

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA KONSEPTUAL

#### 2.1 Tinjauan Pustaka

##### 2.1.1 *Cerebrovascular Accident (CVA)*

*Cerebrovascular Accident* atau yang biasa dikenal dengan istilah *stroke* adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian), yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler (Gofir, 2009). Selain itu *stroke* juga didefinisikan sebagai penyakit serebrovaskuler yang terjadi secara tiba-tiba dan menyebabkan kerusakan neurologis. Kerusakan neurologis tersebut dapat disebabkan oleh adanya sumbatan total atau parsial pada satu atau lebih pembuluh darah serebral sehingga menghambat aliran darah ke otak (Ikawati, 2011).

Berdasarkan mekanisme vaskularnya, *stroke* dapat diklasifikasikan menjadi *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik (Ginsberg, 2008). Kondisi keduanya sangat berlawanan yang disebabkan oleh penyebabnya. *Stroke* iskemik merupakan gangguan yang disebabkan oleh gumpalan darah pada suatu area di otak sehingga oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan menjadi tidak

terpenuhi, sedangkan *stroke* hemoragik merupakan kondisi yang terjadi saat pembuluh darah di otak mengalami kebocoran atau pecah.

Sebanyak 88% dari semua *stroke* adalah *stroke* iskemik yang disebabkan oleh pembentukan trombus atau emboli yang menghambat arteri serebral. Aterosklerosis serebral adalah faktor penyebab dari kebanyakan masalah *stroke* iskemik, walaupun 30% tidak diketahui etiologinya. Emboli dapat muncul dari arteri intra- dan ekstra- kranial. 20% *stroke* emboli muncul dari jantung (Fagan and Hess, 2008).

### 2.1.2 Tarif INA-CBG's

Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (PMK No. 52 Tahun 2016).

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, Sistem pembayaran INA-CBG's pertama kali dimulai di Indonesia pada tahun 2006 dengan mengembangkan sistem casemix yang bernama INA-DRG (Indonesia- Diagnosis Related Group). Pada tahun 2008, sistem tersebut dikembangkan melalui implementasi pembayaran dalam program Jamkesmas untuk 15 rumah sakit vertikal. Kemudian pada tahun 2009, pemerintah menjalin kerjasama dengan lebih banyak rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi dari sistem pembayaran

tersebut. Hingga pada tahun 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari istilah INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) berubah menjadi INA-CBG's (Indonesia Case Based Group).

Dasar pengelompokan dalam INA-CBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur. Pengelompokan tersebut menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 Group atau Kelompok Kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan (PMK Nomor 26 Tahun 2021).

