BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Indonesia merupakan negara dengan prevalensi penyakit gagal ginjal kronik yang cukup tinggi, yaitu sekitar 30,7 juta penduduk, sedangkan di Bali khususnya untuk wilayah Negara pravelensi gagal ginjal kronis sekitar 0,2% dimana dari total penduduk di Jembrana yaitu sekita 322.256 jiwa.

Gagal ginjal kronis merupakan suatu kondisi yang proses patofisiologi memiliki penyebab yang beragam, mengakibatkan penuruan fungsi ginjal yang progresif dan biasanya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan gangguan pada organ tubuh, karena toksin yang seharusnya dikeluarkan ginjal tidak dapat dikeluarkan karena ginjal mengalami gangguan (Sitanggang *et al*., 2021).

Dengan cukup tingginya pravelensi gagal ginjal kronis, pengobatan rutin harus dilakukan dan biaya yang dibutuhkan cukup tinggi. Dalam meminimalisir pengeluaran biaya tersebut maka pasien setidaknya memiliki asuransi yang bisa meminimalisir biaya yang dikeluarkan. Salah satu Lembaga asuransi kesehatan yang ada di Indonesia adalah BPJS Kesehatan (Hakim *et al.*, 2020).

BPJS merupakan suatu badan dari pemerintah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat dan seluruh warga negara Indonesia nantinya secara bertahap. BPJS Kesehatan bertanggung jawab buat menaruh jenis premi yg adil dan merata pada seluruh orang di Indonesia serta memilih besaran pembayaran sinkron baku tarif yg ditetapkan pemerintah (Kemenkes RI, 2019). Tarif yang telah ditetapkan oleh pemerintah yaitu tarif INA-CBG'S *(Indonesia Case Based Groups)*

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 (Aulia *et al*., 2017).

Berdasarkan penelitian sebelumnya masalah yang sering ditemukan dalam implementasi pembiayaan menggunakan sistem INA CBGs yaitu besaran klaim pembayaran INA-CBG'S seringkali mengalami perbedaan dengan pembayaran rumah sakit yang menggunakan sistem *Fee For Service (FFS)*. Pembayaran biaya sering terdapat selisih antara biaya riil rumah sakit dengan tarif paket INA-CBG'S. Selisi positif terjadi apabila biaya riil yang dikeluarkan lebih kecil dari tarif INA CBGs, sedangkan selisih negatif adalah biaya riil yang dikeluarkan lebih besar dari tarif paket. (Putri et al., 2023)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Suheri, 2022) mengenai Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBG'S Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerahasy-Syifa' Sumbawa Barat menyatakan terdapat perbedaan yang signifikan antara biaya rill dan tarif INA-CBG'S pada klaim pelayanan rawat inap. Penelitian yang dilakukan oleh (Putri et al., 2023) menyatakan bahwa terdapat selisih negatif pada biaya rill dengan tarif INA-CBG'S. Rumah Sakit melakukan subsidi silang dalam selisih tarif dengan memberi subsidi ke unit yang mengalami kerugian/selisih tarif.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk penelitian mengenai analisis selisih biaya terapi riil dengan biaya tarif INA-CBG'S pada pasien rawat inap penyakit gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Umum Daerah Negara.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah yaitu apakah ada selisih biaya *riil* dengan tarif INA-CBG'S pada pasien rawat inap Gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Umum Negara?

UNMAS DENPASAR

1.3 Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui selisih biaya *riil* dengan Tarif INA-CBG'S Pada pasien rawat inap Gagal ginjal kronis diRumah Sakit Umum Negara.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Dari hasil penelitaian ini diharapkan bisa digunakan untuk ilmu pengetahuan dan sebagai sumber informasi mengenai selisih biaya *riil* dengan INA-CBG'S pasien Gagal ginjal kronis peserta rawat inap di Rumah Sakit Umum Negara.

