

**ANALISIS BIAYA TERAPI PASIEN PENYAKIT STROKE  
HEMORAGIK RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN  
SENOPATI BANTUL PERIODE JANUARI – DESEMBER 2018**

**SKRIPSI**



**Oleh :**

**NUR ASYIFA ALMI NAWIRA**

**15613060**

**PROGRAM STUDI FARMAS  
I FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
2020**

**ANALISIS BIAYA TERAPI PASIEN PENYAKIT STROKE  
HEMORAGIK RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN  
SENOPATI BANTUL PERIODE JANUARI – DESEMBER 2018**

**SKRIPSI**

Diajukan memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S. Farm) Program  
Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam  
Indonesia Yogyakarta



Oleh :

**NUR ASYIFA ALMI NAWIRA**

**15613060**

**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA**

**2020**

**SKRIPSI**

**ANALISIS BIAYA TERAPI PASIEN PENYAKIT STROKE  
HEMORAGIK RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN  
SENOPATI BANTUL PERIODE JANUARI – DESEMBER 2018**

**Yang diajukan oleh:**

**NUR ASYIFA ALMI NAWIRA**

**15613060**



Telah disetujui oleh:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Fithria Dyah Ayu S, M.Sc., Apt.    Witri Susila Astuti, M.Clin. Pharm., Apt

## SKRIPSI

### ANALISIS BIAYA TERAPI PASIEN PENYAKIT STROKE HEMORAGIK RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL PERIODE JANUARI – DESEMBER 2018

Oleh:

**NUR ASYIFA ALMI NAWIRA**

**15613060**

Telah lolos uji etik penelitian  
dan dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi  
Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 21 April 2020

Ketua Penguji : Vitarani Dwi Ananda N, Dr., S.Si., M.Si. ( . Vitarani ... )

Anggota Penguji : 1. Fithria Dyah Ayu Suryanegara, M.Sc, Apt ( ..... )

2. Witri Susila Astuti, M.Clin. Pharm., Apt ( ..... )

3. Diesty Anita Nugraheni, M.Sc., Apt ( ..... )

Mengetahui,

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



Prof. Riyanto S.Pd., M.Si., Ph.

## PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam Skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 17 Agustus 2020

Penulis,



Nur Asyifa Almi Nawira

## KATA PENGANTAR



*Assalamu'alaikum Wr.Wb.*

Segala puji hanya untuk Allah SWT yang telah memberi petunjuk kepada setiap umat yang dikehendaki-Nya. Shalawat serta salam semoga senantiasa Allah SWT curahkan Kepada Nabi Muhammad SAW, keluarganya, para sahabatnya dan setiap orang yang menghidukan sunnah beliau sampai hari kiamat.

Atas berkah dan rahmat Allah serta kemudahan yang diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Analisis Biaya Terapi Pasien Stroke Hemoragik Rawat Inap JKN Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Periode Januari – Desember 2018”**. terselesaikannya penulisan Skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu penulis sampaikan rasa terima kasih dan hormat setinggi-tingginya kepada:

1. Kepada diri saya sendiri karena sudah mampu menyelesaikan tugas akhir ini dengan penuh perjuangan serta tetap semangat sampai akhir.
2. Ibu Fithria Dyah Ayu S, M.Sc., Apt dan Witri Susila Astuti, M.Clin. Pharm. Apt selaku dosen pembimbing yang telah memberi masukan, bimbingan dan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Dosen penguji Ibu Vitarani Dwi Ananda Ningrum, Dr.,S.Si.,M.Si.,Apt dalam pelaksanaan sidang skripsi.
4. Ibu Dr. Farida Hayati, M.Si., Apt selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan motivasi selama menjadi mahasiswa.
5. Bapak Saepudin, S.Si., PhD,Apt selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

6. Bapak Prof. Riyanto, S.Pd., M.Si., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
7. Bapak dan Ibu Dosen pengajar beserta Staf Program Studi Ilmu Farmasi Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.

Dengan segala keterbatasan kemampuan dan pengetahuan, penulis sadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga perlu adanya masukan yang bersifat membangun untuk perkembangan Skripsi ini di masa yang akan datang. Penulis juga berharap semoga Skripsi ini bermanfaat untuk penelitian selanjutnya dan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kefarmasian.

*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 17 Agustus 2020

Penulis,



Nur Asyifa Almi Nawira

## HALAMAN PERSEMBAHAN



Alhamdulillah rabbil'alamin puji dan syukur penulis ucapkan seiring rasa syukur kehadiran Allah SWT atas kelancaran dan segala kemudahan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan naskah skripsi ini.

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang selalu memberikan kemudahan dan nikmatnya terutama nikmat kesehatan dan nikmat akal pikiran sehingga penulis bisa menyelesaikan semuanya dengan lancar.
2. Nabi Muhammad SAW sebagai tauladan, dan panutan bagi umat manusia.
3. Ibu Rusnawati S,pd. tercinta yang tak pernah berhenti mendoakan, memberi nasehat, semangat dan bantuan materi maupun moril selama ini.
4. Ayah saya tercinta Marcos (alm) dan Kaka saya tercinta Khusnol Khatimah (alm) doa kalian selalu menyertai setiap langkah saya dalam mengerjakan skripsi ini.

Seluruh sahabat dan kerabat selama menjalani kuliah di Universitas Islam Indonesia jurusan Farmasi dan jurusan lainnya semoga Allah SWT senantiasa membalas segala kebaikan yang telah diberikan.



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINIL .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>INTISARI .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	2
1.3. Tujuan Penelitian .....	2
1.4. Manfaat Penelitian .....	3
<b>BAB II STUDI PUSTAKA .....</b>	<b>4</b>
2.1. Tinjauan Pustaka .....	4
2.1.1. Stroke .....	4
2.1.2. Epideminologi.....	5
2.1.3. Etiologi .....	5
2.1.4. Klasifikasi.....	6
2.1.5. Faktor Risiko .....	6
2.1.5.1. Hipertensi .....	6
2.1.5.2. Diabetes Melitus .....	7
2.1.5.3. Penyakit Jantung Koroner .....	7
2.1.5.4. Obesitas.....	8
2.1.6. Tatalaksana Terapi.....	8

2.1.7 Prinsip Tatalaksana terapi .....	13
2.1.8 Farmakoekonomi .....	10
2.1.9 Biaya .....	11
2.1.10 INA CBG's .....	12
2.1.11 Bahan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) .....	13
2.2. Landasan Teori .....	14
2.3. Hipotesis .....	15
2.4. Kerangka Konsep .....	15
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>16</b>
3.1. Rencana Penelitian .....	16
3.2. Defisit Operational Variabel .....	16
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian .....	17
3.4. Populasi dan Sampel .....	17
3.4.1 Populasi .....	17
3.5. Jalannya Penelitian .....	18
3.6. Instrumen Penelitian .....	18
3.7. Analisis Data dan Pengelolaan Hasil .....	18
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>20</b>
4.1. Karakteristik Pasien .....	20
4.1.1 Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin .....	22
4.1.2 Karakteristik Berdasarkan Usia .....	22
4.1.3 Karakteristik Berdasarkan Agama .....	22
4.1.4 Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan .....	23
4.1.5 Karakteristik Berdasarkan Pendidikan .....	23
4.1.6 Karakteristik Pasien berdasarkan Penyakit Penyerta .....	23
4.1.7 Karakteristik Berdasarkan <i>Length of Stay</i> (LOS) .....	24
4.2. Gambaran Terapi Pasien Stroke Hemoragik .....	24
4.3. Hubungan Faktor Sociodemografi dengan Humanistic .....	25
Komponen Biaya Medik Langsung di RSUD Panembahan Senopati Bantul .....	25
4.4. Perbandingan rata-rata biaya riil dengan tarif INA-CBGs berdasarkan .....	26
4.5. Keterbatasan Penelitian .....	28

<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>29</b>
5.1. Kesimpulan .....	29
5.2. Saran .....	29
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>30</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b>	Klasifikasi tekanan darah menurut JNC VIII .....	6
<b>Tabel 2.2</b>	Tarif INA-CBG's Rumah Sakit Pemerintah Tipe B Regional V .....	13
<b>Tabel 4.1</b>	Karakteristik pasien stroke hemoragik rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari -Desember 2018.....	21
<b>Tabel 4.2</b>	Diagnosa Sekunder Pasien Stroke Hemoragik... ..	23
<b>Tabel 4.3</b>	Gambaran Terapi Pasien Stroke Hemoragik .....	24
<b>Tabel 4.4</b>	Komponen biaya pasien Rawat Inap JKN Pasien Stroke Hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari –Desember 2018. ...	26
<b>Tabel 4.5</b>	Selisih Biaya Rill dengan Tarif INA-CBG's Rawat Inap JKN Pasien Stroke Hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari –Desember 2018.....	27

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b> Flak Ateroskolosis pada pembuluh darah.....	8
---	---

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b>	<b><i>Ethical Clearance</i></b> .....	33
<b>Lampiran 2</b>	Surat Izin Penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul .....	34
<b>Lampiran 3</b>	Surat Selesai Penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul	35
<b>Lampiran 4</b>	Surat izin Bapedda Bantul.....	36
<b>Lampiran 5</b>	Lembar Pengumpulan Data.....	37
<b>Lampiran 6</b>	Output Normalitas dan Uji Perbandingan Rata-rata .....	38
<b>Lampiran 7</b>	Tarif INA CBG's dan Tarif RS.....	47
<b>Lampiran 8</b>	Hubungan Faktor Sosiodemografi .....	48
<b>Lampiran 9</b>	Karakteristik Pasien .....	51
<b>Lampiran 10</b>	Komponen Biaya Rill .....	54
<b>Lampiran 11</b>	Statistik Hubungan Sosiodemografi Dengan Hasil Outcome Humanistik.....	58

**ANALISIS BIAYA TERAPI PASIEN STROKE HEMORAGIK  
RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL  
PERIODE JANUARI – DESEMBER 2018**

**NUR ASYIFA ALMI NAWIRA**  
**Program Studi Farmasi**

**INTISARI**

Daerah Istimewa Yogyakarta menduduki urutan kedua angka kejadian stroke tertinggi. Berdasarkan data hasil riset prevalensi dari penyakit stroke semakin meningkat setiap tahun nya dan dilihat dari penanganan penyakit stroke sendiri membutuhkan biaya yang cukup besar sehingga menjadi beban biaya. Tujuan dari penelitian ini untuk melihat gambaran terapi pasien stroke melihat besar biaya medik langsung pasien penyakit stroke hemoragik. Mengetahui besar selisih serta perbandingan antara biaya riil dan *INA CBG's*. Jenis penelitian ini observasional analitik dengan rancangan *cross sectional* berdasarkan perspektif rumah sakit. Metode pengambilan data secara retrospektif melalui catatan rekam medik pasien stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Pengolahan dan analisis data menggunakan analisis data deskriptif dan uji one sample T test untuk mengetahui signifikansi antara biaya riil dengan tarif paket *INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups)* dan gambaran hasil terapi. Hasil penelitian menunjukkan gambaran terapi pemberian terapi yang paling banyak diberikan kepada pasien stroke hemoragik adalah Citicoline (16.43%). Tidak terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi dengan outcome humanistic. Total biaya terapi pada pasien stroke hemoragik rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebesar Rp.235,013.516.00 dengan jumlah 52 pasien dalam periode 1 tahun jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar yaitu biaya obat yaitu sebesar Rp. 63,265,599.00, biaya visite dokter, pemeriksaan penunjang medik (laboratorium), biaya alat kesehatan dan biaya lain lain. Terdapat selisih positif dan negatif antara total biaya riil dengan total tarif *INA-CBG's*. Selisih untuk kelas 2 dengan selisih Rp-1.116.295 pada kelas 1 dan 3 menunjukkan hasil yang signifikan dengan selisih secara berurutan adalah Rp 14.889.410 dan Rp-25.339.516