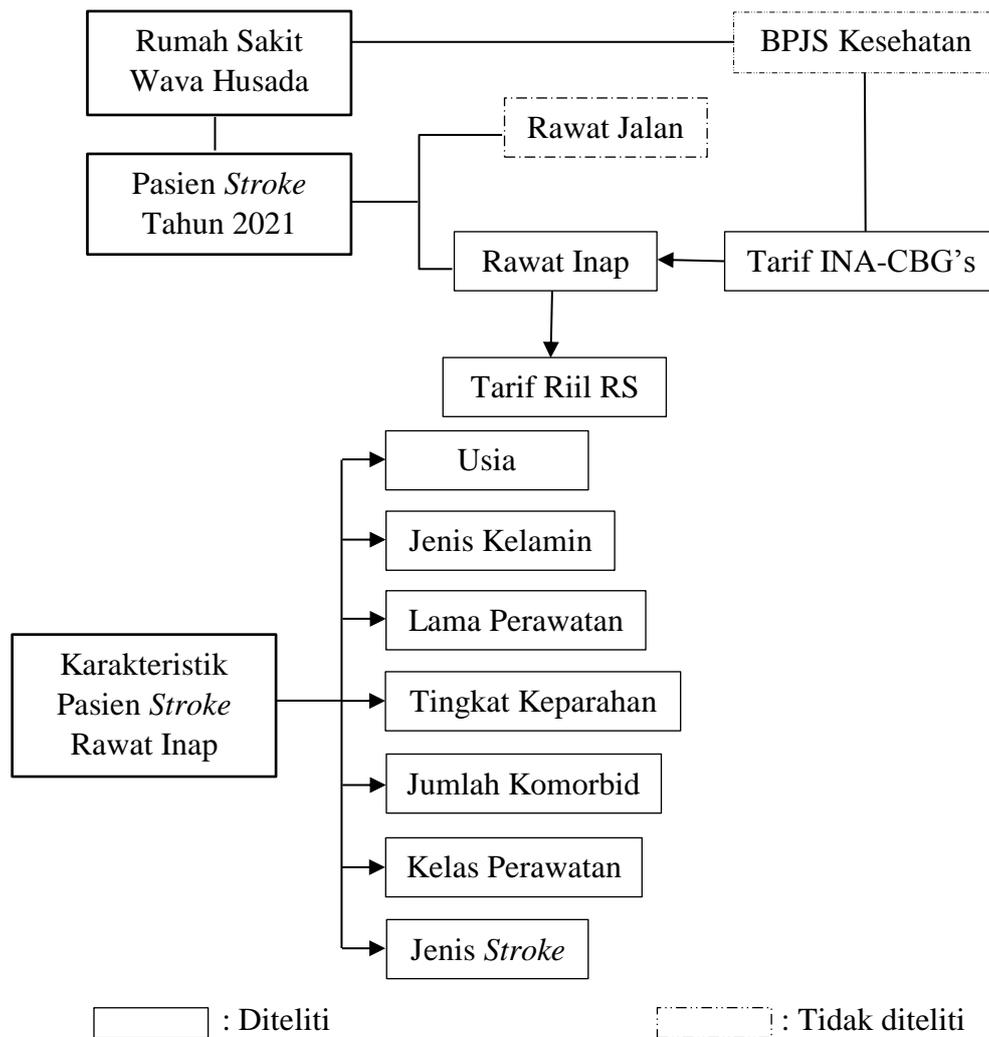
Penghitungan tarif INA-CBG's berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) yang merupakan representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data costing 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

### 2.1.3 Tarif Riil Rumah Sakit

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1165/MENKES/SK/X/2007). Tarif bagi rumah sakit merupakan besarnya biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien sesuai dengan peraturan daerah yang ada.

Riset Pembiayaan Kesehatan dilaksanakan pada tahun 2016 di 84 RSU yang berstatus Badan Layanan Unit Cost Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's (Lestari Handayani, dkk.) 221 Umum (BLU)/Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yaitu 9 RS kelas A, 37 RS kelas B dan 38 RS kelas C yang tersebar di 80 kabupaten/kota di Indonesia. Data hasil penelitian memberikan data biaya rumah sakit yang bervariasi terbagi menjadi biaya di seluruh rumah sakit tentang biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*) dihitung menurut peruntukan biaya (investasi, operasional dan pemeliharaan). Unit cost (UC) dihitung dengan metode *step down*, mempertimbangkan biaya investasi (*full cost*) dan tanpa investasi (*direct cost*). Penghitungan dikelompokkan menjadi biaya *overhead*, *intermediate* dan final (Donald, S. 2000). *Unit cost* final merupakan biaya unit produksi berupa pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan.

## 2.2 Kerangka Konseptual



Rumah Sakit Wawa Husada adalah FKRTL Tipe B yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melayani pasien rawat inap maupun rawat jalan. Salah satu kasus yang ditangani oleh Rumah Sakit Wawa Husada pada tahun 2021 adalah *Cerebrovascular Accident* atau yang biasa dikenal dengan istilah *stroke*. Pertanggungjawaban biaya pasien oleh BPJS Kesehatan disebut dengan tarif INA-CBG's yang didasarkan kepada kelompok diagnosis penyakit dan prosedur. Sedangkan tarif riil rumah sakit adalah besarnya biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku. Adapun

karakteristik pasien *stroke* rawat inap adalah usia, jenis kelamin, lama perawatan, tingkat keparahan atau *severity level*, jumlah komorbid, kelas perawatan, dan jenis *stroke*.