

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Tugas rumah sakit adalah memberikan kesehatan perorangan yang paripurna (Pemerintah RI, 2009). Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit wajib melaksanakan kegiatan- kegiatan sebagai berikut:

1. Pelayanan medis.
2. Pelayanan dan asuhan keperawatan.
3. Pelayanan penunjang medis dan non medis.
4. Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan.
5. Pendidikan, penelitian dan pengembangan.
6. Administrasi umum dan keuangan.

Klasifikasi rumah sakit dikelompokkan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, serta bangunan dan sarana. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah Sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. (Permenkes RI No. 3 Tahun 2020)

Sesuai dengan beban kerja dan fungsinya rumah sakit umum (RSU) diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C, dan D, yang kemudian rumah sakit umum kelas D diklasifikasikan lagi menjadi rumah sakit umum kelas D dan rumah sakit umum kelas D Pratama. Sementara untuk Rumah Sakit Khusus (RSK) diklasifikasikan menjadi kelas A, B, dan C. (Permenkes RI No. 3 Tahun 2020)

2.1.2 Sistem Pembayaran Rumah Sakit

Sistem pembayaran kesehatan menjadi salah satu hal yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pembayaran kesehatan dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang akan diberikan kepada pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 dijelaskan bahwa terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif.

a. Retrospektif

Metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services* (FFS).

Tabel 2.1 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	Pendapatan rumah sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi	Kualitas pelayanan kurang

Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
		Meningkatkan risiko keuangan

Sumber: Permenkes No. 27 Tahun 2014

b. Prospektif

Metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi, dan *case based payment*.

Dalam pembayaran *case based payment* sama halnya dengan INA-CBG's. Dalam pembayaran menggunakan INA-CBG's, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode INA-CBG's. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya.

Tabel 2.2 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembuatan Prospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangunya kualitas coding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses klaim lebih cepat	
Pasien	Kualitas pelayanan baik	Pengurangan kuantitas pelayanan
	Dapat memilih provider dengan pelayanan terbaik	Provide merujuk ke luar/RS lain
Pembayar	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah Mendorong peningkatan sistem	Memerlukan monitoring pasca klaim

	informasi	
--	-----------	--

Sumber: Permenkes No. 27 Tahun 2014

2.1.3 Tarif Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI No 85 Tahun 2015 Tentang Pola Tarif Rumah Sakit menjelaskan bahwa tarif rumah sakit merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa. Semua kegiatan pelayanan dan kegiatan non pelayanan di rumah sakit dikenakan tarif rumah sakit.

Tarif rumah sakit untuk kegiatan pelayanan diperhitungkan berdasarkan komponen jasa sarana dan jasa pelayanan pada rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat. Komponen jasa sarana merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis. Jasa pelayanan terdiri atas jasa tenaga kesehatan dan jasa tenaga lainnya.

Tarif rumah sakit untuk kegiatan non pelayanan bagi rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah meliputi komponen jasa sarana dan/atau jasa lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tarif rumah sakit yang dikelola oleh swasta ditetapkan berdasarkan peraturan internal rumah sakit.

2.1.4 INA-CBG's

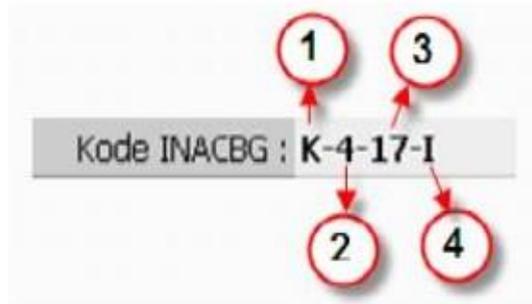
INA-CBG's merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dimana tarif *Indonesian-Case Based Groups* merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang

digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Sistem INA-CBG's merupakan sistem pembiayaan prospektif dan tujuan yang ingin dicapai dari penerapan sistem ini yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan *cost effective*. Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi. Sedangkan secara terpisah terdapat komponen *costing* yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG's untuk setiap kelompok kasus.

Bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional telah ditetapkan tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan lanjutan dilakukan dengan pola pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA- CBG's). Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Care Based Group*).

Dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit adalah dengan koding. Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG's. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 group/kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut.

Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBG's



Sumber : Permenkes No.76 Tahun 2016

Keterangan :

- Digit ke-1 (alfabetik menggambarkan CMG (*Casemix Main Groups*))
- Digit ke-2 (numerik) menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*)
- Digit ke-3 (numerik) menggambarkan spesifik kelompok kasus
- Digit ke-4 (romawi) menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus (*severity level*)

Struktur Kode INA-CBG's terdiri atas:

- 1) *Casemix Main Groups* (CMGs)
Merupakan klasifikasi tahap pertama. Dilabelkan dengan huruf alphabet (A to Z). Sesuai dengan ICD 10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG's.
- 2) *Case Groups*
Merupakan sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus yang dilabelkan dengan angka 1 (satu) sampai dengan 9 (sembilan).
- 3) *Case Type*
Merupakan sub-group ketiga yang menunjukkan spesifik CBG's yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.
- 4) *Severity Level*
Merupakan sub-group keempat yang menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam

masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi:

- a. “0” untuk rawat jalan
- b. “I – Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- c. “II – Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
- d. “III – Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Istilah ringan, sedang, dan berat dalam deskripsi dari kode INA-CBG’s bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan komorbiditi).

2.1.5 Tarif INA-CBG’s

Tarif INA-CBG’s merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Perhitungan tarif INA-CBG’s berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN.

Komponen-komponen medis yang sudah terhitung ke dalam tarif INA-CBG’s adalah sebagai berikut:

1. Konsultasi dokter
2. Pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologi (rontgen), dll
3. Obar Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan Fornas
4. Bahan dan alat medis habis pakai
5. Akomodasi atau kamar perawatan
6. Biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien.

Regionalisasi dalam tarif INA-CBG’s dimaksudkan untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat

Statistik (BPS), pembagian regionalisasi dikelompokkan menjadi 5 regional. Kesepakatan mengenai pembagian regional dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Regionalisasi untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik. Hasil regionalisasi tingkat provinsi sebagai berikut:

Tabel 2.3 Daftar Regionalisasi Tarif INA-CBG's

Regionalisasi				
I	II	III	IV	V
Daerah	Nusa Tenggara	Sulawesi	Kalimantan	Sulawesi
Istimewa	Barat	Tenggara	Selatan	Selatan
Yogyakarta	Bengkulu	Jambi	Riau	Papua Barat
Jawa Barat	Sulawesi	Sulawesi Barat	Kalimantan	Papua
Jawa Tengah	Tengah	Gorontalo	Tengah	Selatan
Jawa Timur	Kalimantan		Kalimantan	Papua
DKI Jakarta	Barat		Timur	Tengah
	Lampung		Kalimantan	Papua
	Banten		Utara	Pegunungan
	Sumatera		Kepulauan Riau	Papua
	Barat		Sumatera	Papua Barat
	Bali		Selatan	Daya
	Sumatera			Aceh
	Utara			Kepulauan
				Bangka
				Belitung
				Sulawesi
				Utara

				Nusa Tenggara Timur Maluku Maluku Utara
--	--	--	--	---

Sumber : Permenkes No. 3 Tahun 2023

2.1.6 *Pneumonia*

Pneumonia merupakan penyakit yang dapat mengancam jiwa, dan menjadi salah satu penyebab meninggalnya jutaan anak di dunia. Bayi dan lansia berumur 65 tahun yang sudah memiliki penyakit sebelumnya merupakan kelompok beresiko terkena *pneumonia* (Ningsih et al., 2022).

Pneumonia adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya pembengkakan dan inflamasi oleh jamur, bakteri, yang menginfeksi pada tractus respiratorius serta alveoli pada jaringan paru-paru (Dompas et al., 2022).

