. Adapun di Karangmojo, terdapat satu rumah sakit swasta tipe D. Mengingat penduduk Kabupaten Gunungkidul lebih dari 90% menganut Agama Islam, maka potensi pasar Rumah Sakit Islam Gunungkidul dapat diperoleh dari kecamatan Karangmojo, Nglipar, Semin dan Ponjong.

2) Demografi berdasar Survei Harapan Masyarakat

Untuk memberikan gambaran yang lebih luas untuk aspek pasar dan pemasaran, dilakukan *survey* masyarakat di sekitar lahan yang akan dibangun RS Islam Gunungkidul dengan 100 responden. Berikut adalah hasil *survey* lapangan yang telah dilakukan:

a) Jenis kelamin responden

Tabel 9. Distribusi jenis kelamin responden

Jenis kelamin	Frekuensi	%
Laki-laki	36	36
Perempuan	64	64
Total	100	100

Berdasarkan tabel 9 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (64%).

b) Umur responden

Tabel 10. Distribusi usia responden

Umur responden	Frekuensi	%
<15	1	1
16-19	0	0
20-29	8	8
30-39	27	27
40-49	38	38
>50	26	26
Total	100	100

Berdasarkan tabel 10 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal usia responden adalah berusia 40-49 tahun (38%). Diikuti usia 30-39 tahun (27%) dan usia lebih dari 50 tahun (29%). Adapun usia kurang dari 15 tahun, 16-19 tahun dan usia 20-29 tahun masing-masing kurang dari 10%.

c) Status Pernikahan

Tabel 11. Status Pernikahan responden

Status Pernikahan	Frekuensi	%
Tidak/belum menikah	4	4
Menikah	96	96

Berdasarkan tabel 11 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal status pernikahan responden adalah Menikah (96%).

d) Tingkat pendidikan

Tabel 12. Distribusi tingkat pendidikan responden

Tingkat pendidikan	Frekuensi	%
S2/S3	3	3
S1	3	3
Akademi	2	2
SMA/SMK	17	17
SMP/MTS	30	30
SD	40	40
Tidak sekolah	5	5
Total	100	100

Berdasarkan tabel 12 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal tingkat pendidikan adalah SD sebanyak (40%), kemudian SMP/MTs (30%).

e) Jenis pekerjaan responden

Tabel 13. Distribusi jenis pekerjaan responden

Jenis pekerjaan	Frekuensi	%
PNS	3	3
TNI/POLRI	0	0
Wiraswasta	11	11
Karyawan swasta	4	4
Petani	71	71
Pensiunan	2	2
Lain-lain	11	11
Total	100	100

Berdasarkan tabel 13 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal pekerjaan responden adalah Petani (71%).

f) Pendapatan keluarga

Tabel 14. Distribusi pendapatan per bulan responden

Pendapatan	Frekuensi	%
< 2 juta	91	91
2 - 5 juta	7	7
5 - 10 juta	2	2
>10 juta	0	0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 14 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal pendapatan responden adalah kurang dari 2 juta per bulan (91%).

g) Kepesertaan asuransi kesehatan

Tabel 15. Distribusi peserta asuransi kesehatan responden

Kepesertaan asuransi	Frekuensi	%
Bukan peserta Asuransi	20	20
Peserta Asuransi	80	80
Total	100	100

Tabel 16. Peserta Asuransi

Asuransi	Frekuensi	%
Askes/Jamsostek	12	15
Jamkesms/Jamkesos	2	3
BPJS Kesehatan	59	74
Lain-lain	7	9
Total	80	100

Berdasarkan tabel 15 diketahui bahwa segmen terbesar dalam hal kepemilikan asuransi kesehatan adalah memiliki asuransi (80%), sedangkan di tabel 16 asuransi terbanyak yang diikuti adalah BPJS Kesehatan (74%).

h) Pilihan tempat berobat

Tabel 17. Distribusi pilihan tempat berobat “pertama kali” responden

Pilihan tempat berobat	Frekuensi	%
Dokter praktik	16	16
Puskesmas	69	69
Klinik/BP	3	3
Rumah sakit	9	9
Alternatif	2	2
Lain-lain	1	1
Total	100	100

Berdasarkan tabel 17 diketahui bahwa segmen terbesar responden berdasarkan tempat berobat adalah puskesmas sebanyak (68%) disusul dengan dokter praktik dan rumah sakit.

i) Alasan memilih tempat berobat

Tabel 18. Distribusi alasan memilih tempat berobat responden

Alasan memilih tempat berobat	Frekuensi	%
Dekat	17	17
Ada dokter favorit	4	4
Pelayanan bagus&cepat	32	32
Pelayanan Islami	34	34
Murah	12	12
Lain-lain	1	1
Total	100	100

Berdasarkan tabel 18 diketahui bahwa “pelayanan islami” merupakan alasan yang paling banyak disampaikan oleh responden dalam memilih rumah sakit/klinik favorit

(34%), sesuai dengan mayoritas penduduk yang memeluk agama islam. Selain itu responden memilih tempat berobat dengan alasan pelayanan bagus dan cepat (32%).

j) Rata-rata biaya rawat jalan (dokter umum)

Tabel 19. Distribusi rata-rata biaya berobat dokter umum

Rata-rata biaya rawat jalan (umum)	Frekuensi	%
< Rp. 50.000	77	77
Rp50.000-Rp100.000	20	20
Rp100.000-Rp150.000	1	1
Rp150.000-Rp200.000	0	0
>Rp200.000	2	2
Total	100	100

Berdasarkan tabel 19 diketahui bahwa segmen terbesar biaya rata-rata berobat dokter umum adalah <Rp50.000 sebanyak (77%) dan berikutnya adalah Rp50.000 (20%).

k) Rata-rata biaya rawat inap (untuk 3 hari perawatan tanpa tindakan operasi)

Tabel 20. Distribusi rata-rata biaya rawat inap

Rata-rata biaya rawat inap	Frekuensi	%
< Rp1.000.000	84	84
Rp1.000.000-Rp1.500.000	12	12
Rp1.500.000-Rp2.000.000	3	3
Rp2.000.000-Rp3.000.000	1	1
>Rp3.000.000	0	0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 20 diketahui bahwa segmen terbesar rata-rata biaya berobat rawat inap untuk tiga hari perawatan (biaya obat, ruang rawat inap dan seluruh fasilitas RS) adalah <Rp 1.000.000 sebanyak (84%).

l) Rata-rata biaya persalinan normal

Tabel 21. Distribusi rata-rata biaya persalinan

Rata-rata biaya persalinan	Frekuensi	%
< Rp1.000.000	94	94
Rp1.000.000-Rp2.000.000	4	4
Rp2.000.000-Rp3.000.000	2	2
>Rp3.000.000	0	0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 21 diketahui bahwa segmen terbesar rata-rata biaya persalinan adalah < Rp1.000.000 yaitu sebanyak (94%).