**Kata Kunci :** *Stroke, Biaya, INA CBG's, RSUD Panembahan Senopati Bantul.*

***ANALYSIS OF THE COST OF THERAPY HEMORRHAGIC IN-PATIENT  
PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL HOSPITAL  
JANUARY - DECEMBER 2018 PERIOD***

***NUR ASYIFA ALMI NAWIRA  
Department Of Pharmacy***

***ABSTRACT***

*Yogyakarta Special Region ranks the second-highest stroke incidence rate. Based on research data, the prevalence of stroke is increasing every year and from the perspective of handling stroke itself, it requires a large amount of money so that it becomes a cost burden. The purpose of this study was to see the therapeutic picture of stroke patients to see the amount of direct medical costs of hemorrhagic stroke patients. Knowing the difference and comparison between real costs and INA CBG's. This type of research is observational analytic with a cross-sectional design based on the perspective of the hospital. The retrospective data collection method was through the medical records of hemorrhagic stroke patients at Panembahan Senopati Bantul Hospital. Data processing and analysis used descriptive data analysis and a one-sample T-test to determine the significance between real costs and INA-CBG's package rates (Indonesia Case Base Groups) and an overview of the results of therapy. The results showed that the description of therapy that was most often given to hemorrhagic stroke patients was Citicoline (16.43%). There was no relationship between sociodemographic factors and humanistic outcomes. The total cost of therapy for hemorrhagic stroke patients inpatient at Panembahan Senopati Bantul Hospital was Rp. 235,013,516.00 with 52 patients in 1 year. The type of cost component that had the largest allocation of funds was the cost of drugs, namely Rp. 63,265,599.00, doctor's visit fee, medical support examination (laboratory), medical equipment costs, and other costs. There is a positive and negative difference between the total real cost and the total INA-CBG tariff '. The difference for class 2 with a difference of Rp-1,116,295 in classes 1 and 3 shows a significant result with the difference being IDR 14,889,410 and IDR 25,339,516, respectively.*

***Keywords: Stroke, Cost, INA CBG, Panembahan Senopati Bantul Hospital***



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Stroke adalah penyakit utama yang menyebabkan kematian dalam waktu 24 jam yang dapat menyebabkan kematian di seluruh dunia dan penyebab utama ketiga kematian di Amerika Serikat setelah penyakit jantung dan semua kanker. Stroke terjadi pada lebih dari 700.000 individu per tahun dengan angka kematian sebesar 160.000. Disebabkan karena adanya gangguan darah pada salah satu bagian otak dan mengakibatkan kelumpuhan pada sistem saraf di seluruh dunia dan penyebab utama ketiga kematian di Amerika Serikat setelah penyakit jantung dan semua kanker. Stroke terjadi pada lebih dari 700.000 individu per tahun dengan angka kematian sebesar 160.000 (Feladita, 2014).

Stroke terjadi karena dipicu oleh beberapa faktor risiko, yaitu makin banyak Faktor risiko yang dimiliki oleh penderita, maka akan semakin tinggi pula kemungkinan terjadinya penyakit stroke. Pada Penderita stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya. (Muslimah, 2017).

Stroke merupakan suatu penyakit yang tergolong cukup tinggi terjadi di Indonesia dan termasuk penyebab kematian di Indonesia dengan jumlah pasien yang rawat inap yang mengalami peningkatan tiap tahun yang menjadi pengaruh terhadap biaya kesehatan yang ditanggung oleh JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Analisis biaya rawat inap pada penyakit stroke di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta dengan subjek penelitian adalah pasien stroke perdarahan rawat inap dan rawat jalan periode 1 Oktober 2014-31 September 2015, dan data yang digunakan meliputi usia, jenis kelamin, jumlah komorbid dan komplikasi, lama dan kelas rawat inap (Setyawan, 2016).

Total biaya penyakit stroke perdarahan rawat inap biaya penyakit stroke perdarahan pasien rawat inap adalah sebesar Rp.622.175.604,40,- untuk 45 episode pertama rawat inap. Rata-rata biaya pada episode inap pasien stroke perdarahan adalah Rp.13.826.124,54, ± Rp.8.627.671,85,- (Setyawan, 2016).

RSUD Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit umum dengan kelas B yang menjadi rumah sakit rujukan untuk pasien dengan penyakit stroke.

Peningkatan total biaya pengobatan pasien dengan penyakit stroke pasien yang rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul meningkat seiring dengan besar biaya perawatan dan terapi yang dilakukan.

Tujuan dari penelitian ini untuk melihat gambaran terapi pasien stroke hemoragik, mengetahui besar biaya komparasi antara biaya riil dengan INACBGs, melihat besar biaya medik langsung pasien penyakit stroke hemoragik serta mengetahui hubungan sosiodemografi dengan hasil outcome humanistik di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan di atas maka dapat di rumuskan permasalahan :

1. Bagaimana gambaran terapi pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul ?
2. Bagaimana hubungan sosiodemografi dengan hasil outcome humanistik pada pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul ?
3. Berapa besar biaya medis langsung pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul perspektif rumahsakit?
4. Bagaimana selisih biaya riil dan tarif paket INA-CBGs pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Mengetahui gambaran terapi pada pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
2. Mengetahui hubungan sosiodemografi dengan hasil outcome humanistik pada pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul

3. Mengetahui biaya medis langsung yang dikeluarkan oleh pasien dan perspektif menurut Rumah Sakit terapi penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
4. Mengetahui selisih biaya riil dan tarif paket INA-CBGs di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Bermanfaat bagi berbagai pihak yang terkait dan sebagai sumber informasi mengenai analisis biaya yang di keluarkan pada pasien stroke hemoragi dalam rangka penanggulangan kasus stroke hemoragik.
2. Bagi Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul dapat memberikan masukan kepada rumah sakit terkait dengan biaya terapi pada pasien rawat inap stroke terhadap tarif INA-CBGs.
3. Bagi peneliti, dapat memberikan pemahaman dan pendalaman dari inlu farmakoekonomi melalui penerapan penelitian di RS Panembahan Senopati Bantul.
4. Bisa sebagai bahan pertimbangan dan evaluasi bagi pemerintah terkait dengan tarif baru INA CBGs.
5. Bisa menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya

## **BAB II**

### **STUDI PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

##### **2.1.1. Stroke**

Stroke adalah suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau dapat menimbulkan terjadinya kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. (World Health Organization, 1989). Stroke non hemoragik (iskemik) merupakan klasifikasi stroke yang mempunyai angka kejadian yang tinggi. Dibandingkan dengan stroke hemoragik, stroke iskemik lebih sering terjadi yaitu 88% dan untuk stroke hemoragik yaitu 22% (Sacco, 2013).

Stroke adalah gangguan fungsi otak baik lokal maupun menyeluruh karena pasokan darah ke otak terganggu, yang terjadi secara cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian yaitu adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan yaitu gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (Nasution, 2013).

Stroke perdarahan atau juga disebut stroke hemoragik adalah perdarahan yang tidak terkontrol di otak. Perdarahan yang dapat mengenai dan membunuh sel otak, sekitar 20% stroke stroke hemoragik. Jenis perdarahan (stroke hemoragik), disebabkan pecahnya pembuluh darah otak, baik intrakranial maupun subarakhnoid (Misbach, 2007).

### 2.1.2. Epidemiologi

Terdapat sekitar 4,6 juta pasien berhasil sembuh dari serangan penyakit stroke di Amerika Serikat dan stroke merupakan penyebab utama dari kecacatan pada orang dewasa. Kurang lebih 20% pasien geriatri di rumah sakit merupakan pasien stroke dan juga menjadi diagnosis utama untuk pasien mendapatkan rehabilitasi rawat inap. Kebutuhan untuk perawatan setelah rawat inap selama ini dianggap mahal. Serta di Amerika Serikat stroke merupakan salah satu penyakit yang paling mahal dengan biaya \$50 miliar per tahun. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab sekitar 15,4% kematian dari keseluruhan kematian yang terjadi. Angka kejadian stroke pada pria dan wanita masing – masing 76,8% dan 23,2% dengan usia antara 59,4 – 60,6 tahun dan faktor risiko hipertensi serta penyakit jantung masing – masing sebesar 66,08% dan 17,86%. Sedangkan untuk penelitian yang dilakukan di Jakarta faktor risiko stroke termasuk hipertensi 14,9%, merokok (59,9 pada pria dan 5,9 pada wanita), hiperkolesterol 13,% dan pecandu alkohol 2,7%. Dilihat dari penyebabnya stroke terjadi adalah stroke perdarahan subarachnoid 61,9% dan perdarahan intraserebral 1,4%) serta stroke iskemik sebesar 42,9% (Kusuma, 2009).

### 2.1.3. Etiologi

Di Indonesia penyebab terjadinya stroke adalah dimana tingginya angka kejadian stroke karena gaya dan pola hidup masyarakat yang tidak sehat, seperti halnya malas bergerak, sering mengonsumsi makanan berlemak dan kolesterol tinggi, sehingga banyak diantara mereka mengidap penyakit yang menjadi pemicu timbulnya serangan stroke. Saat ini serangan stroke lebih banyak dipicu oleh adanya hipertensi yang disebut sebagai *silent killer*, diabetes melitus, obesitas dan berbagai gangguan kesehatan yang terkait dengan penyakit degeneratif (Ramadany, 2013).

Stroke Hemoragik disebabkan oleh adanya perdarahan intrakranial dengan ditandainya gejala terjadinya peningkatan tekanan darah sistole >200mmHg pada hipertoniik dan 180 mmHg pada normotoniik, brakikardi, wajah keunguan serta pernapasan mengorok (Herminawati, 2013).

#### **2.1.4. Klasifikasi**

Stroke Hemoragi di bagi menjadi 2 penyebab yaitu Intraserebral dan subaraknoid. Pada perdarahan intrakranial, pecahnya pembuluh darah otak dapat karena berry aneurysm akibat hipertensi tak terkontrol yang mengubah morfologi arteriol otak atau pecahnya pembuluh darah otak karena kelainan kongenital pada pembuluh darah otak tersebut. Perdarahan subaraknoid disebabkan pecahnya aneurysma congenital pembuluh arteri otak di ruang subaraknoidal. Terlepas dari penurunan fungsi fisik yang disebabkan oleh jaringan otak yang rusak, komplikasi umum yang disebabkan oleh stroke iskemik adalah sering terjadinya pendarahan (Misbach, 2007).

#### **2.1.5. Faktor Risiko**

Faktor risiko timbulnya yang memicu tingginya angka kejadian stroke adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) seperti usia, ras, gender, genetik, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) berupa hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan orang yang sering mengonsumsi alkohol (Kabi, 2015).