Infeksi saluran pernapasan bawah akut biasanya merupakan penyebab utama *pneumonia*, penyakit peradangan akut pada parenkim paru. Penyakit menular seperti virus, bakteri, mikoplasma (jamur), dan aspirasi benda asing dapat menyebabkan batuk dan sesak napas serta *pneumonia*, yang ditandai dengan eksudasi dan kondensasi dan dapat dideteksi pada pemeriksaan radiologis (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa, *pneumonia* merupakan penyakit yang dikenal dengan infeksi saluran pernafasan sehingga mengakibatkan sesak nafas, ada beberapa penyebab dari *pneumonia* yaitu adanya pembengkakan dan inflamasi oleh jamur, bakteri yang menginfeksi pada tractus respiratorius serta alveoli pada jaringan paru-paru, dan menimbulkan gejala batuk dan disertai dengan sesak nafas. Penyakit ini menjadi salah satu penyebab meninggalnya jutaan anak di dunia.

Pneumonia dapat dikategorikan dalam beberapa cara. Metode yang paling populer adalah mengkategorikan *pneumonia* menurut tempat ditemukannya (*pneumonia* komunitas dan *pneumonia* nosokomial), tetapi

pneumonia juga dapat dikategorikan menurut bagian paru yang terinfeksi (*pneumonia lobar, pneumonia multilobar, pneumonia bronkial, dan pneumonia interstitial*), atau menurut agen penyebabnya. *Pneumonia* aspirasi (pecandu alkohol, orang lanjut usia), *pneumonia* berulang (*pneumonia* yang terjadi berulang kali, berdasarkan penyakit kronis), *pneumonia* pada pasien dengan gangguan kekebalan (*pneumonia* pada pasien transplantasi organ, onkologi, dan AIDS), dan sebagainya, adalah cara tambahan untuk mengkategorikan radang paru-paru (Askar, 2020).

Untuk penderita *pneumonia* yang gejalanya tidak terlalu berat, pengobatan dengan antibiotik per oral dan perawatan di rumah dapat menjadi pilihan yang sesuai. Antibiotik per oral biasanya efektif dalam mengobati infeksi *pneumonia* pada kondisi ringan hingga sedang. Pada saat yang sama, pasien diharapkan untuk istirahat yang cukup, minum banyak cairan, dan mengikuti instruksi dokter mengenai penggunaan antibiotik.

Namun untuk penderita yang lebih tua atau yang mengalami sesak nafas atau memiliki penyakit jantung atau paru-paru lainnya, penanganan yang lebih intensif mungkin diperlukan. Pasien mungkin harus dirawat di Rumah Sakit untuk pengawasan medis yang lebih ketat. Antibiotik dalam kasus ini biasanya diberikan melalui infus untuk mencapai kadar obat yang optimal dalam darah. Selain itu, pemberian oksigen tambahan, cairan intravena, dan ventilasi mekanik (alat bantu nafas) mungkin juga diperlukan untuk membantu pernafasan pasien dan mempercepat proses penyembuhan. Kebanyakan penderita akan memberikan respon terhadap pengobatan dan keadannya akan membaik dalam waktu dua minggu.

Pada pasien dengan *pneumonia*, terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu dalam diagnosis dan manajemen penyakit tersebut. Menurut (Damanik & Sitorus, 2020) berikut beberapa pemeriksaan penunjang *pneumonia*:

a. Sinar-X dada

Pemeriksaan sinar-X dada dapat membantu mengidentifikasi distribusi struktural *pneumonia*, seperti jenis *pneumonia* lobar atau

bronchopneumonia. Sinar-X juga dapat membantu dalam mendeteksi adanya abses paru.

b. Pemeriksaan Gram dan Kultur Sputum dan Darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi organisme penyebab infeksi. Dengan menganalisis sampel dahak (*sputum*) atau darah, dokter dapat menentukan jenis bakteri yang menyebabkan *pneumonia* dan memilih antibiotik yang sesuai untuk pengobatan.

c. Pemeriksaan Serologi

Pemeriksaan serologi seperti tes antibodi spesifik, dapat membantu dalam membedakan dan menentukan diagnosis organisme penyebab tertentu, seperti virus atau mikroorganisme lain yang mungkin menjadi penyebab *pneumonia*.

d. Pemeriksaan Fungsi Paru

Pemeriksaan fungsi paru seperti spirometri, dapat dilakukan untuk mengevaluasi fungsi paru-paru pasien. Hal ini membantu dalam menentukan tingkat keparahan penyakit dan membantu dalam diagnosis kondisi yang mendasarinya.