m) Masalah Pelayanan Kesehatan

Tabel 22. Masalah pelayanan kesehatan

No	Masalah Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1.	Pelayanan rumah sakit yang lambat	33
2.	pelayanan yang tidak ramah	25
3.	tarif yang mahal	18
4.	banyaknya persyaratan yang harus dipenuhi	17
5.	info yang kurang lengkap	4
6.	Lain-lain	2

Masalah pelayanan kesehatan yang dialami adalah pelayanan rumah sakit yang lambat (33%), pelayanan yang tidak ramah (25%), tarif yang mahal (18%), banyaknya

persyaratan yang harus dipenuhi (17%), info yang kurang lengkap (4%) dan lainnya (2%) yaitu peralatan rumah sakit kurang dan rumah sakit kurang bersih.

Tabel 23. Masalah pelayanan dokter

No	Masalah Pelayanan Dokter	Jumlah
1.	kurang memberikan penjelasan atau edukasi	39
2.	dokter tidak ramah	24
3.	dokter terlambat datang	18
4.	pelayanan dokter lambat	16
5.	Lain-lain	3

Dari pelayanan dokter, sebesar (39%) responden mempunyai masalah terkait dengan pelayanan dokter yaitu karena dokter dirasa kurang dalam memberikan penjelasan atau edukasi, kemudian dokter tidak ramah (24%), dokter terlambat datang (18%), pelayanan dokter lambat (16%) dan lainnya (3%).

n) Harapan masyarakat terhadap layanan Rumah Sakit

Kehadiran Rumah Sakit Islam Gunung Kidul sangat dinantikan oleh masyarakat sebagai pionir layanan kesehatan yang Islami :

Tabel 24. Harapan masyarakat sekitar terhadap layanan Rumah Sakit

No	Harapan	Jumlah
1.	Pelayanan Islami	31
2.	Layanan Cepat dan Dekat	38
3.	Tarif yang terjangkau	29
4.	Lain-lain	2

Berdasarkan tabel 22 diketahui bahwa harapan masyarakat terhadap layanan Rumah Sakit Islam Gunungkidul adalah Layanan cepat dan dekat yaitu sebanyak 38 responden (38 %), layanan Islami sebanyak 31 responden (31%), tarif yang terjangkau (29%), dan lain-lain 2 responden (2%) yaitu tempat bersih dan nyaman serta teliti terhadap penyakit.

b. Aspek Internal

Aspek internal dalam analisis pasar ini terbatas hanya mengenai sarana kesehatan. Mengingat jumlah penduduk di kabupaten Gunungkidul mencapai 704.206 penduduk, sedangkan jumlah tempat tidur baru ada 450 TT rumah sakit/klinik rawat inap, sehingga masih dibutuhkan 254 TT. Di Kecamatan Karangmojo khususnya, hanya terdapat satu rumah sakit swasta tipe D berkapasitas 50TT dengan penduduk sekitar Karangmojo berjumlah 292.752 jiwa.

2. Analisis Keuangan

Analisis keuangan untuk rencana pembangunan rumah sakit umum dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Perhitungan Modal Awal
- b. Estimasi jumlah pasien untuk periode 10 tahun
- c. Proyeksi pendapatan
- d. Proyeksi biaya operasi
- e. Proyeksi laporan laba rugi
- f. Estimasi aliran kas
- g. Penilaian investasi

Keterangan :

- a. Perhitungan Modal Awal

Modal awal yang dibutuhkan untuk pembangunan rumah sakit umum dihitung dari kebutuhan aktiva tetap berwujud, aktiva tetap tak berwujud dan modal kerja yaitu, Rp 31.271.941.418,- Dana ini dipergunakan untuk pembangunan gedung, biaya infrastruktur, pengadaan peralatan medis, peralatan non medis, biaya pra operasi dan lain sebagainya. Infrastruktur merupakan fasilitas prasarana untuk kebutuhan rumah sakit, seperti : Instalasi Pengolahan Limbah, Instalasi Air Bersih, Instalasi Listrik Generator, Instalasi PABX, APAR (Alat Pemadam Kebakaran),

Instalasi Multimedia, Instalasi Gas Sentral, Instalasi Penangkal Petir, SIM RS (Sistem Informasi Manajemen RS), dan Kanopi Parkir. Perhitungan biaya-biaya tersebut sesuai dengan tabel sebagai berikut :

Tabel 25. Perhitungan Modal Awal Pembangunan Rumah Sakit Umum

No	Jenis Kebutuhan	Vol	Harga Satuan	Jumlah	
1	Aktiva Tetap Berwujud :				
	Bangunan 100 TT	5264,17	2.500.000	13.160.425.000	
	Infrastruktur :				
	Instalasi Pengolahan Limbah	1	300.000.000	300.000.000	
	Instalasi Air Bersih	1	150.000.000	150.000.000	
	Instalasi Listrik,generator	1	500.000.000	500.000.000	
	Instalasi PABX	1	30.000.000	30.000.000	
	APAR	30	1.500.000	45.000.000	
	Instalasi Multimedia	1	27.800.000	27.800.000	
	Instalasi Gas Sentral	1	800.000.000	800.000.000	
	Instalasi Penangkal Petir	1	35.000.000	35.000.000	
	SIM RS	1	250.000.000	250.000.000	
	Kanopi Parkir	750	250.000	187.500.000	15.485.725.000
	Peralatan Medis	1	9.681.047.400	9.681.047.400	
Peralatan Non Medis	1	2.721.034.500	2.721.034.500	12.402.081.900	
Total Aktiva Berwujud				27.887.806.900	
2	Aktiva Tetap Tak Berwujud :				
	Perijinan	1	206.437.100	206.437.100	
	Dokumen dan perangkat manajemen	1	831.175.100	831.175.100	
	Pemasaran	1	132.325.000	132.325.000	
Total Aktiva Tak Berwujud				1.169.937.200	
3	Modal Kerja	1	2.214.197.318	2.214.197.318	
	Total Modal Kerja				2.214.197.318
	Total				31.271.941.418

Modal kerja pada penghitungan modal awal ini diperhitungkan untuk menutup sebagian biaya operasional pada tahun pertama dan kedua, dengan asumsi 65% pemasukan dari perkiraan pemasukan yang didapat, lalu sisanya 35% inilah yang dimasukkan dalam hitungan modal kerja. Adapun modal awal didapatkan dari dua sumber yaitu modal sendiri dan pinjaman bank. Prosentase modal sendiri sebanyak 20% sedangkan pinjaman bank sebesar 80% sesuai kemampuan Yayasan yang akan mendirikan Rumah Sakit.