##### **2.1.5.1. Hipertensi**

Salah satu faktor risiko yang sering terjadinya stroke adalah hipertensi. Hipertensi dimana keadaan tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg dalam pengukuran berulang atau juga tekanan darah tinggi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah secara tidak normal (Yonata, 2016). Hipertensi yaitu suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Batas tekanan darah normal bervariasi sesuai dengan usia. Berbagai faktor dapat memicu terjadinya hipertensi, walaupun sebagian besar (90%) penyebab hipertensi tidak diketahui (hipertensi esensial). Penyebab tekanan darah meningkat adalah peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan resistensi (tahanan) dari pembuluh darah tepi dan peningkatan volume aliran darah (Utami, 2017).

**Tabel 2.1** Klasifikasi tekanan darah menurut JNC VIII

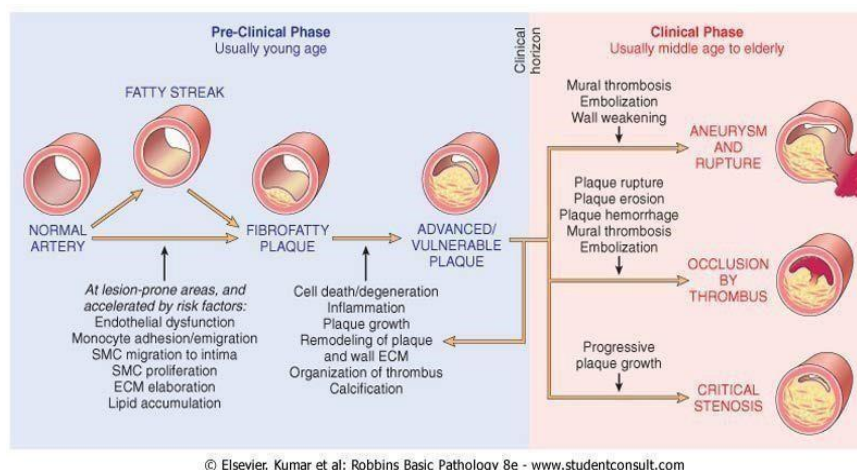
<b>Klasifikasi</b>	<b>Tekanan Sistolik (mmHg)</b>	<b>Tekanan Diastolik (mmHg)</b>
Tanpa Diabetes	<140	<90
a. < 60 th	<150	<90
b. ≥ 60 th		
Dengan Diabetes/CKD	<140	<90
a. Semua umur dengan DM tanpa CKD	<140	<90
b. Semua umur dengan CKD dengan/tanpa DM		

### **2152. Diabetes Melitus**

Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Lebih dari 90 persen dari semua populasi diabetes adalah diabetes melitus tipe 2 yang ditandai dengan penurunan sekresi insulin karena berkurangnya fungsi sel beta pankreas secara progresif yang disebabkan oleh resistensi insulin. Diabetes mellitus akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronis seperti stroke dan penyakit jantung koroner (Yuliani, 2014).

### **2153. Penyakit Jantung Koroner (PJK)**

Penyakit jantung koroner (PJK) yaitu penyakit yang disebabkan oleh aterosklerosis koroner. Aterosklerosis timbul secara perlahan akibat disfungsi endotel, inflamasi vaskuler, dan juga tertumpuknya kolesterol pada dinding pembuluh darah saat terjadinya kerusakan endotel yang menyebabkan aterosklerosis pada arteri serebral yang dapat menyebabkan terjadinya stroke (Aurora, 2012)



**Gambar 2.1.** Flak Ateroskolosis pada pembuluh darah (Sumber : (Lintong, 2009)).

#### 2.1.5.4. Obesitas

Obesitas berhubungan dengan kejadian stroke, meskipun tidak selalu penderita obesitas akan langsung mengalami stroke namun dengan adanya penyakit kronik seperti diabetes akan menyebabkan penderita tersebut semakin berisiko tinggi mengalami stroke karena hal ini disebabkan 80% penderita obesitas juga menderita diabetes melitus. Obesitas merupakan sebuah faktor risiko yang memiliki potensial untuk memicu terjadinya stroke (Sukmawati, 2011).

#### 2.1.6. Tatalaksana Terapi Stroke Hemoragik

Berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien stroke yang disertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang untuk pasien stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto rontgen dada dan CT Scan.



## **1. Terapi Farmakologi Stroke Hemoragik**

Pengobatan pada penyakit stroke hemoragik bertujuan untuk mengembalikan aliran darah pada otak yang tersumbat dengan cepat sehingga mengurangi jumlah angka kematian, mencegah terjadinya sumbatan ulang dan kejadian berulang stroke.

### **a. Neuroprotektan**

Terapi neuroprotektan pada pasien stroke adalah salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen. Pemberian obat golongan neuroprotektan sangat diharapkan dapat menurunkan angka 23 kecacatan dan kematian. Contoh neuroprotektan yang sering digunakan antara lain adalah Citikolin dan piracetam (Praja, 2013).

### **b. Antifibrinolitik**

Terapi Antifibrinolitik diberikan pada terapi stroke hemoragik dengan tujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan berulang yang dapat dipertimbangkan pada beberapa situasi klinik misalkan untuk pasien dengan resiko vasospasme rendah. Umumnya antifibrinolitik yang digunakan untuk stroke hemoragik yaitu asam aminokaproat (Amicar) dan asam traneksamat yang berfungsi sebagai inhibitor fibrinolisis yang kuat dan dapat menormalkan kondisi yang berhubungan dengan fibrinolisis yang berlebihan (Caplan, 2009).

### **c. Manitol**

Terapi manitol juga dapat meningkatkan curah jantung, meningkatkan perfusi mikrosirkulatori dengan cara meningkatkan aliran laminar dan mengubah viskositas darah. Pada penggunaannya, serum osmolaritas harus dipantau dan ditargetkan agar tidak lebih dari 320 mOsm/L. Manitol umumnya digunakan dalam dosis bolus tunggal yang dapat diulang, untuk mengurangi meningkatnya tekanan intrakranial diatas ambang batas secara tiba-tiba dan juga efeknya dapat terlihat dalam beberapa menit dan berlangsung selama beberapa jam (Tavakkoli, 2011).

#### **d. Antihipertensi**

Bedasarkan JNC VIII tujuan utama dari terapi hipertensi adalah mencapai dan mempertahankan taret tekanan darah. Jika taret tekanan darah tidak tercapai dalam 1 bulan perawatan tingkatkan dosis obat awal atau tambahkan obat kedua dari salah satu yang direkomendasikan dalam rekomendasi 6 thiazide-type diuretic CCB, ACEI, atau ARB. Jika tujuan tekanan darah tidak tercapai dengan 2 obat, pilih obat ketiga dari daftar (thiazide-jenis diuretik, CCB, ACEI, atau ARB), hindari penggunaan kombinasi ACEI dan ARB. Titiasi obat sampai ketiga untuk maksimum dosis yang dianjurkan untuk mencapai tujuan tekanan darah. Dimulai dengan 2 obat pada saat yang sama, memulai terapi dengan 2 obat secara bersamaan, baik sebagai obat 2 yang terpisah atau sebagai kombinasi pil tunggal. Titiasi obat ketiga sampai dengan maksimum dosis yang dianjurkan untuk mencapai tujuan tekanan darah. Berdasarkan panduan kombinasi dengan > 2 obat dilakukan ketika tekanan darah sistolik > 160 mmhg dan atau tekanan darah diastolik > 100 mmhg. Pertimbangkan kombinasi lainnya apabila tekanan darah sistolik > 20 mm hg di atas target dan atau tekanan darah diastolik > 10 mmhg di atas target. Jika tidak bisa dicapai target penurunan tekanan darah setelah kombinasi 2 obat dapat digunakan kombinasi 3 obat. Pilihan obat ketiga dapat menggunakan thiazide jenis diuretik, CCB, ACEI, atau ARB), hindari penggunaan gabungan ACEI dan ARB.

#### **e. Angiotensin-Converting Enzyme (ACE Inhibitor)**

Golongan Angiotensin II adalah vasokonstriktor kuat yang ada dalam sirkulasi dan penghambatan sintesisnya pada pasien hipertensi menyebabkan penurunan resistensi perifer dan tekanan darah. ACE inhibitor merupakan salah satu obat yang digunakan dalam terapi hipertensi, bekerja dengan cara menghambat angiotensin converting enzyme (ACE) yang dalam keadaan normal bertugas menonaktifkan angiotensin I menjadi angiotensin II (berperan dalam regulasi tekanan darah arteri) sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron. Selain itu, senyawa penghambat ACE juga memiliki mekanisme untuk menghambat pemecahan bradikinin menjadi fragmen yang tidak aktif, sehingga kadar bradikinin dalam darah meningkat, menyebabkan vasodilatasi. Vasodilatasi secara langsung akan menurunkan tekanan darah, sedangkan berkurangnya aldosteron akan menyebabkan ekskresi air dan natrium dan retensi kalium. Dalam JNC VII, ACE inhibitor diindikasikan untuk hipertensi dengan penyakit ginjal kronik. Ada beberapa

hal yang harus diperhatikan dalam penggunaan obat golongan ini untuk pasien hipertensi. Angioedema merupakan efek yang merugikan yang ditimbulkan oleh semua inhibitor enzim pengonversi angiotensin yang meskipun jarang terjadi tetapi serius dan kemungkinan besar fatal. Oleh karena itu, pasien yang memulai pengobatan obat-obat ini harus diperingatkan untuk menghentikan penggunaan obat jika muncul tanda-tanda angioedema. Contoh obat golongan ACE inhibitor: Kaptopril, Enalapril, Lisinopril, Benazepril (Siswandono, 2008).

#### **f. Angiotensin Receptor Bloker (ARB)**

Golongan ARB bekerja dengan mekanisme mencegah efek angiotensin II, senyawa-senyawa ini merelaksasikan otot polos sehingga mendorong vasodilatasi, meningkatkan ekskresi garam dan air di ginjal, menurunkan volume plasma, dan mengurangi hipertrofi sel. ARB sangat efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dengan kadar renin yang tinggi seperti hipertensi renovaskular dan 33 hipertensi genetik, tapi kurang efektif pada hipertensi dengan aktivitas renin yang rendah. Obat golongan ARB tidak bekerja sebagai penghambat ACE, dan tidak mempengaruhi kecepatan kontraksi jantung. Pemberian jangka panjang tidak mempengaruhi lipid dan glukosa darah. Obat antihipertensi golongan ARB yang sering digunakan antara lain Losartan, Valsartan, Irbesartan dan Telmisartan (Gilman, 2012; Siswandono, 2008).