1.4.2 Manfaat praktis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran selisih biaya *riil* dengan INA-CBG'S pasien Gagal ginjal kronis sehingga dapat digunakan sebagai acuan oleh pihak rumah sakit dalam menentukan perencanaan pelayanan pasien yang efisien dan ekonomis sehingga biaya pengobatan sesuai dengan pembiayaan kesehatan berdasarkan INA-CBG'S serta dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan tarif selanjutnya.

UNMAS DENPASAR

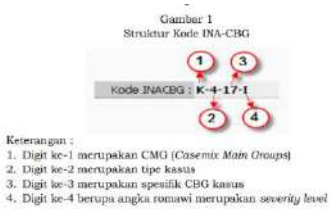
BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 INA-CBG'S

INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group) adalah nama sistem *Case-Mix* yang pertama kali diproduksi di Indonesia pada tahun 2006. Pada tanggal 1 September 2008, 15 rumah sakit vertikal menggunakan INA-DRG untuk pembayaran, dan pada tanggal 1 Januari 2009, semua rumah sakit bekerja sama dalam inisiatif Jamkesmas menggunakan INA-DRG. Pada tanggal 31 September 2010, nama Indonesia Case Based Group (INA-CBG) diubah dari INA-DRG,Karena itu, INA-CBG digunakan untuk membayar Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dari Oktober 2010 hingga Desember 2013. Sejak diperkenalkannya sistem *Case-Mix* di Indonesia, tarif untuk tahun 2008, 2013, dan 2014 telah mengalami tiga putaran penyesuaian harga. Tarif INA-CBG 2014 memiliki 1.077 Kelompok, termasuk 789 Kelompok untuk Rawat Inap dan 288 Kelompok untuk Rawat Jalan. Ini menggunakan sistem pengkodean ICD-10 untuk diagnosis dan sistem pengkodean ICD-9-CM untuk prosedur / tindakan. UNU Grouper digunakan untuk mengklasifikasikan kode diagnosis dan pengobatan. Grouper *Case-Mix* dipromosikan oleh United Nations University (UNU).(Kemenkes R.I., 2014).

2.1.1 Struktur Kode INA-CBG'S

Berikut merupakan cara pengkodean INA-CBG'S :



Gambar 2. 1 Struktur kode INA-CBG'S

Struktur Kode INA-CBG'S terdiri atas :

a. *Case-Mix* Main Groups (CMGs)

Klasifikasi tahap pertama, jenis kasus yang diwakili dengan huruf, spesifikasi CBG terkait sistem organ tubuh, tingkat pelayanan, disesuaikan dengan label huruf tiap sistem organ ICD 10, Terdapat 30 CMG di UNU Grouper *(22 Acute Care CMG, 2 Ambulatory CMG, 1 CMG Subakut, 1 CMG Kronis, 4 CMG Khusus, dan 1 CMG Error*)Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220.

Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs

TIPE KASUS	GROUP
a. Prosedur Rawat Inap	Group-1
b. Prosedur Besar Rawat Jalan	Group-2
c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan	Group-3
d. Rawat Inap Bukan Prosedur	Group-4
e. Rawat Jalan Bukan Prosedur	Group-5
f. Rawat Inap Kebidanan	Group-6
g. Rawat Jalan kebidanan	Group-7
h. Rawat Inap Neonatal	Group-8
i. Rawat Jalan Neonatal	Group-9
j. Error	Group-0

Gambar 2.2 Tipe Kasus dalam INA-CBG'S

b. Case-Based Groups (CBGs)

adalah Sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus .

a. Kode CBGs

Sub kelompok ketiga menunjukkan CBG spesifik, diwakili oleh angka mulai dari 01 hingga 99.

UNMAS DENPASAR

b. Severity Level

Sub kelompok keempat adalah tingkat intensitas sumber daya, yang menunjukkan tingkat keparahan kasus, yang dipengaruhi oleh adanya penyakit penyerta atau komplikasi selama pengobatan. Tingkat keparahan kasus pada INA-CBG dibagi menjadi:

1. "0" Pasien rawat jalan
2. "I" Ringan" adalah tingkat rawat inap Tingkat Keparahan 1 (tidak ada komplikasi atau penyakit penyerta) 3. "II"Tingkat rawat inap "Sedang". Tingkat Keparahan 2 (dengan komplikasi ringan dan penyakit penyerta)

4. “III” Tingkat Rawat Inap “Parah”. Tingkat Keparahan 3 (dengan komplikasi dan penyakit penyerta yang parah).