Tabel 26. Sumber Dana Pembangunan

Sumber Dana	%	Jumlah
Pinjaman	80%	25.017.553.134
Modal Sendiri	20%	6.254.388.284
Total		31.271.941.418

Besaran modal sendiri sebanyak Rp 6.254.388.284,- dan besaran dana pinjaman sebesar Rp 25.017.553.134,-.

b. Estimasi Jumlah Pasien Periode Waktu 10 Tahun

1) Jumlah Pasien Rawat Jalan dan UGD

Perhitungan estimasi pasien menggunakan teknik *forecasting* (peramalan) dengan metode kualitatif. Metode kualitatif yang digunakan berupa *Expert Opinion* (Pendapat Ahli). Dalam hal ini, Ahli yang kami libatkan adalah dr. Tri Ermin Fadlina, M.Kes selaku konsultan dari Yayasan Nur

Hidayah Sehat Mandiri. Menurut beliau, rata-rata pasien rawat jalan di tahun pertama sebanyak 60 pasien dan meningkat sebanyak 15% pada tahun kedua hingga keenam dan meningkat sebanyak 10% setiap tahun pada tahun ketujuh hingga tahun kesepuluh. Dari total jumlah pasien rawat jalan, diasumsikan bahwa pasien rawat jalan umum sebesar 40%, poli gigi 5%, rawat jalan spesialis sebesar 45% dan pasien UGD sebesar 10%.

Berikut tabel peramalan jumlah pasien 10 tahun mendatang :

Tabel 27. Prediksi Jumlah Pasien Rajal 10 Tahun Mendatang

Tahun	Jumlah Pasien		
	Harian	Bulanan	Tahunan
1	60	1800	21600
2	69	2070	24840
3	79	2381	28566
4	91	2738	32851
5	105	3148	37779
6	121	3620	43445
7	133	3982	47790
8	146	4381	52569
9	161	4819	57826
10	177	5301	63608

2) Estimasi BOR Pasien Rawat Inap

BOR rumah sakit selama 10 tahun ke depan diestimasikan berdasarkan jumlah tempat tidur pada masing-masing ruangan. Diasumsikan BOR rumah sakit tahun

pertama 25%, pada tahun kedua naik menjadi 35%, tahun ketiga sebesar 45%, tahun keempat menjadi 55%, tahun kelima 65%, tahun keenam 70%, tahun ketujuh dan kedelapan menjadi 75%, serta di tahun kesembilan dan kesepuluh menjadi 80%, dan diharapkan tahun-tahun berikutnya menjadi stabil.

Tabel 28. Estimasi Jumlah Hari Rawat Berdasar Estimasi BOR Tahun ke 1 - 5

No	Ruangan	Jumlah	%	Tahun / BOR				
				1 25%	2 35%	3 45%	4 55%	5 65%
1	VIP	16	16%	1460	2044	2628	3212	3796
2	R. Isolasi	3	3%	274	383	493	602	712
3	Klas I	26	26%	2373	3322	4271	5220	6169
4	Klas II	20	20%	1825	2555	3285	4015	4745
5	Klas III	30	30%	2738	3833	4928	6023	7118
6	ICU/HCU	5	5%	456	639	821	1004	1186
7	K. Bayi	1	1%	91	128	164	201	237
TOTAL		100	100%	9125	12775	16425	20075	23725

Tabel 29. Estimasi Jumlah Hari Rawat Berdasar Estimasi BOR Tahun ke 6 - 10

No	Ruangan	Jumlah	%	Tahun / BOR				
				6 70%	7 75%	8 75%	9 80%	10 80%
1	VIP	16	16%	4088	4380	4380	4672	4672
2	R. Isolasi	3	3%	767	821	821	876	876
3	Klas I	26	26%	6643	7118	7118	7592	7592
4	Klas II	20	20%	5110	5475	5475	5840	5840
5	Klas III	30	30%	7665	8213	8213	8760	8760
6	ICU/HCU	5	5%	1278	1369	1369	1460	1460
7	K. Bayi	1	1%	256	274	274	292	292
TOTAL		100	100%	25550	27375	27375	29200	29200

Total hari perawatan pasien rawat inap tiap tahun dihitung berdasarkan BOR dengan rumus : $BOR (\%) \times 100TT \times 365$ hari. Diprediksi bahwa pasien VIP sebesar 16%, Klas I sebesar 26%, Klas II sebesar 20% dan Klas III sebesar 30% dari total pasien rawat inap selama satu tahun. Dalam perhitungan jumlah tempat tidur RS, kamar bayi tidak termasuk di dalam hitungan total. Asumsi ini didasarkan pada prosentase jumlah tempat tidur yang tersedia.

- 3) Estimasi Pasien HD, Pasien Tindakan dan Penunjang Medik
 - a) Estimasi Pasien HD

Jumlah pasien HD disesuaikan dengan jumlah alat HD yang dimiliki oleh rumah sakit yaitu sebanyak 8 buah. Pada tahun pertama dan kedua alat HD digunakan hanya 1 shift, pada tahun ketiga hingga kelima diupayakan alat HD dapat digunakan untuk 2 shift, dan pada tahun keeman hingga kesepuluh ditingkatkan sehingga dapat digunakan sebanyak 3 shift.

Tabel 30. Jumlah Pasien HD Selama 10 Tahun

Tahun	Jumlah Pasien		
	Harian	Bulanan	Tahunan
1	8	208	2496
2	8	208	2496
3	16	416	4992
4	16	416	4992
5	16	416	4992
6	24	624	7488
7	24	624	7488
8	24	624	7488
9	24	624	7488
10	24	624	7488

b) Pasien Tindakan

Jumlah tindakan Poli Umum, UGD, Poli Spesialis, Poli Gigi, Partus dan Operasi dihitung berdasarkan jumlah pasien ranap dan rajal di rumah sakit yang diproyeksikan untuk 100 tempat tidur dengan kenaikan rata-rata tindakan di IGD 25%, poli umum 5%, Poli Spesialis 5%, poli gigi 50%, partus dan operasi 10% setiap tahunnya. Hasil proyeksi berdasarkan metode ini adalah sesuai table berikut :