e. Biopsi Paru

Dalam beberapa kasus yang kompleks atau tidak jelas, biopsi paru dapat dilakukan untuk memperoleh sampel jaringan paru-paru yang lebih detail. Biopsi paru membantu dalam menegakkan diagnosis dan memastikan penyebab *pneumonia*.

f. Spirometri Statis

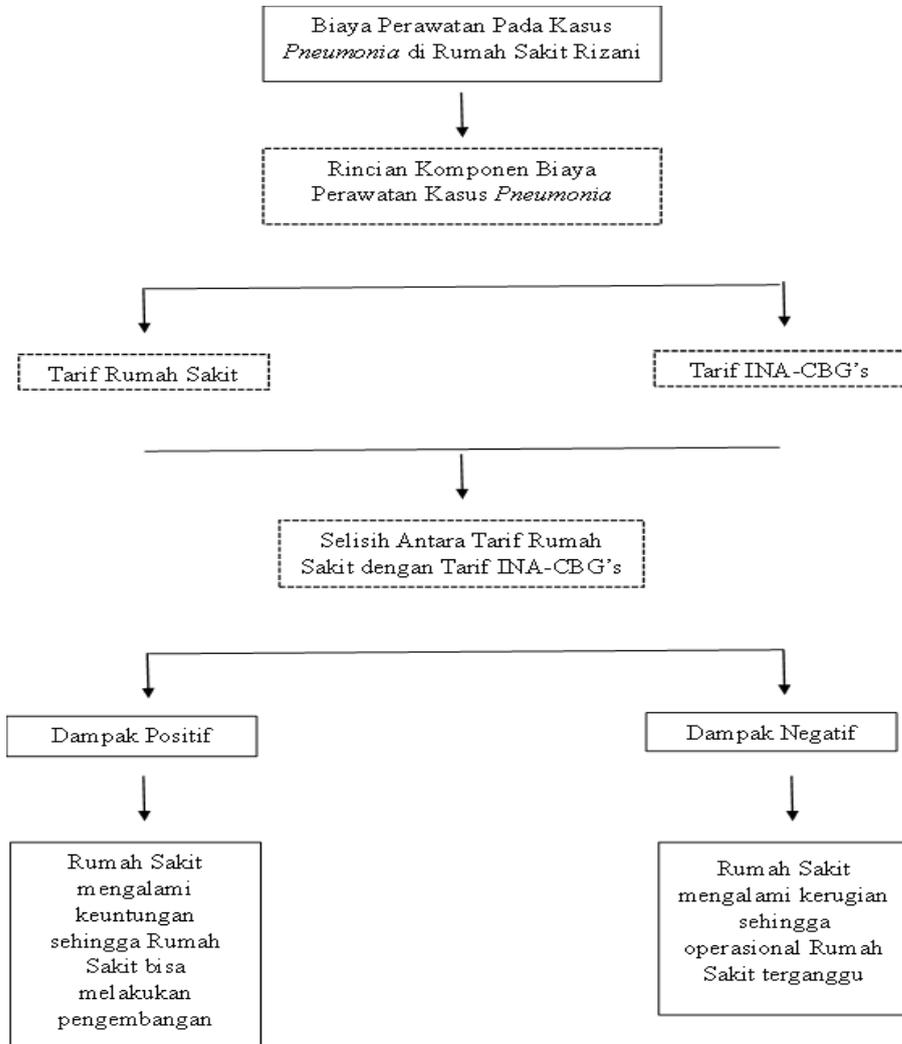
Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengukur jumlah udara yang dapat dihembuskan dan dihirup pasien. Hal ini membantu dalam mengevaluasi fungsi paru-paru dan memperoleh informasi tentang kapasitas paru-paru.

g. Bronkoskopi

Jika terdapat kebutuhan untuk menentukan diagnosis yang lebih rinci atau mengangkat benda asing dari saluran pernapasan, bronkoskopi dapat dilakukan. Prosedur ini melibatkan penggunaan alat optik yang disisipkan melalui saluran pernapasan untuk melihat dan mengambil sampel jaringan

atau menghilangkan obstruksi.

2.2. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

..... = Variabel yang diteliti

———— = Variabel yang tidak diteliti