2.1.2 INA-CBG’S Gagal Ginjal Kronis

Kode INA-CBG N-4-10-I, N-4-10-II, dan N-4-10-III mengidentifikasi modul Nefron-Kemih untuk kasus gagal ginjal kronis di CMG. Pasien yang melakukan rawat inap dan bukan prosedur dipicu oleh kode 4, dan spesifikasi CBG dipicu oleh angka dari 01 hingga 99. Namun digit keempat menunjukkan tingkat penyakit. Angka romawi I–III digunakan untuk menentukan tingkat keparahan.(Kemenkes R.I., 2014)

Tabel 2.1 Tarif INA-CBG’S penyakit Gagal ginjal kronis 2016

No	Kode INA-CBG’S	Deskripsi INA-CBG’S	Tarif kelas III	Tarif kelas II	Tarif kelas I
1.	N-4-10-I	Tumor Ginjal &Saluran Urin & Gagal Ginjal (Ringan)	Rp. 4.597.400	Rp. 5.516.900	Rp. 6.436.400
2.	N-4-10-II	Tumor Ginjal & Saluran Urin & Gagal Ginjal (Sedang)	Rp. 5.560.700	Rp. 5.516.900	Rp. 6.436.400
3.	N-4-10-III	Tumor Ginjal &Saluran Urin & Gagal Ginjal (Berat)	Rp. 8.179.000	Rp. 9.814.800	Rp. 11.450.500

UNMAS DENPASAR

2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Biaya Riil

A. Ketepatan Penulisan Diagnosa

ketidaktepatan penulisan diagnose pasien JKN dengan kasus PTCA pada formulir verfikasi INA-CBG'S. Penulisan diagnosa utama pasien yang tidak tepat pada formulir verifikasi INA-CBG'S, disebabkan oleh dalam penulisan diagnosa belum mengacu pada ICD-10 dan ICD-9-CM, dokter tidak menuliskan diagnosa penyakit dengan lengkap dan sebagian dokter hanya menuliskan singkatan diagnosa (Oktamianiza, 2018).

B. Ketepatan Kode Diagnosa

Hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh anggota staf medis adalah ketepatan saat menggunakan kode diagnosis. Rekam medis yang lengkap dan akurat diperlukan untuk dosis yang tepat. Rekam medical harus melengkapi semua dokumen yang akan dipersyaratkan, seperti lembar ringkasan masuk keluar, lembaran operasi, laporan tindakan, laporan patologi, dan resume pasien keluar.

C. Tingkat Keparahan Penyakit

Ketika tingkat keparahan pasien meningkat, biaya penyediaan layanan kesehatan juga akan meningkat, yang akan memperburuk situasi bagi mereka yang menyediakan layanan tersebut.

D. Lama Rawat Pasien

Rata-rata Lama Tinggal, atau AVLOS, adalah lamanya waktu yang dihabiskan seseorang di satu lokasi. Indikator ini juga dapat memberikan informasi tentang perawatan pasien selain memberikan informasi tentang efektivitas. Kisaran LOS optimal adalah antara 6 dan 9 hari (Oktamianiza, 2018).

UNMAS DENPASAR

2.3 Farmakoekonomi

2.3.1 Definisi

Farmakoekonomi merupakan Kumpulan ilmu pengetahuaan yang mencakup bidang kesehatan dan ekonomi yang mana memiliki tujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan melalui peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan. Farmakoekonomi sangat penting dalam menjelaskan dan menganalisis biaya terapai sisitem pelayanan kesehatan.(*Buku Pedoman Farmakoekonomi*, n.d.)

2.3.2 Metode Kajian Farmakoekonomi

2.3.2.1 Analisis Minimalisasi Biaya

Digunakan untuk membandingkan 2 atau lebih intervensi kesehatan, termasuk obat, yang menunjukkan output yang sama, setara, serta dipercaya setara. Sebab output pengobatan di diasumsikan sama, hanya satu sisi, yaitu biaya, yang wajib dibandingkan.(*Buku Pedoman Farmakoekonomi*, n.d.)