Tabel 31. Estimasi Jumlah Tindakan Selama 10 Tahun

Th	Poli Umum	IGD	Poli Spesialis	Poli Gigi	Partus		Operasi	
					Spesialis	Bidan	Minor	Mayor
1	432	540	486	540	84	36	180	240
2	497	621	559	621	126	54	240	360
3	571	714	643	714	168	72	300	480
4	657	821	739	821	185	79	360	528
5	756	944	850	944	203	87	396	581
6	869	1086	978	1086	224	96	436	639
7	956	1195	1075	1195	246	105	479	703
8	1051	1314	1183	1314	271	116	527	773
9	1157	1446	1301	1446	298	128	580	850
10	1272	1590	1431	1590	327	140	638	935

c) Penunjang Medik

Untuk besaran penunjang medik juga diproyeksikan dari jumlah pasien ranap dan pasien rajal (non-gigi) selama satu tahun, dengan estimasi kenaikan pengguna rontgen adalah 5% rajal (non-gigi) dan 50% ranap; Lab 20% rajal (non-gigi) dan 90% ranap; Fisioterapi 2% rajal (non-gigi) dan 1% ranap; serta untuk penunjang yang berupa EKG, USG dan Ambulace mempunyai persentase yang sama yaitu 1% dari total rajal (non-gigi) dan ranap. Kenaikan pasien pengguna fasilitas penunjang medik ini akan bertambah sesuai dengan penambahan jumlah pasien rajal (non-gigi) dan ranap setiap tahunnya.

Tabel 32. Estimasi Jumlah Penunjang Medik Selama 10 Tahun

Tahun	Rontgen	Lab	Fisioterapi	EKG	USG	Ambulance
1	5535	12101	480	286	286	286
2	7505	15969	575	351	351	351
3	9498	19924	678	421	421	421
4	11516	23981	792	496	496	496
5	13563	28153	917	577	577	577
6	14730	30815	1038	647	647	647
7	15838	33240	1134	704	704	704
8	16053	34100	1220	747	747	747
9	17202	36689	1333	812	812	812
10	17462	37729	1437	864	864	864

c. Proyeksi Pendapatan

Hasil investasi di atas diharapkan akan mampu meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Dari pengembangan pelayanan kesehatan ini bisa diproyeksikan jumlah pasien dan dihitung besarnya penerimaan sebagai berikut :

Tabel 33. Proyeksi Pendapatan Selama 10 Tahun

Tahun	Pemasukan Utama	Lain-lain	Total Pendapatan
1	Rp 9.972.147.200	Rp 272.412.200	Rp 10.244.559.400
2	Rp 12.737.874.280	Rp 328.910.200	Rp 13.066.784.480
3	Rp 19.053.541.234	Rp 450.846.660	Rp 19.504.387.894
4	Rp 21.868.462.759	Rp 522.419.458	Rp 22.390.882.217
5	Rp 27.253.825.097	Rp 659.768.698	Rp 27.913.593.795
6	Rp 31.605.046.031	Rp 758.867.454	Rp 32.363.913.485
7	Rp 37.062.053.875	Rp 902.089.700	Rp 37.964.143.575
8	Rp 38.261.621.569	Rp 954.248.495	Rp 39.215.870.064
9	Rp 44.865.846.506	Rp1.134.695.742	Rp 46.000.542.249
10	Rp 46.462.471.106	Rp1.204.119.098	Rp 47.666.590.204

Estimasi kenaikan jumlah pendapatan sesuai dengan proyeksi jumlah total pasien ranap dan rajal setiap tahun. Namun,

sesuai dengan peraturan yang berlaku, bahwa setiap rumah sakit wajib mengikuti BPJS, maka di tahun ketiga Rumah Sakit mentargetkan sudah dapat melayani pasien BPJS. Sedangkan kondisi di lapangan menunjukkan bahwa klaim BPJS tidak memungkinkan untuk dapat mencapai 100%. Berikut prediksi pendapatan dari klaim BPJS:

Tabel 34. Prediksi Pendapatan dari Klaim BPJS

Tahun	Pemasukan Utama (BPJS)	Lain-lain	Total Pendapatan	klaim BPJS (%)
1	Rp 9.972.147.200	Rp 272.412.200	Rp 10.244.559.400	
2	Rp 12.737.874.280	Rp 328.910.200	Rp 13.066.784.480	
3	Rp 16.195.510.049	Rp 450.846.660	Rp 16.646.356.709	85%
4	Rp 18.588.193.345	Rp 522.419.458	Rp 19.110.612.803	85%
5	Rp 24.528.442.587	Rp 659.768.698	Rp 25.188.211.285	90%
6	Rp 28.444.541.428	Rp 758.867.454	Rp 29.203.408.882	90%
7	Rp 35.208.951.181	Rp 902.089.700	Rp 36.111.040.882	95%
8	Rp 36.348.540.490	Rp 954.248.495	Rp 37.302.788.985	95%
9	Rp 43.519.871.111	Rp 1.134.695.742	Rp 44.654.566.853	97%
10	Rp 45.068.596.973	Rp 1.204.119.098	Rp 46.272.716.071	97%

Kenaikan pendapatan pada tahun kedua hingga tahun keempat adalah sebesar 30-40%, sedangkan kenaikan pendapatan pada tahun kelima hingga kesepuluh adalah sebesar 10-20% dengan pertimbangan bahwa pada tahun tersebut telah dicapai efektivitas pelayanan yang optimal. Kenaikan angka pendapatan juga terjadi karena asumsi adanya kebijakan kenaikan tarif yaitu sebesar 10% setiap dua tahun sekali, hal ini akibat adanya peningkatan harga-harga obat reagen dan barang-barang lainnya.

Pendapatan Lain-lain

Pendapatan rumah sakit, selain dari bidang medis tetapi juga dari bidang non-medis. Pendapatan non-medis rumah sakit dapat diperoleh dari parkir motor, parkir mobil serta kantin. Semakin banyak pasien, maka kunjungan ke rumah sakit juga akan meningkat dan secara otomatis akan meningkatkan jumlah parkir motor, mobil, maupun pelanggan di kantin. Berikut peramalan jumlah parkir motor, mobil dan pelanggan kantin selama 10 tahun.