#### **g. Diuretika**

Golongan diuretika adalah senyawa yang dapat meningkatkan volume urin. Diuretika bekerja terutama dengan meningkatkan ekskresi ion-ion  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  dan  $\text{HCO}_3^-$ , yang merupakan elektrolit utama dalam cairan luar sel. Diuretika juga menurunkan absorpsi kembali elektrolit di tubulus renalis dengan melibatkan proses pengangkutan aktif. Diuretika terutama digunakan untuk mengurangi sembab (edema) yang disebabkan meningkatnya jumlah cairan luar sel, pada keadaan yang berhubungan dengan kegagalan jantung kongestif, kegagalan ginjal, oligourik, hiperkalsemia, sirosis hepatis, diabetes insipidus dan sembab yang disebabkan oleh penggunaan kortikosteroid atau estrogen dalam jangka panjang. Diuretika juga digunakan sebagai penunjang pada pengobatan hipertensi. Mekanisme kerja obat diuretika dalam menurunkan tekanan darah adalah dengan meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida, sehingga menurunkan volume darah dan cairan ekstra sel, menurunkan resistensi perifer. Obat diuretika terbagi menjadi beberapa

golongan yaitu diuretika osmotik (manitol, glukosa, sukrosa dan urea), diuretika pembentuk asam (amonium klorida, amonium nitrat dan kalsium klorida), diuretika merkuri organik (merkaptomerin, mersalil dan klormerodrin), diuretika penghambat karbonik anhidrase (asetazolamid, metazolamid, etokzolamid dan diklorfenamid), diuretika turunan tiazida (klorotiazid, flumetiazid, metiklotiazid dan hidroklorotiazid), diuretika hemat kalium (amilorid dan spironolakton), dan diuretika loop (asam etakrinat, furosemid dan bumetanid) (Siswandono, 2008).

#### **h. Beta-Bloker ( $\beta$ -Blocker)**

Golongan  $\beta$ -bloker bekerja dengan cara memblokir reseptor  $\beta_1$  dan efektif dalam menurunkan tekanan darah serta mencegah angina. Blokade  $\beta_1$  selektif cenderung menyebabkan vasokonstriksi perifer 35 yang lebih ringan (tangan dan kaki dingin) dan tidak mengurangi respons hipoglikemia yang diinduksi oleh olahraga. Meskipun obat  $\beta$ bloker awalnya menyebabkan penurunan tekanan darah melalui penurunan curah jantung. Namun, dengan terapi yang kontinyu curah jantung akan kembali normal, tetapi tekanan darah tetap rendah karena resistensi vaskular perifer berada pada tingkat yang lebih rendah dengan mekanisme yang tidak diketahui. Efek samping yang ditimbulkan oleh  $\beta$ -bloker antara lain mual, diare, kelesuan, dan kelelahan. Efek samping pada sistem kardiovaskular antara lain adalah payah jantung kongestif, bradikardia, hipotensi, pemblokatan jantung dan parestesia. Contoh golongan obat  $\beta$ -bloker antara lain aseptolol, atenolol, metoprolol, propanolol, nadolol, oksprenolol dan pindolol (Siswandono, 2008).

#### **i. Calcium Channel Blocker (CCB)**

Golongan *calcium channel blocker* (CCB) memiliki aktivitas vasodilator dengan cara mengurangi pemasukan kalsium ke intra sel dan penyempitan pembuluh darah melalui pengikatan dengan kanal kalsium tipe-L dalam jantung dan otot polos pembuluh darah koroner dan perifer. Ion kalsium mempunyai peran penting dalam memelihara fungsi jantung dan jaringan otot polos vaskular. Kanal atau saluran kalsium tipe-L bertanggung jawab untuk mengatur masuknya kalsium ke dalam sel-sel otot, sehingga akan merangsang kontraksi otot polos dan kontraksi miosit jantung. CCB menghalangi masuknya ion kalsium ke dalam sel menyebabkan relaksasi pembuluh darah pada otot polos (vasodilatasi), mengurangi kontraktibilitas jantung (inotropi negatif), mengurangi denyut jantung (kronotropi negatif) dan mengurangi kecepatan konduksi pada jantung (dromotropi negatif)

khususnya pada nodus atrioventrikuler (Dipiro, 2015;) (Siswandono, 2008). Mekanisme kerja CCB lainnya yaitu menghalangi secara selektif penyebab vasokonstriksi dengan merangsang postsinaptik reseptor  $\beta_2$  36 dalam pembuluh vaskular atau secara langsung menunjukkan efeknya pada jaringan miokardial(Siswandono,2008).

## 2. Non Farmakologi

Terapi non-farmakologis terdiri atas perubahan pola hidup terapeutik (*therapeutic lifestyle changes/TLC*).

- a. Mengurangi asupan lemak jenuh (*saturated fat*) dan kolesterol
- b. Menurunkan Berat Badan
- c. Meningkatkan Aktiitas Fisik yang Teratur
- d. Memilih sumber makanan yang sehat dan yang dapat menurunkan kolesterol (Aurora, 2012).

### 2.1.7. Prinsip Tatalaksana terapi

Pengobatan stroke untuk segera memperbaiki perfusi darah ke bagian otak yang mengalami sumbatan serta mengurangi risiko terjadinya serangan ulang stroke pada masa mendatang hingga dapat mengurangi terjadinya risiko kecacatan dan kematian akibat serangan stroke karena itu sangat penting untuk memilih terapi obat secara tepat dan cepat dengan mempertimbangkan efektifitas dan keamanan bagi penggunaanya.

### 2.1.8. Farmakoekonomi

Farmakoekonomi adalah suatu gambaran umum tentang menganalisis biaya terapi bat pada suata sistem pelayanan kesehatan (Budiharto, 2008). Tujuan utama dari farmakoekonomi yaitu untuk meningkatkan efektifitas perawatan kesehatan serta efisiensi yang di lakukan dengan strategi untuk mendapatkan hasil dan manfaat yang maksimal agar memberikan keuntungan kepada masyarakat. Terdapat beberapa metode evaluasi ekonomi yang digunakan yaitu :

#### a. Analisis minimalisasi biaya (*cost-minimization analysis*)

*Cost-Minimization Analysis* (CMA) metode yang digunakan untuk membandingkan intervensi kesehatan yang sudah dipastikan memiliki efek yang sama sehingga hanya perlu membandingkan biaya. Metode ini merupakan metode yang sederhana namun butuh kejelian untuk menghitung biaya berdasarkan perspektif (Kemenkes, 2013).

#### b. Analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*)

*Cost-Effectiveness Anaysis* (CEA) suatu metode yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengukur dan membandingkan biaya yang memiliki

perbedaan yang signifikan yaitu pada proses terapi menggunakan obat. Intervetasi yang digunakan dengan memberikan 2 atau lebih jenis obat yaitu bertujuan untuk membandingkan perlakuan kepada pasien dengan pemberian satu atau lebih non-obat dalam kondisi umum (Budiharto, 2008).

**c. Analisis utilitas biaya (*cost-utility analysis*)**

*Cost-utility analysis* (CUA) metode yang digunakan untuk melihat kepuasan dari kualitas hidup dilihat dari hasil intervensi kesehatan dengan melihat hasil keseluruhan pengobatan dari produk farmasi dari jumlah biaya pasien dalam pelayanan kesehatan (Martuti 2008). Diukur dengan mempertimbangkan kualitas hidup pasien dengan melihat yang sehat sempurna tanpa adanya kecacatan dengan menggunakan *quality adjusted life year* (QALY) (Kemenkes, 2013).

**d. Analisis manfaat biaya (*cost-benefit analysis*)**

*Cost-benefit analysis* (CBA) metode suatu pendekatan yang digunakan untuk suatu pendekatan sebagai pedoman untuk pengambilan keputusan dalam proses penyusunan alokasi biaya kesehatan serta digunakan untuk mempertimbangkan dampak produk dalam pelayanan farmasi (Budiharto, 2008).

### **2.1.9. Biaya**

Dalam kajian ilmu ekonomi biaya merupakan hal yang harus ada karena adanya keterbatasan sumberdaya terutama dalam hal dana. Biaya adalah nilai dari peluang yang hilang sebagai akibat dari penggunaan sumberdaya dalam suatu kegiatan. Klasifikasi biaya yang digolongkan dalam empat kategori, yaitu biaya medic langsung, biaya medik tidak langsung, biaya nirwujud dan biaya terhindarkan. Biaya medik langsung adalah biaya yang terkait langsung dengan perawatan kesehatan yaitu termasuk biaya obat, biaya konsultasi dengan dokter, biaya jasa perawat, pasien menggunakan fasilitas rumah sakit (kamar rawat inap dan peralatan), uji laboratorium. selain biaya medis, seringkali diperhitungkan juga biaya non-medis seperti biaya ambulan dan biaya transportasi (Kemenkes, 2013). Biaya medik tidak langsung adalah biaya untuk pasien atau keluarga

terkait perawatan pasien tetapi tidak langsung terkait terapi seperti biaya ambulan, biaya transportasi pasien untuk mencapai rumah sakit dan biaya yang produktivitas yang hilang (anggota keluarga yang menemani pasien) (Kemenkes, 2013). Biaya Nirwujud (*intangible cost*) adalah biaya yang sulit diukur seperti misalkan biaya sakit atau cemas yang di rasakan oleh pasien ataupun keluarganya (Kemenkes, 2013). Biaya terhindarkan (*averted cost, avoided cost*) adalah potensi pengeluaran biaya yang dapat dihindarkan (Kemenkes, 2013).

#### **2.1.10. INA CBG's**

INA CBG's (*Indonesia Case Base Groups*) adalah suatu sistem klasifikasi pasien yang memiliki karakteristik dalam pengumpulan data pasien secara teratur (terutama data tentang karakteristik pasien, pelayanan, serta pemberi dalam layanan) yang digunakan untuk mengklasifikasikan pasien menjadi kelompokkelompok pasien (Kode INA-CBG's). Tarif Rumah Sakit berdasarkan INA CBG's terbagi menjadi 5 regional, yang terdiri atas :

- a. Regional 1 untuk daerah Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur.
- b. Regional 2 untuk daerah Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Bali, dan Nusa Tenggara Barat.
- c. Regional 3 untuk daerah Nangro Aceh Darussalam, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Utara.
- d. Regional 4 untuk daerah Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Utara dan Kalimantan Tengah.
- e. Regional 5 untuk daerah Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat (Kemenkes, 2016).

Tarif INA-CBG's digunakan sebagai acuan dalam menentukan besaran tarif rumah sakit. Tarif INA-CBG's dalam setiap regional yang dimaksud dikelompokkan menurut tipe dan kelas rumah sakit. Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul merupakan Rumah Sakit kelas B Regional I. Diketahui bahwa pengobatan stroke hemoragi pada rumah sakit umum kelas B di Regional I memiliki kode INA-CBGs G-4-13-I, G-4-13-II, dan G-4-13-III untuk deskripsi

pendarahan intrakranial bukan traumatik ringan, sedang, berat, dan tarif untuk masing-masing kode akan tersaji pada tabel 1.2. Huruf G menunjukkan CMGs untuk sistem saraf pusat, angka 4 menunjukkan tipe kasus sebagai rawat inap bukan prosedur, angka ketiga menunjukkan kode spesifik CBGs (angka 13 untuk pendarahan Intrakranial), angka terakhir menunjukkan tingkat keparahan dari penyakit.