2.3.2.2 Analisis Efektivitas-Biaya

Sering dipakai pada studi farmakoekonomi buat memperbandingkan 2 atau lebih hegemoni kesehatan yang mempunyai dampak yg berbeda. Dengan memakai analisis yang menghitung porto dan hasilnya, pengguna bisa memilih jenis hegemoni kesehatan yang paling efisien yang memerlukan porto paling murah buat mencapai output pengobatan yg diinginkan.

2.3.2.3 Analisis Utilitas-Biaya

Hasilnya ditunjukkan serta keuntungan yang berhubungan pada peningkatan atau perubahan mutu yang disebabkan oleh perawatan medis.

2.3.2.4 Analisis Manfaat Biaya

Teknik untuk analisis yang didasarkan pada teori ekonomi dan digunakan untuk menargetkan dan membandingkan surplus dalam sistem hegemonik tertentu untuk

kesehatan menggunakan manfaatnya. Menurut prinsip ini, kelebihan porto dan manfaat ditransfer ke mata uang. Rupiah, dolar, dan dolar AS.

2.4 Biaya

2.4.1 Definisi biaya

Menurut Panduan Implementasi Studi Farmakoekonomi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk tahun 2013, pengeluaran selalu menjadi lebih penting karena adanya keterbatasan daya sumber, terutama uang. Dalam studi ekonomi, pengeluaran didefinisikan sebagai jumlah uang yang hilang karena penggunaan peralatan tertentu (juga dikenal sebagai biaya peluang atau peluang biaya). Menurut pakar farmakoekonomi, pengeluaran kesehatan meliputi lebih dari sekadar biaya perawatan kesehatan, tetapi juga pengeluaran tambahan seperti biaya perawatan tambahan dan biaya yang dibutuhkan oleh pasien sendiri. Pengeluaran langsung dan tidak langsung adalah dua jenis pengeluaran yang umumnya ditanggung pasien. Pengeluaran langsung akan dihitung melalui analisis pengeluaran dari perspektif masyarakat.

2.4.2 Penggolongan Biaya Kesehatan

a. Biaya Langsung

Biaya langsung adalah biaya yang terkait dengan penyediaan perawatan kesehatan, seperti biaya konsultasi dokter, biaya perawat, biaya obat untuk menilai risiko kesehatan, biaya uji labolatrium, biaya kamar rawat inap, biaya pemeliharaan rumah sakit, dan biaya lainnya. Selain biaya medis, ada beberapa biaya yang sering diabaikan juga, seperti biaya ambulans dan biaya administrasi.

b. Biaya tidak langsung

Biaya tidak langsung adalah salah satu yang terkait dengan penurunan produktivitas, seperti ketidakmampuan untuk bekerja yang dihasilkan dari diagnosis penyakit tertentu. Biaya konsumsi dan transportasi berlebihan.

UNMAS DENPASAR

c. Biaya nirwujud

Biaya nirwujud adalah biaya yang digunakan untuk menggambarkan berbagai biaya yang sulit diukur dalam bentuk uang tetapi sering terlihat dalam indikator kualitas hidup, seperti sakit dan kecaman yang diungkapkan oleh teman dekat dan / atau keluarga seseorang.

d. Biaya terhindarkan

Potensi pengeluaran yang dapat dihalangi dengan menggunakan intervensi kesehatan tertentu adalah bias yang sedang diangkat (*Buku Pedoman Farmakoekonomi*, n.d.).