Tabel 35. Peramalan Jumlah Parkir dan Pelanggan Kantin

Tahun	Parkir		Pelanggan Kantin
	Mobil	Motor	
1	6644	19933	19933
2	8022	24067	24067
3	9997	29990	29990
4	11584	34751	34751
5	13299	39897	39897
6	15297	45890	45890
7	16531	49592	49592
8	17486	52459	52459
9	18903	56708	56708
10	20059	60178	60178

Jumlah tersebut didapatkan dari prosentase total jumlah pasien, yaitu penjumlahan dari pasien rajal, pasien ranap dan pasien HD. Asumsi jumlah parkir mobil sebesar 20%, parkir motor 60% dan pelanggan kantin sebesar 60%.

d. Proyeksi Biaya Operasional

Diperlukan sejumlah dana untuk membiayai seluruh kegiatan rutin pelayanan di rumah sakit. Biaya yang diperlukan untuk pelayanan dalam kurun waktu 10 tahun diperkirakan sebagai berikut :

Tabel 36. Perkiraan Biaya Operasional Selama 10 Tahun

Tahun Ke-	Pengeluaran (dalam Rp)
1	7.908.336.470
2	9.458.234.370
3	13.016.607.985
4	14.550.627.926
5	18.144.093.027
6	19.958.674.609
7	23.555.421.901
8	24.691.254.982
9	28.692.733.293
10	29.667.787.031

Dana tersebut digunakan untuk gaji karyawan, jasa medis dokter, konsumsi pembelian peralatan kantor, transportasi, telepon, listrik, obat dan bahan habis pakai serta biaya pemeliharaan lainnya. Estimasi kenaikan jumlah biaya sesuai dengan proyeksi jumlah pasien ranap dan rajal setiap tahun. Kenaikan jumlah biaya pada tahun kedua hingga tahun kelima adalah sebesar 20-30%, sedangkan pada tahun keenam hingga kesepuluh kenaikan biaya adalah sebesar 10-20%. Kenaikan angka biaya diasumsikan terjadi akibat meningkatnya harga-harga

obat, reagen dan barang-barang lainnya, serta kenaikan gaji karyawan setiap dua tahun sekali yaitu sebesar 8%.

e. Proyeksi Laporan Laba Rugi

Dalam kurun waktu 10 tahun, dengan berpedoman pada proyeksi jumlah pasien, pendapatan dan biaya yang diperlukan untuk berbagai kegiatan pelayanan di atas, akan diperoleh laba setiap tahunnya sesuai tabel berikut :

Tabel 37. Proyeksi Laba Selama 10 Tahun

Akhir Th	Laba Bersih (dalam rupiah)
1	-1.792.574.948
2	-463.749.768
3	-771.461.354
4	139.958.579
5	1.925.035.726
6	3.846.411.766
7	6.164.031.061
8	6.203.171.577
9	8.548.381.268
10	8.998.548.103

Pajak dihitung berdasarkan UU Perpajakan No. 36 Tahun 2008 pasal 17 bahwa tarif pajak yang diterapkan atas penghasilan kena pajak bagi wajib pajak dalam negeri dan bentuk usaha tetap adalah sesuai table berikut :

Tabel 38. Penghasilan dan Tarif Pajak

Lapisan Penghasilan Kena Pajak	Tarif Pajak
Sampai dengan Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)	5% (sepuluh persen)
Di atas Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) s.d Rp 250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah)	15% (lima belas persen)
Di atas Rp. 250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah) s.d Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)	25% (dua puluh lima persen)
Di atas Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)	30% (tiga puluh persen)

Sumber : UU Perpajakan No. 36 Tahun 2008 pasal 17

Sesuai pedoman akuntansi rumah sakit, depresiasi atau penyusutan dapat dihitung dengan metode garis lurus sejak bulan aktiva yang bersangkutan digunakan berdasarkan taksiran masa manfaatnya dengan prosentase tahunan dari biaya perolehan, yaitu: (Dep.Kes RI 2003)

Tabel 39. Jenis Aktiva dan Umur Ekonomis

Jenis aktiva	Umur ekonomis
Peralatan/mesin dan peralatan medis	10 tahun
Komputer dan kendaraan bermotor	5 tahun
Gedung permanen bertingkat	40 tahun
Gedung permanen	25 tahun
Peralatan kantor dan mebel	5 tahun

Adapun rumus yang digunakan untuk menghitung depresiasi metode garis lurus (Suratman, 2001) adalah:

$$P = \frac{B - S}{n}$$

P = jumlah penyusutan per tahun

S = nilai sisa

B = harga beli asset

n = umur ekonomis asset

f. Proyeksi Aliran Kas Proyek

Rencana pembangunan rumah sakit umum tentu mengharapkan akan diperolehnya manfaat dari setiap periode selama umur ekonomisnya. Sebelum dilakukan penilaian apakah investasi menguntungkan atau tidak, informasi yang dibutuhkan adalah aliran kasnya. Pentingnya aliran kas dalam perhitungan investasi adalah bahwa laba dalam pengertian akuntansi tidak sama dengan kas masuk bersih, yang lebih relevan bagi investor adalah kas, bukan laba. Para praktisi di bidang keuangan berpendapat bahwa bagaimanapun yang penting adalah kas, karena dengan kas itu bisa dilakukan investasi dan dengan kas pula, kewajiban finansial dibayarkan (Husnan dan Muhammad, 2000 dalam Fadlina, 2004).

Dari proyeksi laporan laba rugi tersebut dapat ditaksirkan aliran kas bersih proyek pembangunan rumah sakit ini untuk periode waktu 10 tahun adalah sebagai berikut :

Tabel 40. Estimasi Aliran Kas Bersih (dalam rupiah)

Akhir Th	Laba Bersih	Depresiasi	Bunga(1-t)	Aliran Kas Bersih
1	(1.792.574.948)	1.899.454.765	2.001.404.251	2.108.284.067
2	(463.749.768)	1.899.454.765	2.001.404.251	3.437.109.247
3	(771.461.354)	1.899.454.765	2.001.404.251	3.129.397.661
4	139.958.579	1.899.454.765	2.001.404.251	4.040.817.595
5	1.925.035.726	1.899.454.765	2.001.404.251	5.825.894.742
6	3.846.411.766	1.355.247.865	2.001.404.251	7.203.063.882
7	6.164.031.061	1.355.247.865	2.001.404.251	9.520.683.177
8	6.203.171.577	1.355.247.865	2.001.404.251	9.559.823.693
9	8.548.381.268	1.355.247.865	2.001.404.251	11.905.033.383
10	8.998.548.103	1.355.247.865	2.001.404.251	12.355.200.219

Diketahui bahwa investasi pembangunan rumah sakit ini dibiayai dengan hutang, maka aliran kas bersih dihitung berdasarkan penjumlahan dari laba bersih, biaya penyusutan ditambah dengan penghematan pajak atas bunga hutang (Jumingan, 2014). Perlunya ditambah dengan satu minus pajak dikalikan bunga karena tidak diinginkan adanya percampuran-adukan keputusan investasi dengan keputusan pendanaan. Husnan dan Muhammad (2000) dalam Fadlina (2004) berpendapat bahwa jika telah dilakukan pengurangan bunga terlebih dahulu dalam perhitungan aliran kas dan kemudian dipertimbangkan biaya modal dalam perhitungan menguntungkan atau tidaknya suatu usulan investasi, maka terjadi perhitungan ganda (*double counting*). Agar tidak terjadi hal tersebut maka perlu disesuaikan aliran kas bersih dengan bunga pinjaman.