**Tabel 2.2.** Tarif INA-CBG's Rumah Sakit Umum kelas B, Regional I  
(Kemenkes, 2016)

<b>Kode INA- CBG's</b>	<b>Deskripsi INA- CBG's</b>	<b>kode</b>	<b>Tarif kelas 3 (Rp)</b>	<b>Tarif kelas 2 (Rp)</b>	<b>Tarif kelas 1 (Rp)</b>
G-4-13-I	Pendarahan intrakranial bukan traumatik ringan		Rp.2.705.048	Rp.3.246.057	Rp.3.787.617
G-4-13-II	Pendarahan intrakranial bukan traumatik sedang		Rp.3.752.059	Rp.4.502.70	Rp.5.252.882
G-4-13-III	Pendarahan intrakranial bukan traumatik berat		Rp.4.398.569	Rp.5.278.283	Rp.6.157.997

#### **2.1.11. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah sebuah badan hukum yang dibentuk oleh pemerintah untuk menjalankan sebuah program jaminan sosial yaitu sebagai salah satu upaya untuk menjamin seluruh rakyat Indonesia agar dapat memenuhi kebutuhan dasar kehidupan yang layak. Badan penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional dengan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta (Kemenkes, 2011) JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) merupakan sebuah program yang dijalankan oleh pemerintah yang bertujuan



memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif, sejahtera.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu :

1. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
2. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan probabilitas dan ekuitas (hak pemilik perusahaan pada harta perusahaan).
3. Efisien, transparan dan akuntabel (bertanggung jawab).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes, 2014).

## **2.2. Landasan Teori**

Stroke merupakan suatu penyakit yang tergolong cukup tinggi terjadi di Indonesia dan termasuk penyebab kematian di Indonesia dengan jumlah pasien yang rawat inap yang mengalami peningkatan tiap tahun yang menjadi pengaruh terhadap biaya kesehatan yang ditanggung oleh JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Penelitian yang dilakukan oleh Irfanianta (Setyawan, 2016) analisis biaya rawat inap pada penyakit stroke pada penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta dengan subjek penelitian adalah pasien stroke perdarahan rawat inap dan rawat jalan periode 1 Oktober 2014-31 September

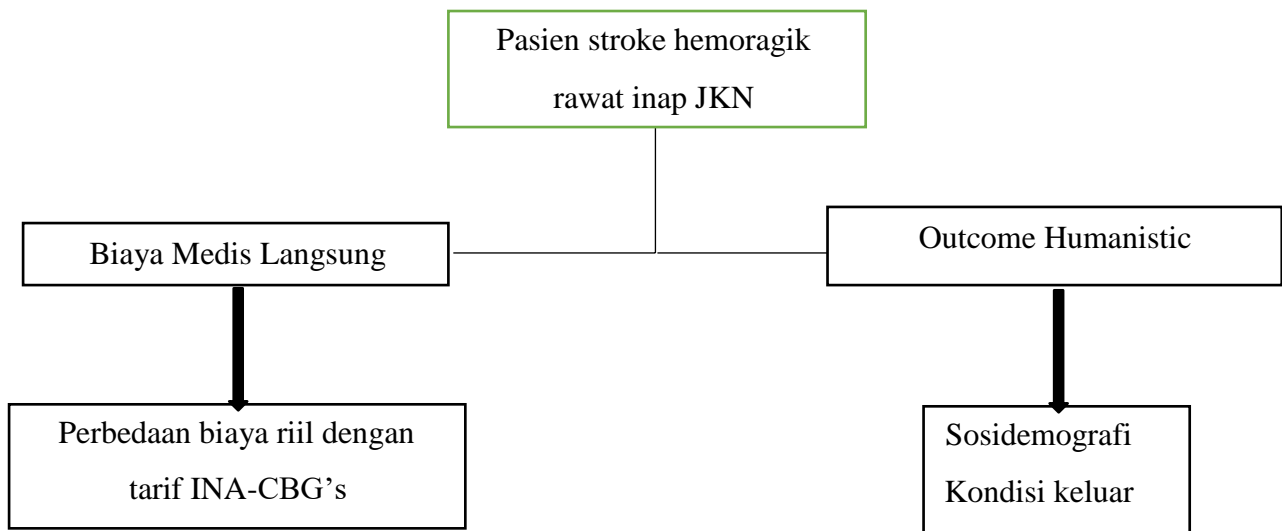
2015, dan data yang digunakan meliputi usia, jenis kelamin, jumlah komorbid dan komplikasi, lama dan kelas rawat inap.

Total biaya penyakit stroke perdarahan rawat inap merupakan hasil penjumlahan semua biaya obat dan barang medik, biaya penunjang medik, biaya kamar, biaya jasa rumah sakit, biaya jasa pelayanan medik, dan biaya tindakan medik pada episode pertama rawat inap pasien stroke perdarahan. Hasil perhitungan total biaya penyakit stroke perdarahan pasien rawat inap adalah sebesar Rp.622.175.604,40,- untuk 45 episode pertama rawat inap. Rata-rata biaya pada episode inap pasien stroke perdarahan adalah Rp.13.826.124,54,  $\pm$  Rp.8.627.671,85.

### 2.3. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA CBG's pada pasien stroke hemoragik rawat inap.

### 2.4. Kerangka Konsep



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan *cross sectional* yang bersifat deskriptif dengan pengumpulan data secara retrospektif. Pengambilan data dilakukan dengan penelusuran dokumen rekam medik pasien penyakit stroke hemoragik yaang memenuhi kriteria inklusi selama periode Januari – Desember 2018. Pada penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun kepada pasien serta tidak dilakukan kunjungan ke bangsal bersama dokter. Analisis biaya dilakukan berdasarkan perspektif rumah sakit.

### **3.2 Definisi Operasional Variabel**

Agar terdapat keseragaman persepsi dalam penelitian ini, maka dibuat suatu definisi operasional sebagai berikut :

1. Analisis biaya adalah perhitungan besar biaya medik langsung dari pasien stroke hemoragik di instalasi rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul.
2. Gambaran pengobatan adalah gambaran obat yang diberikan kepada pasien stroke di instalasi rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul.
3. Biaya medis langsung (*direct medical cost*) adalah jumlah keseluruhan biaya selama perawatan meliputi biaya obat dan alkes, biaya tenaga medis, biaya penunjang diagnostik, biaya tindakan, biaya kamar dan biaya administrasi pada pasien stroke di instalasi rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul
4. Biaya obat adalah sejumlah biaya untuk obat stroke hemoragik dan penyakit penyerta.
5. Biaya penunjang diagnostik adalah biaya keseluruhan dari biaya pemeriksaan patologi klinik dan pemeriksaan laboratorium.

6. Penyakit penyerta adalah penyakit yang menyertai suatu penyakit atau sebagai komplikasi dari penyakit yang diderita, seperti hipertensi dan diabetes melitus.
7. Sosiodemografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

### **3.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Pada bulan September – Desember tahun 2019.

### **3.4 Populasi dan Sampel**

#### **3.4.1. Populasi**

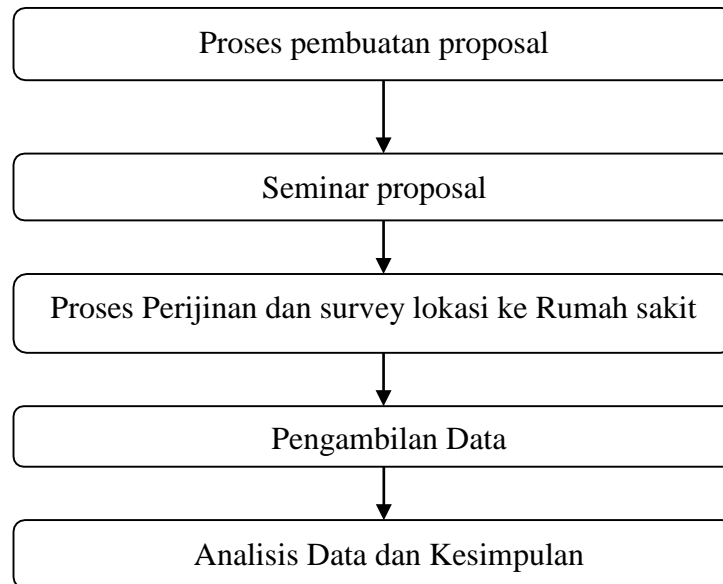
Populasi pada penelitian ini adalah populasi target dalam penelitian ini adalah pasien stroke hemoragik rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2018 dengan kode G413-I, G-4-13-II, G-4-13-III, pasien yang terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi
  - a. Pasien penderita penyakit stroke hemoragik dengan komorbid
  - b. Pasien penyakit stoke hemoragik pada periode Januari – Desember 2018.
  - c. Pasien kelas 1, 2, 3 dengan tingkat keparahan I, II, III berdasarkan kode INA-CBGs
  - d. Pasien memiliki kelengkapan data rekam medis memuat identitas pasien (nomor rekam medik, nama, jenis kelamin, usia, dan pekerjaan), diagnosis penyakit, hasil laboratorium, serta penunjang lainnya dan lama perawatan biaya yang dibutuhkan.
2. Kriteria eksklusi : Pasien dengan data rekam medik yang tidak lengkap

### 3.5 Jalannya Penelitian

Penelitian dilakukan dalam beberapa tahap yaitu dimulai dengan proses pembuatan profosal pengajuan profosal serta pengurusan ijin penelitian, proses penelusuran data dan analisis hasil.

Langkah-langkah penelitian :



### 3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan selama penelitian berlangsung berupa Lembar Pengumpul Data (LPD) yang memuat data pasien dan data biaya dibagian keuangan pada kasir pengobatan pada pasien rawat inap.

### 3.7 Analisis data dan Pengolahan hasil

1. Gambaran terapi dilihat dari obat golongan tertentu yang paling banyak digunakan dengan menghitung presentase obat berdasarkan jumlah obat yang digunakan dibagi dengan jumlah seluruh obat dikalikan 100 %.
2. Hubungan sosiodemografi dengan hasil outcome humaistik di analisis secara deskriptif
3. Besaran medis langsung dengan tarif paket INA-CBG's di analisis secara deskriptif.

4. Kesesuaian biaya riil dibandingkan dengan tarif paket INA-CBG' dianalisis dengan menggunakan uji *one sample t test* untuk mengetahui perbedaan biaya yang signifikan antara biaya riil pengobatan penyakit stroke dengan biaya berdasarkan INA-CBG's.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian yang dilakukan bertujuan mengetahui gambaran terapi pasien stroke hemoragik rawat inap JKN di RSUD Panembahan Senopati Bantul, mengetahui biaya medis langsung berdasarkan perspektif rumah sakit, mengetahui selisih biaya riil dengan tarif INA-CBG's serta faktor sosiodemografi pada outcome humanistik untuk pasien stroke hemoragik rawat inap JKN di RSUD Panpati Bantul. RSUD Panembahan Senopati merupakan rumah sakit pemerintah tipe B yang beralamat di Jalan. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Kecamatan Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

#### **4.1. Karakteristik Pasien**

Berdasarkan data rekam medik pasien penyakit stroke hemoragik di dapatkan data karakteristik pasien stroke hemoragik rawat inap JKN berupa Jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan, jenis pembayaran, kelas, lama inap , dan keadaan keluar.