2.5 Jaminan Kesehatan

2.5.1 Definisi Jaminan Kesehatan

Untuk meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pembiayaan kesehatan sangatlah penting. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah metode resmi yang digunakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan untuk melaksanakan program Jaminan Sosial. JKN, yang lazim di Indonesia, adalah cabang dari SJSN dan dibangun di sekitar sistem asuransi kesehatan yang diperlukan dengan tujuan meningkatkan standar kualitas dan efisiensi. Mereka tidak menawarkan dukungan apa pun kepada dokter yang melakukan perawatan berlebihan (Kemenkes R.I., 2014)

2.6 Gagal Ginjal Kronis

2.6.1 Definisi

Penyakit ginjal kronis (CKD) didefinisikan sebagai kelainan pada ginjal struktur atau fungsi, selama 3 bulan atau lebih. Laju filtrasi glomerulus (GFR) yang lebih rendah dan rasio albumin ke kreatinin urin yang lebih tinggi (uACR) keduanya independen terkait dengan efek samping. Selama beberapa dekade, penyakit ginjal

UNMAS DENPASAR

terutama dianggap hadir hanya ketika bersihan kreatinin (CLcr) pasien yang diperkirakan atau diukur berkurang menjadi <50 mL/menit (0,83 mL/detik) (Hayes *et al., n.d.*).

2.6.2 Patofisologi

Perkembangan CKD ke stadium yang lebih lanjut (stadium 4-5) terjadi selama beberapa dekade pada sebagian besar orang, dengan mekanisme kerusakan ginjal yang tepat tergantung pada etiologi penyakit dan sangat terkait dengan usia, jenis kelamin, dan ACR urin. dibuktikan oleh berbagai faktor inisiasi dan perkembangan, kerusakan ginjal dapat terjadi akibat berbagai penyebab yang heterogen. Sementara arteriol ginjal dalam nefrosklerosis hipertensi memiliki hyalinosis arteriolar (penebalan dinding arteri), CKD diabetes menunjukkan ekspansi mesangial glomerulus. Perkembangan dan perluasan kista ginjal adalah tanda penyakit ginjal polikistik. Sementara kerusakan struktural awal bergantung pada penyakit utama yang mempengaruhi ginjal, hilangnya massa nefron dan hipertensi kapiler glomerulus adalah komponen utama jalur menuju ESRD (Hayes *et al., n.d.*).

2.6.3 Diagnosis

UNMAS DENPASAR

Pemeriksaan fisik menyeluruh dapat memberikan informasi tambahan mengenai penyebab CKD, dan pemeriksaan tersebut harus mencakup penilaian menyeluruh terhadap prevalensi pasien. Asupan oral yang tidak mencukupi, muntah, diare, atau diuresis berlebihan dapat menyebabkan tanda-tanda penurunan volume. Di sisi lain, tanda-tanda kelebihan volume dapat menyebabkan dekompensasi jantung, gagal hati, atau sindrom nefrotik. Adanya luka arteriovenosa atau retinopati pada mata dapat mengindikasikan hipertensi atau diabetes yang sudah berlangsung lama. Murmur karotis atau perut mungkin mengindikasikan penyakit renovaskular. Jika seseorang mengalami nyeri pinggang atau pembesaran ginjal, uropati obstruktif, batu ginjal, pielonefritis, atau penyakit ginjal polikistik harus segera dipertimbangkan. Neuropati dapat disebabkan oleh diabetes, amiloidosis, atau yang lebih jarang, vaskulitis. Ruam

(lupus eritematosus sistemik, nefritis interstisial), purpura teraba (Schonlein purpura, cryoglobulinemia, vaskulitis), telangiektasia (skleroderma, vaskulopati), dll dapat terlihat pada kulit (Hayes *et al., n.d.*)

2.6.4 Gambaran Klinis

CKD sering tanpa gejala, yang merupakan alasan mengapa banyak pasien tidak didiagnosis dengan penyakit ini sampai mereka mencapai CKD stadium 4 atau 5 dan berada pada atau mendekati titik yang membutuhkan terapi penggantian ginjal. Masalah ini telah mendorong pelaporan otomatis oleh laboratorium klinis eGFR sebagaimana ditentukan oleh persamaan estimasi (Modification of Diet in Renal Disease [MDRD] persamaan atau persamaan Kolaborasi Epidemiologi Penyakit Ginjal Kronis (persamaan CKD-EPI) untuk tujuan mengidentifikasi individu dengan CKD. Skrining komprehensif untuk CKD mencakup analisis eGFR dan uACR dan stratifikasi risiko untuk perkembangan atau memperkirakan persamaan seperti persamaan risiko gagal ginjal. Dokter harus memahami bagaimana menginterpretasikan eGFR dan nilai ekskresi albumin urin untuk menentukan stadium individu dengan CKD secara tepat (Hayes *et al., n.d*.).