Untuk perhitungan pajak, karena pajak proporsinya berbeda, ada yang 5%, 15%, 25% dan 30%, maka dapat digunakan rata-rata berimbang, yaitu 20% (Suratman, 2001 cit. Fadlina, 2004). Berdasarkan hasil perhitungan tersebut di atas maka estimasi aliran kas investasi yang akan dilakukan untuk pembangunan rumah sakit, dapat disajikan sebagai berikut :

**Tabel 41. Estimasi Aliran Kas RS selama 10 tahun
(dalam rupiah)**

Tahun	Initial Cash Flow	Operational Cash Flow	Terminal Cash Flow
0	-31.271.941.418		
1		2.108.284.067	
2		3.437.109.247	
3		3.129.397.661	
4		4.040.817.595	
5		5.825.894.742	
6		7.203.063.882	
7		9.520.683.177	
8		9.559.823.693	
9		11.905.033.383	
10		12.355.200.219	64.041.993.853

Terminal cash flow diperoleh dari pengembalian modal kerja ditambah dengan cash flow nilai sisa bersih investasi. Aliran kas dari nilai bersih investasi perlu pula dihubungkan dengan pajak yang mungkin dikenakan. Rumus dari nilai sisa investasi

Nilai Sisa Bersih

$$= \text{Nilai perolehan} - [(\text{Nilai perolehan} - \text{Nilai buku}) t]$$

$$= 69.085.307.666 - [(69.085.307.666 - 32.797.752.009) 0,2]$$

$$= 61.827.796.535$$

Terminal cash flow

= Nilai sisa bersih + Pengembalian modal kerja

$$= 61.827.796.535 + 2.214.197.318$$

$$= 64.041.993.853$$

g. Penilaian Investasi

Setelah semua data keuangan diringkas dan disusun dalam bentuk aliran kas proyek, dapat dilakukan analisis untuk menilai apakah usulan atau rencana tersebut layak dari aspek keuangan. Penilaian investasi ini dapat dilakukan dengan metode *Net Present Value (NPV)*, *Internal Rate of Return (IRR)*, *Provitability Index (PI)*, *Payback Period (PP)*, *Accounting Rate of Return (ARR)*, *Return of Investment (ROI)*

1) NPV (*Net Present Value*) & IRR (*Internal Rate of Return*)

Metode ini menghitung selisih antara nilai sekarang investasi dengan nilai sekarang penerimaan-penerimaan kas bersih (operasional maupun terminal *cashflow*) di masa yang akan datang (Husnan dan Muhammad, 2000). Jika NPV positif, proyek diterima, sementara jika NPV negatif proyek ditolak.

Untuk menentukan *present value* atas aliran kas operasional dan terminal didasarkan pada *cost of capital* sebagai *cut off rate* atau *discount factor*-nya. Karena pada penelitian ini investasi dibiayai sebagian oleh modal sendiri dan sebagian lagi dengan pinjaman, maka perhitungannya menggunakan biaya modal rata-rata tertimbang, yaitu:

a) Perhitungan biaya utang jangka panjang = bunga $(1 - t)$

Diasumsikan bunga sebesar 10% dan pajak sebesar 20%

$$= 10\% (1 - 20\%)$$

$$= 8\%$$

b) Diasumsikan tingkat pengembalian yang diinginkan investor adalah 10%

$$\text{c) Biaya pinjaman} = \frac{25.084.993.396}{31.356.241.745} = 0,8$$

$$\text{d) Biaya investasi} = \frac{6.271.248.349}{31.356.241.745} = 0,2$$

$$\begin{aligned} \text{e) Biaya modal rata rata tertimbang} &= 0,8 (8\%) + 0,2 \\ (10\%) &= 0,06 + 0,02 = 0,08 = 8\% \end{aligned}$$

Dengan demikian maka biaya modal (interest) adalah sebesar 8%, nilai ini yang nantinya akan digunakan sebagai *cut off rate* dalam menilai usulan proyek investasi pengembangan. Perhitungan NPV dan IRR dilakukan dengan bantuan Microsoft excel:

Tabel 42. Perhitungan NPV & IRR dengan interest 8%

Tahun	Aliran Kas Bersih	Present Value
1	2.108.284.067	1.952.114.877
2	3.437.109.247	2.946.767.187
3	3.129.397.661	2.484.216.759
4	4.040.817.595	2.970.121.562
5	5.825.894.742	3.965.006.069
6	7.203.063.882	4.539.152.079
7	9.520.683.177	5.555.227.190
8	9.559.823.693	5.164.875.283
9	11.905.033.383	5.955.480.654
10	12.355.200.219	5.722.848.285
Total Present Value		41.255.809.944
Initial Investment		31.271.941.418
Net Present Value (NPV)		9.983.868.526
Internal Rate of Return (IRR)		12,88%

Dari tabel di atas tampak selisih antara *total present value of cash flow* dengan *initial investment* bernilai positif, berarti usulan proyek layak untuk dilaksanakan.

Didapatkan nilai IRR sebesar 12,88% sedangkan keuntungan yang disyaratkan adalah 8%. Berdasarkan hasil perhitungan ini maka proyek dinyatakan layak atau menguntungkan. (Jumingan, 2014)

2) PI (Provitability Index)

Profitability Index disebut juga teknik analisis *benefit cost ratio* (B/c ratio), digunakan untuk mengukur layak tidaknya suatu usulan proyek investasi dengan membandingkan antara present value aliran kas proyek dengan

present value (initial investment). Perhitungan untuk proyek pembangunan rumah sakit umum ini adalah:

$$PI = \frac{41.255.809.944}{31.271.941.418} = 1,3193$$

Nilai PI lebih dari 1, sehingga rencana pembangunan rumah sakit umum dapat dinyatakan layak atau menguntungkan.