Penelitian yang dilakukan bertujuan mengetahui gambaran terapi pasien stroke hemoragik rawat inap JKN di RSUD Panembahan Senopati Bantul, mengetahui biaya medis langsung berdasarkan perspektif rumah sakit, mengetahui selisih biaya riil dengan tarif INA-CBG's serta faktor sosiodemografi pada outcome humanistik untuk pasien stroke hemoragik rawat inap JKN di RSUD Panpati Bantul. RSUD Panembahan Senopati merupakan rumah sakit pemerintah tipe B yang beralamat di Jalan. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Kecamatan Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

**Tabel 4.1** Karakteristik Pasien stroke hemoragik rawa inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari - Desember 2018

<b>Karakteristik Pasien</b>	<b>Kelompok</b>	<b>Jumlah Pasien</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Jenis Kelamin</b>	Perempuan	25	51,9
	Laki-laki	27	51,9
<b>Usia</b>	<55 tahun	9	17,3
	>55 tahun	43	82,6
<b>Agama</b>	Islam	49	94,2
	Kristen (Protestan)	3	5,7
<b>Pekerjaan</b>	Buruh	9	17,3
	Lainnya	24	46,2
	Petani	9	17,3
	PNS	4	7,7
	Swasta	6	11,6
<b>Pendidikan</b>	Belum Tamat SD	2	3,8
	Tamat SD	26	50
	Tamat SMP	4	7,7
	Tamat SMA	10	19,3
	Belum Tamat Ak/Univ	1	2
	Tamat Ak/Univ	3	5,7
	Tidak Sekolah	5	9,6
<b>Lama Rawat Inap</b>	Tidak Tahu/Tidak Jawab	1	2
	<10 Hari	44	84,6
	>10 Hari	8	15,4



#### **4.1.1. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin**

Berdasarkan jenis kelamin pada Tabel 4.1 diperoleh hasil bahwa jumlah pasien penyakit stroke hemoragik sebanyak 52 orang, yang terdiri dari jumlah laki-laki sebanyak 27 orang (51,9%) dan perempuan sebanyak 25 orang (48,1%). Menurut penelitian Fatmawati (2012) mengemukakan bahwa secara umum kejadian stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan prevalensi 7,1% pada laki-laki dan 2,8% pada wanita. Jadi, harapan hidup wanita lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa pasien laki-laki sedikit lebih banyak dari pasien perempuan dengan nilai 51,9% untuk laki-laki dan 48,1% untuk perempuan.

#### **4.1.2. Karakteristik Berdasarkan Usia**

Berdasarkan Tabel 4.1 karakteristik berdasarkan usia dalam penelitian digolongkan menjadi 2 yaitu usia < 55 tahun dan > 55 tahun sehingga diperoleh hasil bahwa jumlah pasien penyakit stroke hemoragik yang berusia < 55 tahun sebanyak 9 orang (17,3%) dan usia > 55 tahun sebanyak 43 orang (82,7%). Dari hasil penelitian, usia yang paling banyak terserang stroke hemoragik adalah usia lebih dari 55 tahun. Hal tersebut disebabkan karena faktor risiko stroke akan meningkat dua kali lipat setelah usia 55 tahun. Pada usia lanjut, risiko terjadinya hipertensi meningkat dikarenakan pembuluh darah cenderung menjadi kaku dan elastisitasnya menjadi berkurang. Sedangkan hipertensi sendiri adalah faktor risiko terpenting yang menyebabkan terjadinya stroke (Feladita, 2014).

#### **4.1.3. Karakteristik Berdasarkan Agama**

Berdasarkan Tabel 4.1 karakteristik berdasarkan agama dalam penelitian digolongkan menjadi 2 yaitu agama islam dan agama Kristen (protestan) sehingga diperoleh hasil bahwa jumlah pasien penyakit stroke hemoragik yang beragama islam sebanyak 49 orang (94,2%) dan agama Kristen (protestan) sebanyak 3 orang (5,8%).

#### 4.1.4. Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan Tabel 4.1 karakteristik berdasarkan pekerjaan dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa mayoritas pasien penyakit stroke hemoragik sebagai pekerjaan lainnya dengan jumlah pasien sebanyak 24 orang (46,2%), diikuti buruh dan petani masing-masing sebanyak 9 orang (17,3%), diikuti swasta sebanyak 6 orang (11,5%) , dan PNS sebanyak 4 orang (7,7%),. Data ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien pekerjaan lainnya dengan nilai 46,2% .

#### 4.1.5. Karakteristik Berdasarkan Pendidikan

Berdasarkan Tabel 4.1 pada karakteristik berdasarkan pendidikan diperoleh hasil bahwa data pasien penyakit stroke hemoragik yang belum tamat SD jumlah pasien sebanyak 2 orang (3,8%), tamatan SD sebanyak 26 orang (50%), tamatan SMP sebanyak 4 orang (7,7%), tamatan SMA sebanyak 10 orang (19,2%), belum tamat Ak/univ sebanyak 1 orang (1,9%), tamatan ak/univ sebanyak 3 orang (5,8%), tidak sekolah sebanyak 5 orang (9,6%), dan lainnya 1 orang (1,9%). Hal ini dapat disimpulkan bahwa mayoritas jenjang pendidikan tamatan SD sebanyak 26 pasien (50% ) dan jumlah pasien sedikit adalah belum tamat Ak/univ dan lainnya masing – masing sebanyak 1 orang (1,9 %).

#### 4.1.6. Karakteristik pasien bedasarkan penyakit penyerta

**Tabel 4.2** Diagnosa Sekunder Pasien Stroke Hemoragik

Penyakit Penyerta	Jumlah(n)	Presentase
Hipertensi	25	45.45%
ISK	9	16.36%
DM Type 2	3	5.45%
Asma	2	3.63%
Anemia	2	3.63%
Hiperglikemi	2	3.63%
Hipokalemia	3	5.45%
Demam	2	3.63%
Akut Renal Failure	1	1.81%
Miokarditis	1	1.81%
Hipoglikemi	3	5.45%

Displidemia	1	1.81%
Dispepsia	1	1.81%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Dari hasil tabel 4.2 menunjukkan diagnose sekunder yang paling tinggi di derita oleh pasien yaitu hipertensi (45.45%) merupakan diagnosis sekunder yang paling banyak menyertai penyakit stroke hemoragik. Secara teori, hipertensi merupakan diagnosis sekunder yang paling banyak terjadi pada stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan menyempitnya atau pecahnya pembuluh darah di otak dan apabila pembuluh darah di otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu sehingga sel-sel otak mengalami kematian. Seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan diastolik 90 mmHg atau lebih (JNC, 2003).

#### 4.1.7. Karakteristik berdasarkan *Length of Stay* (LOS)

Dari tabel 4.1 menunjukkan karakteristik lama inap jumlah pasien dengan mayoritas <10 hari dengan jumlah 44 pasien (84,6%) dan >10 hari sebanyak 8 orang (15,4%)

## 4.2. Gambaran Terapi Pasien Stroke Hemoragik

Gambaran terapi pasien Stroke Hemoragik di Rumah Sakit Panembahan Bantul, ada beberapa golongan obat yang diberikan kepada pasien sebagai terapi pengobatannya.

**Tabel 4.3.** Gambaran Terapi Pasien Stroke Hemoragik

Golongan Obat	Nama Obat	Jumlah (n)	%
<b>Neuroprotektor</b>	Citicolin	36	16.43%
<b>Antihiperlipidemia</b>	Atorvastatin	2	0.91%
<b>Antihipertensi</b>			
<b>ACEI</b>	Captopril	1	0.45%
<b>ARB</b>	Candesartan	10	4.56%
	Valsatran	6	2.73%
<b>DIURETIK</b>	Furosemid	18	8.21%
	Manitol	33	15.06%
<b>CCB</b>	Amlodipin	17	7.6%
<b>H2 Bloker</b>	Ranitidin	8	3.65%
<b>Antibakteri</b>	Cefriaxon	22	10.04%
<b>PPI</b>	Omeprazole	10	4.56%
	Esumaprazole	6	2.73%
<b>Kortikosteroid</b>	Metilprednisolon	3	1.36%
<b>Analgesik NSAID</b>	Paracetamol	12	5.47%

<b>Antiansietas</b>	Diazepam	2	0.91%
<b>Antianemia</b>	Asam folat	1	0.45%
<b>Suplemen</b>	KSR	14	6.39%
<b>Vitamin dan Mineral</b>	Mecobalamin	18	8.21%
<b>Total</b>			<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.3 Terapi yang paling banyak digunakan oleh pasien stroke hemoragik adalah Citicoline (16.43%). Citicoline merupakan obat golongan neuroprotektif yang bersifat melindungi otak selama kejadian stroke (Junaidi, 2004). Prinsip pemberian citicoline pada penanganan stroke adalah membatasi daerah yang rusak, meningkatkan aliran darah otak mencegah terjadinya edema dan memperbaiki aliran darah.

#### **4.3. Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan *humanistic*.**

Untuk melihat hubungan faktor sosiodemografi dengan *humanistic* menggunakan analisis *Crosstabulation* dengan jumlah 52 pasien yang menunjukkan tidak ada hubungan antara faktor sosiodemografi dengan *humanistic* karena nilai  $P > 0.05$ .

#### **4.4. Komponen Biaya Medik Langsung di RSUD Panembahan Senopati Bantul**

Analisis biaya pada penelitian ini dilakukan dari sudut pandang rumah sakit. Komponen biaya medik langsung dalam penelitian ini meliputi biaya administrasi, obat, laboratorium, alat kesehatan, visite dokter, akomodasi gizi, elektrogram.

**Tabel 4.4** Komponen biaya pasien Rawat Inap JKN Pasien Stroke Hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari – Desember 2018.

<b>Komponen Biaya</b>	<b>Total Biaya</b>	<b>n</b>	<b>Rata - Rata</b>	<b>(%)</b>
<b>Administrasi</b>	Rp 150,000.00	52	Rp 2,884.62	0.129
<b>Obat</b>	Rp63,265,599.00	52	Rp 1,216,646.13	54.512
<b>Laboratorium</b>	Rp23,375,300.00	52	Rp 449,525.00	20.141
<b>Alat Kesehatan</b>	Rp 8,831,870.00	52	Rp 169,843.65	7.610
<b>Visite Dokter</b>	Rp13,424,500.00	52	Rp 258,163.46	11.567
<b>Akomodasi Gizi</b>	Rp 5,546,500.00	52	Rp 106,663.46	4.779
<b>Elektrodiagram</b>	Rp 1,465,000.00	52	Rp 28,173.08	1.262
<b>Total</b>	<b>Rp116,058,769.00</b>	<b>52</b>	<b>Rp 2,231,899.40</b>	<b>100</b>

Keterangan:

n = Jumlah Pasien

% = Persentase

Berdasarkan penelitian pada tabel diketahui jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan pasien stroke hemoragik yaitu biaya obat yaitu Rp. 63,265,599.00, biaya visite dokter, pemeriksaan penunjang medik (labolatorium), biaya alat kesehatan dan biaya lain lain. Hal tersebut didukung dengan penelitian yang di lakukan oleh Dwidayanti tahun 2016 jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan pasien stroke non hemoragik yaitu biaya rawat inap, biaya obat/barang medis, biaya tindakan medis, pemeriksaan penunjang medik, IGD, dan biaya lain lain.

#### **4.4. Perbandingan rata-rata biaya riil dengan tarif INA-CBGs berdasarkan**

Kesesuain biaya antara biaya riil dengan tarif INA CBG's dapat diketahui dari selisih tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBG's. Selisih biaya didapatkan dari hasil pengurangan tarif INA CBG'S dengan tarif rumah sakit.

**Tabel 4.5 .** Selisih Biaya Riil dengan Tarif INA-CBG's Rawat Inap JKN Pasien Stroke Hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Januari – Desember 2018.