2.6.5 Tatalaksana Pengobatan

UNMAS DENPASAR

Terapi farmakologis yang digunakan untuk memperlambat perkembangan CKD termasuk obat dengan manfaat yang ditunjukkan untuk mengurangi proteinuria dan untuk mengelola faktor penyebab CKD; terutama hipertensi dan diabetes. Bagian selanjutnya berfokus pada terapi farmakologis yang menargetkan faktor-faktor ini. Penyakit glomerular adalah penyebab utama ketiga CKD dan hampir semua varian berhubungan dengan proteinuria yang signifikan. Tinjauan menyeluruh tentang epidemiologi, patofisiologi, dan strategi pengobatan untuk penyakit glomerulus (Hayes *et al., n.d.*).

a. ACEI dan ARB

Bukti dari uji klinis telah mengkonfirmasi efek menguntungkan dari ACEI dan ARB pada fungsi ginjal untuk DCKD. ACEI atau ARB harus digunakan sebagai terapi lini pertama jika ekskresi albumin urin dalam kategori A2 atau lebih (uACR >30 mg/g; 3,4 mg/mmol). terapi lini pertama jika ekskresi albumin urin dalam kategori A2 atau lebih (uACR >30 mg/g; 3,4 mg/mmol) Untuk penderita hipertensi, tujuan utamanya adalah mencapai target tekanan darah sedangkan tujuan sekundernya adalah mengontrol proteinuria. Rekomendasi dosis khusus untuk ACEI dan ARB untuk pengobatan proteinuria belum ditetapkan; akibatnya, dosis terendah yang direkomendasikan harus dimulai. Dosis biasanya ditingkatkan sampai albuminuria berkurang 30% sampai 50% atau efek samping seperti penurunan eGFR lebih dari 30% atau peningkatan kalium serum terjadi.

b. Sodium Glucose Transport-2 Inhibitor

Sodium-glukosa co-transporter 2 (SGLT-2) inhibitor menunjukkan harapan yang cukup besar dalam memperlambat perkembangan DCKD dengan manfaat yang tampaknya independen dari efek penurunan glukosa. Dengan mengurangi reabsorpsi glukosa dan natrium di tubulus proksimal ginjal, agen ini menurunkan hiperfiltrasi glomerulus dan mengurangi hipertensi glomerulus. Analisis post-hoc dari percobaan kardiovaskular empagliflozin (EMPA-REG) menunjukkan efek ginjal yang menguntungkan termasuk penurunan albuminuria, penurunan eGFR yang lambat, dan penurunan risiko 50% untuk berkembang menjadi ESRD; manfaat ini konsisten pada pasien dengan eGFR ≥30 mL/min/1,73 m2. Uji coba CREDENCE menilai apakah canagliflozin 100 mg setiap hari ditambahkan ke blokade reninangiotensinaldosterone dan perawatan diabetes awal memperlambat perkembangan DCKD pada peserta dengan diabetes mellitus tipe 2, albuminuria >300 hingga 5000 mg/g (34 hingga 570 mg/mmol), dan eGFR 30 hingga <90 ml/menit/1,73m^2.

UNMAS DENPASAR

c. Terapi lainnya

Konsep pelepasan aldosteron telah mengarah pada pencarian kombinasi obat lain untuk lebih menekan RAAS dalam upaya meningkatkan hasil ginjal. Tinjauan sistematis Cochrane memeriksa penambahan antagonis aldosteron (spironolakton) ke ACEI atau ARB (atau keduanya) pada pasien dengan CKD 1-4. Antagonis aldosteron secara signifikan mengurangi proteinuria dan tekanan darah, tetapi menggandakan risiko hiperkalemia dan secara signifikan meningkatkan risiko ginekomastia. tidak diketahui apakah menambahkan spironolakton ke ACEI atau ARB (atau keduanya) akan mengurangi risiko kejadian KV besar atau ESRD.