3) PP (*Payback Period*)

Payback Period digunakan untuk mengetahui berapa lama usaha/proyek yang dikerjakan dapat mengembalikan investasi. Metode ini memiliki beberapa kelemahan diantaranya adalah: 1) Tidak memperhatikan konsep nilai uang, karena rupiah yang diterima tahun pertama dinilai sama dengan tahun-tahun berikutnya (Sartono, 2001 cit. Fadlina, 2004); 2) Tidak memperhatikan aliran kas bersih setelah *pay back*, sehingga bila dihadapkan pada beberapa investasi dengan nilai sama dan *pay back*nya sama maka keputusan yang diambil dapat menyesatkan (Jumingan, 2014)

Untuk mengatasi kelemahan yang pertama, maka digunakan *discounted pay back*, dimana aliran kas operasional dan *terminal cash flow* didiskonkan atau di-

presentvalue-kan dengan tingkat bunga yang dianggap relevan.

$$PP = T_{p-1} + \frac{\sum_{i=1}^n I_i - \sum_{i=1}^n B_{1cp-1}}{B_p}$$

Dimana :

PP = Payback Period

T_{p-1} = Tahun Sebelum PP

I_i = Jumlah investasi yang telah didiscount

B_{1cp-1} = Jumlah benefit yang telah didiscount sebelum
Payback Periode

$$\begin{aligned} B_p &= \text{Jumlah Benefit pada Payback Periode Berada} \\ &= 1.952.114.877 + 2.946.767.187 + 2.484.216.759 + \\ &2.970.121.562 + 3.965.006.069 + 4.539.152.079 + \\ &5.555.227.190 + 5.164.875.283 \\ &= 29.577.481.005 \end{aligned}$$

Pada tahun ke 8 terdapat kumulatif *benefit* yang berada di bawah jumlah investasi yang telah *didiscount*.

$$\begin{aligned} PP &= 8 + \frac{31.271.941.418 - 29.577.481.005}{5.164.875.283} \\ &= 8 + 0,31 \end{aligned}$$

PP = 8 tahun 4 bulan

Bilangan waktu dalam perhitungan ini menunjukkan bahwa dalam jangka 8 tahun 4 bulan bisa terjadi pengembalian investasi, sepanjang tidak terjadi hal-hal di luar kemampuan rumah sakit. Artinya, bahwa rumah sakit harus memiliki sumber daya yang optimal untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan sehingga akan berdampak pada peningkatan pendapatan secara terus menerus.

4) ARR (*Accounting Rate of Return*)

Teknik ini digunakan untuk menentukan layak tidaknya usulan proyek dengan membandingkan antara tingkat keuntungan rata-rata dengan tingkat keuntungan yang disyaratkan.

$$ARR = \frac{\text{Rata-rata pendapatan}}{\text{Total investasi}} \times 100\%$$

$$\begin{aligned} \text{Rata-rata income} &= 32.797.752.009 : 10 \\ &= 3.279.775.201 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} ARR &= \frac{\text{Rp } 3.279.775.201}{\text{Rp. } 31.271.941.418} \times 100\% \\ &= 10,49\% \end{aligned}$$

Didapatkan nilai ARR sebesar 10,49%, sedangkan tingkat keuntungan yang disyaratkan adalah 8%. Berdasarkan hasil perhitungan ini, nilai ARR lebih besar daripada tingkat keuntungan yang disyaratkan, maka investasi dikatakan layak atau menguntungkan. (Jumingan, 2014).

5) ROI (Return on Investment)

ROI (*return on investment*) adalah ukuran atau besaran yang digunakan untuk mengevaluasi efisiensi sebuah investasi dibandingkan dengan biaya dan modal awal yang dikeluarkan.

Rumus perhitungan ROI adalah sebagai berikut :

$$ROI = \frac{\text{Total Laba Bersih}}{\text{Modal Awal}} \times 100\%$$

Hasil perhitungan ROI dari Rumah Sakit ini adalah sebesar :

$$\begin{aligned} ROI &= \frac{32.797.752.009}{31.271.941.418} \times 100\% \\ &= 5\% \end{aligned}$$

B. Pembahasan

Hasil survei harapan masyarakat terhadap berdirinya rumah sakit di Karangmojo ini memberikan gambaran kajian demografi, yang mempertimbangkan luas wilayah dan kepadatan penduduk serta karakteristik penduduk yang terdiri dari umur, jenis kelamin, dan status perkawinan (Permenkes No. 56, 2014). Dari informasi ini maka dapat

dijadikan sumber untuk selanjutnya dilakukan survey dan peramalan, baik kualitatif maupun kuantitatif sehingga didapatkan perkiraan permintaan, lalu dapat ditentukan strategi pemasaran dan perkiraan pangsa pasar guna menghitung perkiraan pendapatan pada analisis keuangan (Jumingan, 2014).

Analisis Pasar pendirian rumah sakit umum islam di daerah Karangmojo dari aspek eksternal yaitu geografis, memiliki potensi pasar utama penduduk di wilayah Kecamatan Karangmojo Gunungkidul dan area di sekitarnya. Jumlah penduduk untuk Kecamatan Karangmojo adalah 56.573 dan area sekitar RS di luar Kecamatan Karangmojo sekitar 236.179 orang dari Kecamatan Ponjong, Semin dan Nglipar yang merupakan daerah yang berbatasan langsung dengan kecamatan Karangmojo. Hasil survei demografi, pendidikan, sosial ekonomi dan budaya setempat, menunjukkan bahwa responden mayoritas adalah perempuan (64%) dengan sebaran usia terbanyak antara 40-49 tahun (38%), status menikah (96%), Pendidikan terakhir SD (40%), pekerjaan petani (71%) dengan pendapatan per bulan < 2 juta (91%). Kondisi ekonomi selain digambarkan dengan pendapatan, juga digali melalui daya beli masyarakat khususnya terhadap pelayanan kesehatan yang digambarkan pada hasil kuesioner harapan biaya berobat rawat jalan dokter < Rp. 50.000 (77%), biaya rawat inap (untuk 3 hari perawatan

tanpa tindakan operasi) < Rp. 1.000.000 (84%) serta biaya persalinan normal < Rp. 1.000.000 (94%). Pendirian rumah sakit di area pasar demikian akan lebih tepat yaitu rumah sakit dengan fasilitas yang cukup dan tarif yang terjangkau. Mengingat jenis klasifikasi rumah sakit yaitu kelas A, B, C dan D, semakin tinggi kelas maka semakin banyak fasilitas yang disyaratkan, dan tentunya semakin tinggi biaya yang dibutuhkan untuk mendirikan rumah sakit tersebut serta berpengaruh pada tarif dan biaya rumah sakit (Trisnantoro, 2015). Untuk itu maka pendirian rumah sakit islam umum kelas D dinilai tepat agar sesuai dengan kondisi pasar (Dumaris, 2016).

Adapun aspek internal dalam analisis pasar ini ditekankan pada sarana kesehatan. Mengingat jumlah penduduk di kabupaten Gunungkidul mencapai 704.206 penduduk, sedangkan jumlah tempat tidur baru ada 450 TT rumah sakit/klinik rawat inap, sehingga masih dibutuhkan 254 TT. Di Kecamatan Karangmojo khususnya, hanya terdapat satu rumah sakit swasta tipe D berkapasitas 50TT dengan penduduk sekitar Karangmojo berjumlah 292.752 jiwa.