<b>Kelas 1</b>						
<b>Tingkat Keparahan</b>	Kode INA - CBG's	n	Biaya Riil	Tarif INA CBG's	Selisih (b-a)	Sig (p)
I	G-4-13-I	7	Rp.25.574.071	Rp. 28.117.600	Rp. 2.543.529	0,034
II	G-4-13-II	3	Rp. 14.028.414	Rp. 21.013.200	Rp. 6.984.786	
III	G-4-13-III	2	Rp. 11.253.705	Rp. 16.614.800	Rp. 5.361.095	
<b>Sub total</b>		12	Rp. 50.856.190	Rp.65.745.600	Rp.14.889.410	
<b>Kelas 2</b>						
<b>Tingkat Keparahan</b>	Kode INA - CBG's	n	Biaya Riil	Tarif INA CBG's	Selisih (b-a)	Sig (p)
I	G-4-13-I	9	Rp. 33.430.367	Rp. 30.986.100	-Rp. 2.444.267	0,722
II	G-4-13-II	2	Rp. 10.679.628	Rp. 12.007.600	Rp. 1.327.972	
<b>Sub total</b>		11	Rp. 44.109.995	Rp. 42.993.700	-Rp1.116.295	
<b>Kelas 3</b>						
<b>Tingkat Keparahan</b>	Kode INA - CBG's	n	Biaya Riil	Tarif INA CBG's	Selisih (b-a)	Sig (p)
I	G-4-13-I	22	Rp. 88.874.455	Rp.63.120.200	-Rp. 25.754.255	0,018
II	G-4-13-II	4	Rp. 32.869.742	Rp. 20.012.800	-Rp. 12.856.942	
III	G-4-13-III	3	Rp. 18.303.134	Rp. 17.801.700	-Rp. 501.434	
<b>Sub total</b>		29	Rp. 140.047.331	Rp.100.934.700	-Rp. 39.112.631	
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>Rp. 235.013.516</b>	<b>Rp. 209.674.000</b>	<b>-Rp. 25.339.516</b>	

**Tabel 4.5** Dapat diketahui bahwa terdapat selisih positif antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada kelas 1 sebesar +14.889.410 untuk 12 pasien dan pada kelas 2 sebesar -1.116.295 untuk 11 pasien dimana biaya INA-CBG's lebih kecil dibandingkan dengan biaya riil rumah sakit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa rumah sakit mengalami kerugian akibat adanya program JKN. Dilihat dari nilai selisih antara biaya riil dengan tarif INA CBG's menunjukkan bahwa rumah

sakit tidak mendapatkan keuntungan yang lebih besar dikarenakan nilai biaya riil lebih rendah dibandingkan dengan tarif INA CBG's. Pada kelas 3 sebanyak 29 pasien menunjukkan hasil negatif sebesar -39.112.631 dimana biaya INA-CBG's lebih kecil dibandingkan dengan biaya riil Rumah Sakit. Hal ini disebabkan pada kelas 3 rata-rata lama rawat inap selama 7 hari sehingga mengakibatkan biaya riil menjadi tinggi.

Hasil Uji statistika menggunakan metode *Wilcoxon* Pada. Dari hasil uji statistika di dapatkan hasil  $P=0,034$  pada kelas 1,  $P=0,722$  pada kelas 2, dan  $P=0,018$  pada kelas 3. Pada kelas 2 Diperoleh hasil  $P>0,05$  sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang tidak signifikan antara biaya riil dengan Tarif-INA-CBG's sedangkan pada kelas 1 dan 2 Diperoleh hasil  $P<0,05$  sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan antara biaya riil dengan Tarif-INA-CBG's.

#### **4.5. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian yang dilakukan saat ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, yaitu sebagai berikut:

1. Sulit dalam membaca rekam medik pasien dikarenakan tulisan yang kurang jelas dan terdapat beberapa rekam medik pasien yang kurang lengkap
2. Pengambilan data klaim pasien dibagian penjaminan sulit untuk diakses.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

1. Gambaran terapi pasien penyakit stroke hemoragik di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah pemberian terapi yang paling banyak diberikan kepada pasien stroke hemoragik adalah Citicoline (16.43%).
2. Tidak terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi dengan outcome humanistic pada pasien stroke hemoragik.
3. Total biaya terapi pada pasien stroke hemoragik rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebesar Rp.235,013.516.00 dengan jumlah 52 pasien dalam periode 1 tahun jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar yaitu biaya obat yaitu sebesar Rp. 63,265,599.00, biaya visite dokter, pemeriksaan penunjang medik (labolatorium), biaya alat kesehatan dan biaya lain lain.
4. Perbedaan antara biaya rill dengan tariff INA-CBG's menunjukkan hasil yang tidak signifikan untuk kelas 2 dengan selisih Rp-1.116.295 pada kelas 1 dan 3 menunjukkan hasil yang signifikan dengan selisih secara berurutan adalah Rp 14.889.410 dan Rp-25.339.516

#### **5.2. Saran**

Saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian yaitu:

1. Penulisan data rekam medis yang lebih lengkap dan mudah untuk dibaca.
2. Penelitian ini perlu di lakukan juga di rumah sakit lain sehingga berguna bagi pemerintah sebagai bahan evaluasi kebijakan BPJS



## DAFTAR PUSTAKA

- Aurora, G. R. (2012). Peran Konseling Berkelanjutan pada Penanganan Pasien Hiperkolesterolemia . *J Indon Med Assoc* , 195.
- Budiharto, M. (2008). Peranan Farmako-Ekonomi Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia . *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* .
- Caplan, L.R. 2009. *Caplan's Stroke: A Clinical Approach, Fourth Edition*. Saunders Elsevier. Philadelphia.p
- Dennison-himmelfarb C., Handler J. and Lackland D.T., 2014, 2014 EvidenceBased Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the *Eighth Joint National Committee* (JNC 8),
- Dinata, C. A. (2013). Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 2.
- Dipiro, J.T., et al. 2015. *Pharmaceutical Handbook*. Ninth Edition. USA :The Mc. Graw Hill Company. Page : 120-124
- Fatmawati, F.D., 2012. Gambaran Pengobatan Dan Analisis Biaya Terapi Pada Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Inap RS "X" Tahun 2011. *Publikasi Penelitian*. Surakarta: Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Feladita, N. (2014). Analisis Biaya Terapi Stroke Hemoragi Pada Pasien Rawat Inap . *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi* , 69.
- Gilman, Alfred Goodman. 2012. *Goodman & Gilman Dasar Farmakologi Terapi*, Ed. 10, Vol.2 . Jakarta. EGC.
- Herminawati, A. (2013). Perbedaan Lama Rawat Inap Antara Stroke Hemoragik dan Stroke No Hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang. *Artikel Penelitian* , 2.
- JNC-7. 2003. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. JAMA 289:2560 - 2571
- JNC-8. 2014. *The Eight Report of the Joint National Committee. Hypertension Guidelines: An In-Depth Guide*. Am J Manag Care
- Junaidi, Iskandar. 2004. Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer

- Kabi, G. Y. (2015). Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik yang dirawat inap Neurologi. *Jurnal e-Clinic (eCl)* , 458.
- Kemenkes. (2013). *Pedoman Penerapan Kajian Farmakoekonomi*. Indonesia: Depkes RI
- Kemenkes. (2014). *Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2104 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base (INACBGs)*. Indonesia: Depkes RI.
- Kemenkes. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2016 Tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Indonesia: Depkes RI.
- Kemenkes. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Indonesia: Depkes RI.
- Kemenkes. (2011). *Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Indonesia: Depkes RI.
- Kemenkes. (2009). *Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Indonesia: Republik Indonesia..
- Kusuma, Y. (2009). Burden of stroke in Indonesia. *Panorama* , 379.
- Lintong, P. M. (2009). Perkembangan Konsep Patogenesis Ateroskolosis. *Jurnal Biometik* , 14.
- Misbach, J. (2007). *Pandangan Umum Mengenai Stroke* . Jakarta: Balai Penerbit Universitas Indonesia .
- Muslimah. (2017). Perbandingan Biaya Rill Terhadap Tarif INA-CBG's Penyakit Stroke Iskemik di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi* , 106.
- Nasution, L. (2013). Stroke Non Hemoragik Pada Laki-Laki Usia 65 Tahun. *Medula* , 2.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Syaraf Indonesia (PERDOSSI). 2011. *Guideline Stroke*. Jakarta.
- Praja, dkk.,. 2013, Studi Penggunaan Obat Neuroprotektan Pada Pasien Stroke Iskemik, *PHARMACHY*, Vol.10No.02
- Ramadany, A. F. (2013). Hubungan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di RSUD DR.Moewardi Surakarta . *Biomedika* , 12.

- Siswandono & Soekardjo, B. 2008. Kimia Medisinal. Surabaya. Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP).
- Sacco, R. L. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Updated Definition of Stroke*
- Setyawan, I. A. (2016). Analisis Biaya Penyakit Stroke Perdarahan di Rumah Sakit . *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi* , 44-45.
- Siswandono & Soekardjo, B. 2008. Kimia Medisinal. Surabaya. Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP).
- Sukmawati, L. (2011). Analisis Faktor Risiko Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Kariadi Semarang. 21.
- Tavakkoli, F. 2011. *Review of the Role of Mannitol in th Therapy of Children*, Baltimore : Maryland.
- Utami, N. (2017). Konsumsi Pisang Ambon sebagai terapi Non Farmakologis Hipertensi. *Majority* , 121.
- World Health Organization. (1989). Recommendation on stroke prevention, diagnosis, and therapy, stroke. *stroke* , 1407.
- Yonata, A. (2016). Hipertensi Sebagai Pencetus Terjadinya Stroke. *Majority* , 1819.
- Yuliani, F. (2014). Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 3(1).s



## Lampiran 1. Ethical Clearance



FAKULTAS  
KEDOKTERAN

Gedung Dr. Soekman Wirjosandjojo  
Kampus Terpadu Universitas Islam Indonesia  
Jl. Kalirejo km 14.5 Yogyakarta 55584  
T : (0274) 8198444 ext. 209h, 2097  
F : (0274) 8198459 ext. 2007  
E : fku@uii.ac.id  
W : fku.uii.ac.id

Nomor : 23/Ka.Kom.Et/70/KE/X/2019

### KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran dan kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Islamic University of Indonesia, with regards of the protection of human rights and welfare in medical and health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"Analisis Biaya Terapi pada Pasien Penyakit Stroke Hemoragik Rawat Inap JKN di Rumah Sakit Panembahan Senopati Kabupaten Bantul Periode Januari - Desember 2018"**

Peneliti Utama : Nur Asyifa Almi Nawira  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : Program Studi Farmasi FMIPA UII  
*Name of the Institution*

dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*and approved the above-mentioned protocol.*

Yogyakarta, 31 Oktober 2019

Ketua  
*Chairman*



Yohana Yantari, M.Sc, Sp.PK

**\*Ethical Approval berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan**

**\*\*Peneliti berkewajiban**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
  - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
  - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*

## Lampiran 2. Surat Izin Penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL  
**RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

Jl. Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO BANTUL 55714  
 Telp. (0274) 367381. 367386 Fax. (0274) 367506.  
 Website : <http://rsudps.bantulkab.go.id>  
 E-Mail: [rsudps@bantulkab.go.id](mailto:rsudps@bantulkab.go.id)