2.7 Rumah Sakit Umum Negara

2.7.1 Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Negara adalah lembaga pemerintah di Kabupaten Jembrana yang membantu pemerintah daerah dalam hal pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Umum Negara termasuk dalam kategori kelas C, dan RS ini menerima peringkat Madya dari Akreditasi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1. RSU Negara menawarkan rawat jalan dan rawat inap. Kecuali poliklinik umum dan geriatri, 16 poliklinik yang ada menawarkan pelayanan rawat jalan dengan dokter spesialisnya. Selain itu, dilengkapi dengan fasilitas pendukung seperti laboratorium dan radiologi, layanan khusus seperti HD, fisioterapi, dan klinik VCT; farmasi; dan fasilitas gawat darurat yang tersedia 24 jam sehari.

2.8 Metode

Penelitian ini bersifat analitik dan data ini dikumpulkan secara retrospektif dari rekam medik dan biaya obat pasien yang menderita gangguan ginjal kronis di Rumah Sakit Umum Negara. Proses pengumpulan data secara retrospektif adalah jenis penelitian yang bertujuan untuk melihat kembali apa yang telah terjadi dan

UNMAS DENPASAR

bagaimana hal itu berdampak pada apa yang telah terjadi. Kelebihan metode analitik yaitu menggunakan cara yang sudah baku atau dengan aturan-aturan kalkulus, hasil berupa suatu fungsi atau relasi, nilai perhitungan adalah nilai sejati atau exact (tepat), tidak selalu mudah memperoleh solusi, bahkan ada yang tidak dapat di peroleh solusi. Kekurangan metode analitik yaitu memakan banyak waktu tenaga dan pikiran, kadang tidak menemukan penyelesaian