Kehadiran Rumah Sakit Islam Gunung kidul sangat dinantikan oleh masyarakat sebagai pionir layanan kesehatan yang Islami, mengingat penduduk Kabupaten Gunungkidul lebih dari 90% menganut Agama Islam. Namun, hal yang menjadi kelemahan dalam penelitian ini adalah

pemilihan sampel penelitian secara tidak acak, sehingga hasil analisisnya memiliki kemampuan generalisasi yang rendah. Sampel yang diambil adalah dari jama'ah YAUMIG (Yayasan Umat Muslin Gunung Kidul), dimana seluruhnya merupakan pemeluk agama islam, sehingga hasil survey harapan masyarakat akan tingginya harapan terhadap pelayanan yang islami tidak dapat digeneralisasi untuk semua penduduk di Kabupaten Gunungkidul, khususnya Kecamatan Karangmojo (Indriantoro & Supomo, 2002). Namun dari hasil survey ini disimpulkan bahwa Rumah sakit yang profesional, dan terjangkau sangat diharapkan guna menjawab masalah pelayanan kesehatan yang dialami oleh responden yaitu pelayanan rumah sakit yang lambat (33%), juga 39% responden mempunyai masalah terkait dengan pelayanan dokter yaitu karena dokter dirasa kurang dalam memberikan penjelasan atau edukasi. Menurut Firdaus dan Dewi (2015), Hal yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain: pendaftaran lancar, waktu tunggu, pelayanan cepat, ramah, sopan, keterampilan dan perawatan medis bagus, profesional, ruangan bersih dan fasilitas lengkap. Adapun masalah yang terkait dengan pelayanan dokter, Boissy, et al (2016) mengadakan sebuah pelatihan keterampilan komunikasi kepada sejumlah dokter, dan terbukti keterampilan komunikasi yang berpusat pada hubungan sistem meningkatkan skor kepuasan pasien, meningkatkan empati dokter, efikasi diri, dan mengurangi kelelahan dokter.

Mengenai analisis keuangan, menurut Permenkes no. 56 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, untuk mendirikan rumah sakit, perlu dibuat studi kelayakan salah satunya yaitu kajian kemampuan pendanaan/pembiayaan yang meliputi: 1) prakiraan jumlah kebutuhan dana investasi dan sumber pendanaan; 2) prakiraan pendapatan atau proyeksi pendapatan terhadap prakiraan jumlah kunjungan dan pengisian tempat tidur; 3) prakiraan biaya atau proyeksi biaya tetap dan biaya tidak tetap terhadap prakiraan sumber daya manusia; 4) proyeksi arus kas 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun; dan 5) proyeksi laba atau rugi 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun. Pada penelitian ini telah dilakukan analisis keuangan yang meliputi :

1. Perhitungan Modal Awal

Perhitungan modal awal meliputi total aktiva berwujud, aktiva tak berwujud dan modal kerja (Hidayah & Pribadi, *nd*). Modal kerja ini diperhitungkan untuk menutup sebagian biaya operasional pada tahun pertama dan kedua, dengan asumsi 65% pemasukan dari perkiraan pemasukan yang didapat, lalu sisanya 35% inilah yang dimasukkan dalam hitungan modal kerja. Estimasi jumlah pasien untuk periode 10 tahun meliputi pasien rawat jalan (umum, UGD, poli spesialis dan gigi), rawat inap, pasien HD, pasien tindakan dan penunjang medik.

2. Estimasi jumlah pasien untuk periode 10 tahun

Estimasi jumlah pasien ini menggunakan teknik peramalan dengan metode kualitatif. Metode kualitatif yang digunakan adalah Opini Ahli, yaitu rawat jalan rata-rata pada tahun pertama adalah 60 pasien dan meningkat 15% pada tahun kedua hingga keenam dan meningkat 10% setiap tahun pada tahun ketujuh hingga tahun kesepuluh.

3. Proyeksi pendapatan

Proyeksi pendapatan dirumuskan dari pendapatan pasien rawat jalan, rawat inap, parkir motor, parkir mobil serta kantin setiap tahun selama 10 tahun. Proyeksi pendapatan ini dihitung selama 10 tahun, dengan asumsi kerjasama dengan BPJS pada tahun ke-3. Untuk dapat bekerjasama dengan BPJS dan untuk dapat memberikan pelayanan yang profesional, tentu rumah sakit harus sudah terakreditasi sesuai Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (BPJS Kesehatan, 2019). Adapun untuk mendukung pelayanan islami, rumah sakit yang telah terakreditasi dapat pula diajukan untuk mengikuti sertifikasi Rumah Sakit Syariah dari Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) bekerja sama dengan Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) (Mukisi, 2018). Rencana pengajuan rumah sakit untuk akreditasi KARS telah dimasukkan dan rencana

kegiatan dan anggaran, yang mana telah masuk dalam estimasi pengeluaran rumah sakit ini sesuai dengan urutan waktunya.

4. Proyeksi biaya operasi

Estimasi biaya operasional, merupakan biaya yang digunakan untuk gaji karyawan, jasa medis dokter, konsumsi pembelian peralatan kantor, transportasi, telepon, listrik, obat dan bahan habis pakai serta biaya pemeliharaan lainnya, berikut prosentase kenaikannya setiap tahun selama 10 tahun, yang disesuaikan dengan kenaikan jumlah pasien serta kenaikan gaji karyawan yang sudah diperhitungkan.

5. Proyeksi laporan laba rugi

Berpedoman pada proyeksi jumlah pasien, proyeksi pendapatan dan estimasi biaya yang diperlukan untuk operasional, maka ditentukanlah estimasi laba rugi kemudian estimasi aliran kas proyek.

6. Estimasi aliran kas

Estimasi aliran kas ini dihitung berdasarkan penjumlahan dari laba bersih, biaya penyusutan ditambah dengan penghematan pajak atas bunga pinjaman, mengingat investasi pembangunan rumah sakit ini sebagian besar merupakan dana pinjaman bank.

7. Penilaian investasi

Setelah semua data keuangan diringkas dan disusun dalam bentuk aliran kas proyek, maka dapat dilakukan analisis untuk menilai apakah usulan atau rencana tersebut layak dari aspek keuangan. Penilaian investasi ini dilakukan dengan metode *Net Present Value (NPV)*, *Internal Rate of Return (IRR)*, *Provitability Index (PI)*, *Payback Period (PP)*, *Accounting Rate of Return (ARR)*, *Return of Investment (ROI)* (Musthafa, 2017). Dari analisis investasi pada penelitian ini, dinyatakan bahwa pendirian rumah sakit umum islam kelas D di Karangmojo, Gunungkidul adalah layak atau menguntungkan.