2.9 Analisis statistik

2.9.1 Uji normalitas

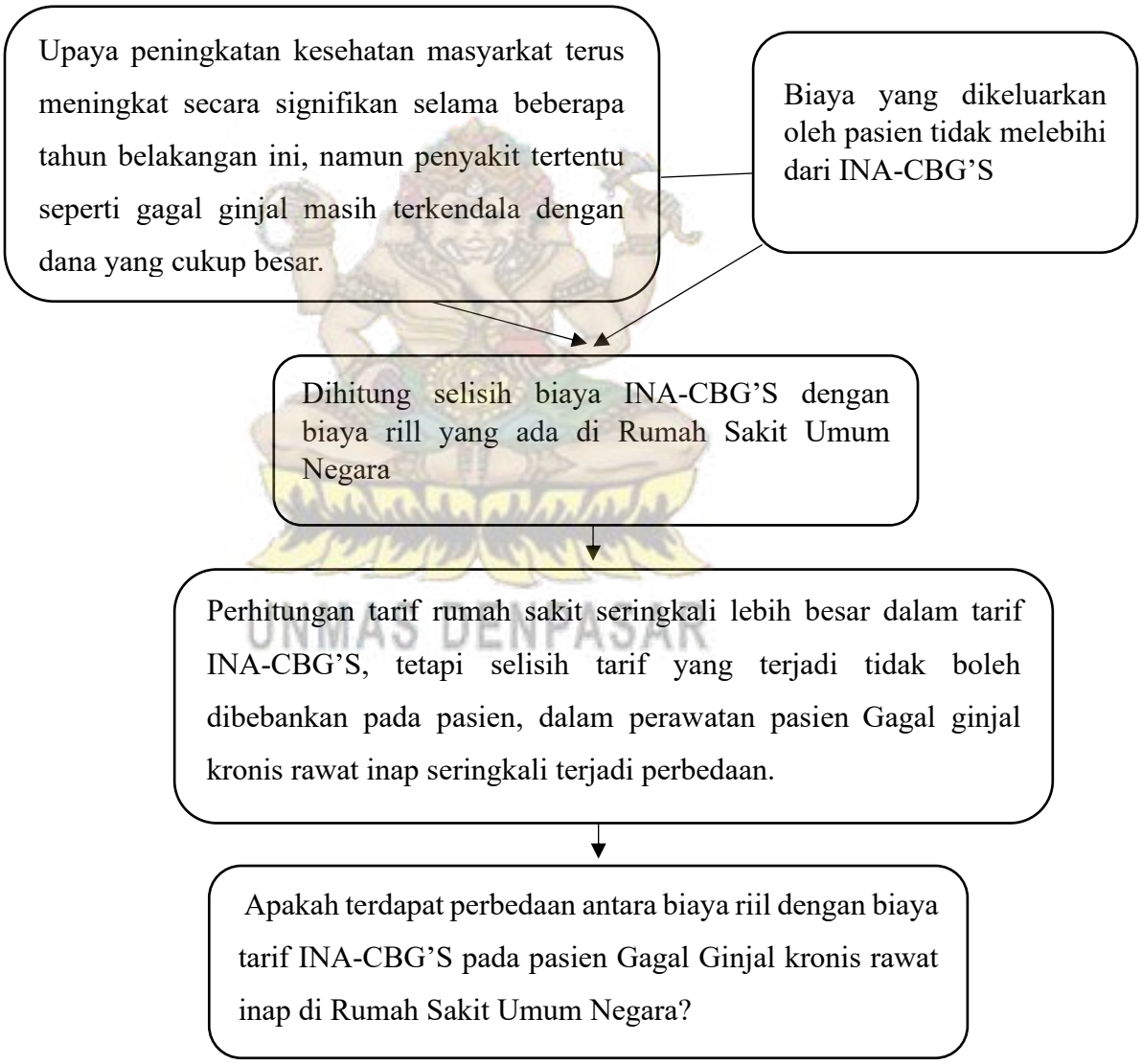
Uji normalitas bertujuan menguji apakah dalam metode regresi, variabel terikat dan variabel bebas keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak, Model regresi yang baik adalah data yang berdistribusi normal atau mendekati normal. Dalam penelitian ini untuk mendeteksi apakah data berdistribusi normal atau tidak. parametrik adalah alat bantu analisa data (teknik statistik) yang pengoperasionalannya didasarkan pada asumsiasumsi bahwa sampel diambil secara acak (random), data-data yang bersifat homogen (sama atau mendekati sama, dan data berskala interval atau rasio. Sebaliknya statistik non-parametrik adalah alat bantu analisa data (teknik statistik) yang pengoperasionala **.** salah satu uji *non-parametrik* yaitu *One-Sample Kolmogorov-Smirnov*. Dimana jika pada hasil uji *Kolmogorov-Smirnov* menunjukkan *p value* lebih besar dari 0,05, maka data berdistribusi normal dan sebaliknya, jika *p-value* lebih kecil dari 0,05, maka data tersebut berdistribusi tidak normal (Ginting & Silitonga, 2019).

2.9.2 Uji *one sampel t-test* berpasangan

Analisis *One Sample t-test* digunakan untuk mengetahui mengenai penilaian konsumen atas faktor visual, faktor bentuk dan ukuran, faktor teknologi, dan faktor label informasi terhadap pembelian. Analisis ini digunakan untuk menguji signifikansi perbedaan suatu nilai rata-rata dengan nilai tertentu (test value). Pengujian rata-rata satu sampel dimaksudkan untuk menguji nilai tengah atau rata-rata populasi μ sama dengan nilai tertentu μo, lawan hipotesis

alternatifnya bahwa nilai tengah atau rata-rata populasi μ tidak sama dengan μo. Pengujian satu sampel pada prinsipnya ingin menguji apakah suatu nilai tertentu (yang diberikan sebagai pembanding) berbeda secara nyata ataukah tidak dengan rata-rata sebuah sampel. Nilai tertentu di sini pada umumnya adalah sebuah nilai parameter untuk mengukur suatu populasi (Nuryadi et al., 2017).

2.10 Kerangka konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konse