### SURAT KETERANGAN / IZIN PENELITIAN

Nomor : 070/5754

Berdasarkan surat dari BAPPEDA Bantul Nomor : 070/Reg/2242/S1/2019 tanggal 5 November 2019, Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Diizinkan kepada :

Nama : NUR ASYIFA ALMI NAWIRA  
 NIM : 15613060  
 Program Studi : S1 Farmasi UII  
 Waktu : 14 November 2019 s/d 14 Februari 2020  
 Judul : *Analisis Biaya Terapi pada Pasien Penyakit Stroke Hemoragik Rawat Inap JKN di RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul Periode Januari – Desember 2018*

Dengan Ketentuan :

1. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku,
2. **Wajib memberikan laporan hasil penelitian** berupa **Hard Copy** dan **Soft Copy (CD)** kepada Direktur c/q Kepala Sub Bagian Diklit RSUD Panembahan Senopati Bantul,
3. Surat izin ini hanya diperlukan untuk kegiatan ilmiah,
4. Surat izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut di atas.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bantul, 14 November 2019

Direktur

  
 dr. I Wayan Marthana, W.K., Sp.THT., M.Kes  
 NIP. 196702112006041006

Tembusan disampaikan kepada Yth.:

1. ....
2. Ybs

**Lampiran 3. Surat Selesai Penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul**



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL  
**RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

Jl. Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO BANTUL 55714  
 Telp. (0274) 367381, 367386 Fax. (0274) 367506.  
 Website : <http://rsudps.bantulkab.go.id>  
 E-Mail: [rsudps@bantulkab.go.id](mailto:rsudps@bantulkab.go.id)



**SURAT KETERANGAN**

No : 070/796

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Eko Budi Santoso, SST., M.Kes**  
 NIP : **196406081988031013**  
 Jabatan : **Kepala Bagian Pengembangan**

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Nur Asyifa Almi Nawira**  
 Program Studi : **S1 Farmasi**  
 Institusi : **Universitas Islam Indonesia**

Telah selesai melakukan **Penelitian** di RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan judul :  
**“Analisis Biaya Terapi pada Pasien Penyakit Stroke Hemoragik Rawat Inap JKN di  
 RSUD Panembahan Senopati Bantul Periode Januari - Desember 2018”**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bantul, 12 Februari 2020  
 An. Direktur  
 Wadir. Umum & Keuangan  
 Ub. Kepala Bagian Pengembangan



## Lampiran 4. Surat izin Bappeda Bantul



**PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL**  
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**

Jalan Robert Wolter Monginsidi 1 Bantul 55711, Telp. 367533, Faks. (0274) 367796  
Laman: www.bappeda.bantulkab.go.id Posel: bappeda@bantulkab.go.id

**SURAT KETERANGAN/IZIN**

**Nomor : 070 / Reg / 2242 / S1 / 2019**

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 jo Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
  2. Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bantul
  3. Peraturan Bupati Bantul Nomor 134 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Bantul Nomor 108 Tahun 2017 tentang Pemberian Izin Penelitian, Kuliah Kerja Nyata (KKN) dan Praktik Kerja Lapangan (PKL)
  4. Surat Keputusan Kepala Bappeda Nomor 120/KPTS/BAPPEDA/2017 Tentang Prosedur Pelayanan Izin Penelitian, KKN, PKL, Survey, dan Pengabdian Kepada Masyarakat di Kabupaten Bantul.

- Memperhatikan** :
- Surat dari : Fakultas Matematika dan IPA, Universitas Islam Indonesia  
Nomor : 500/Dek/70-TA/Bag.TA/XI/2019  
Tanggal : 04 Nopember 2019  
Perihal : Izin Penelitian

Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Bantul, memberikan izin kepada :

1. Nama : NUR ASYIFA ALMI NAWIRA
2. NIP/NIM/No.KTP : 6205044809980003
3. No. Telp/ HP : 082250218234

Untuk melaksanakan izin Penelitian dengan rincian sebagai berikut :

- a. Judul : ANALISIS BIAYA TERAPI PADA PASIEN PENYAKIT STROKE HEMORAGIK RAWAT INAP JKN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI KABUPATEN BANTUL PERIODE JANUARI-DESEMBER 2018
- b. Lokasi : RSUD Panembahan Senopati
- c. Waktu : 05 Nopember 2019 s/d 05 Mei 2020
- d. Status izin : Baru
- e. Jumlah anggota : -
- f. Nama Lembaga : Fakultas Matematika dan IPA, Universitas Islam Indonesia

Ketentuan yang harus ditaat :

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi dengan instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib mematuhi peraturan perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Menjaga ketertiban, etika dan norma yang berlaku di lokasi kegiatan;
5. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah;
6. Pemegang izin wajib melaporkan pelaksanaan kegiatan bentuk *hardcopy (hardcover)* dan *softcopy (CD)* kepada Pemerintah Kabupaten Bantul c.q Bappeda Kabupaten Bantul setelah selesai melaksanakan kegiatan
7. Surat ijin penelitian dapat diperpanjang maksimal 2 (dua) kali dengan menunjukkan surat izin sebelumnya, paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum berakhirnya surat izin; dan
8. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas;

Dikeluarkan di : Bantul  
Pada tanggal : 05 Nopember 2019

A.n. Kepala,  
Kepala Bidang Pengendalian Penelitian  
dan Pengembangan a.b. Kasubbid  
Penelitian dan Pengembangan



**Tembusan disampaikan kepada Yth.**

1. Bupati Bantul (sebagai laporan)
2. Ka. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Bantul
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul
4. Dir. RSUD Panembahan Senopati Bantul
5. Dekan Fakultas Matematika dan IPA, Universitas Islam Indonesia
6. Yang Bersangkutan (Pemohon)



**Lampiran 5.** Lembar Pengumpulan Data**A. ADMINISTRASI****NAMA****NOMOR RM****USIA DAN PEKERJAAN****METODE BAYAR****KELAS****TANGGAL MASUK****TANGGAL KELUAR****LAMA INAP****DIAGNOSA UTAMA****DIAGNOSA PENYERTA****KONDISI KELUAR****B. LABOLATORIUM**

<b>TANGGAL</b>	<b>TD</b>	<b>GDS</b>	<b>HDL</b>	<b>LDL</b>	<b>TG</b>	<b>TOTAL</b>
----------------	-----------	------------	------------	------------	-----------	--------------

**C. LPO****NAMA OBAT****JALUR****LAMA PAKAI****D. ALKES****TANGGAL****NAMA ALKES****JUMLAH**

## Lampiran 6. Output Normalitas dan Uji Perbandingan Rata-Rata

### Uji Normalitas

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Biaya Riil	52	100.0%	0	0.0%	52	100.0%
INA CBG's	52	100.0%	0	0.0%	52	100.0%

#### Descriptives

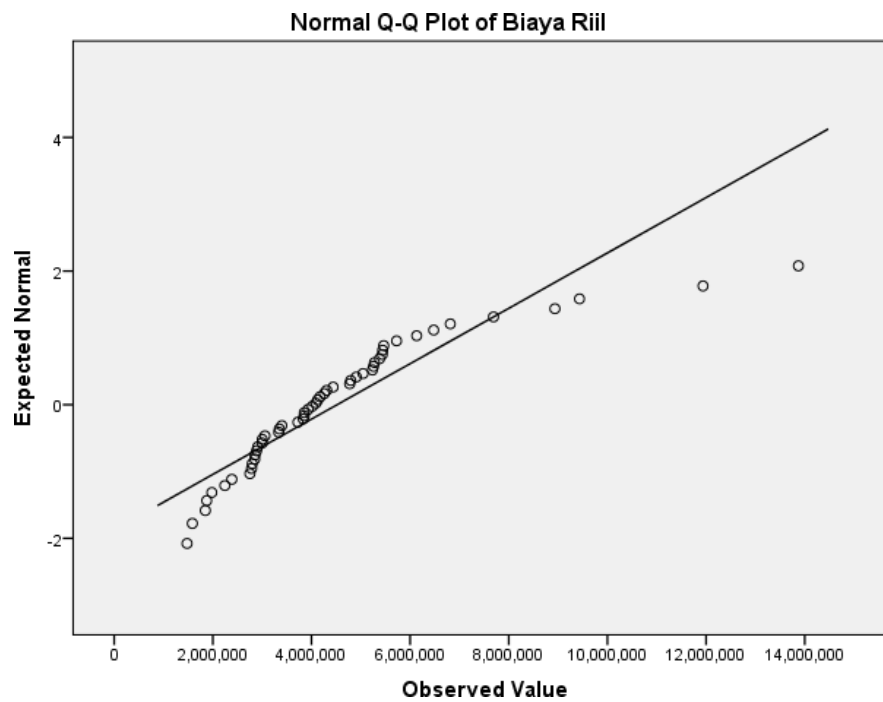
		Statistic	Std. Error	
Biaya Riil	Mean	4519490.6923	334595.03983	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3847763.1207	
		Upper Bound	5191218.2639	
	5% Trimmed Mean		4260128.6325	
	Median		4053599.0000	
	Variance		5821599715417	
	Std. Deviation		.903	
	Minimum		2412799.14527	
	Maximum		1.48E+006	
	Range		1.39E+007	
	Interquartile Range		12393568.00	
	Skewness		2461477.50	
	Kurtosis		1.907	.330
	Mean		4.770	.650
INA CBG's	Mean	4032192.3077	211241.85736	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3608106.5833	
		Upper Bound	4456278.0321	
	5% Trimmed Mean		3876002.1368	
	Median		3442900.0000	
	Variance		2320402359547	
		.511		

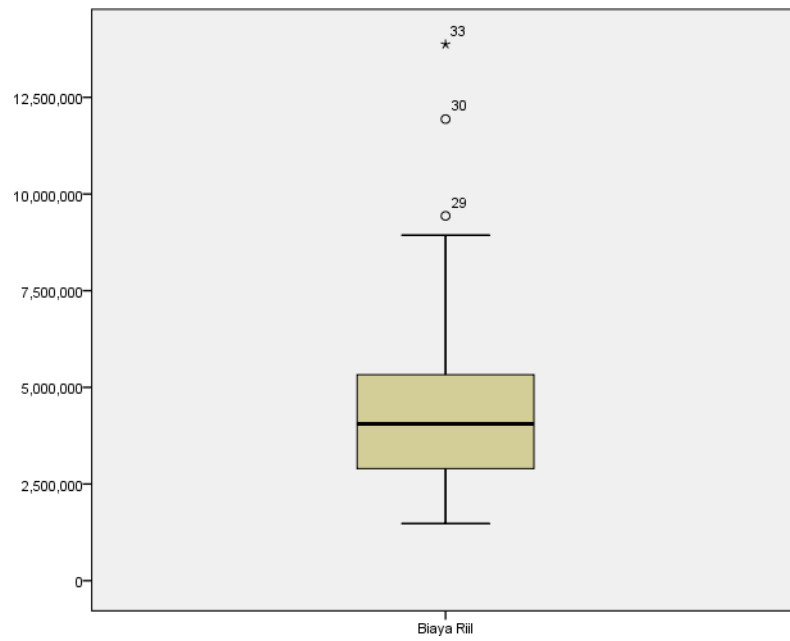
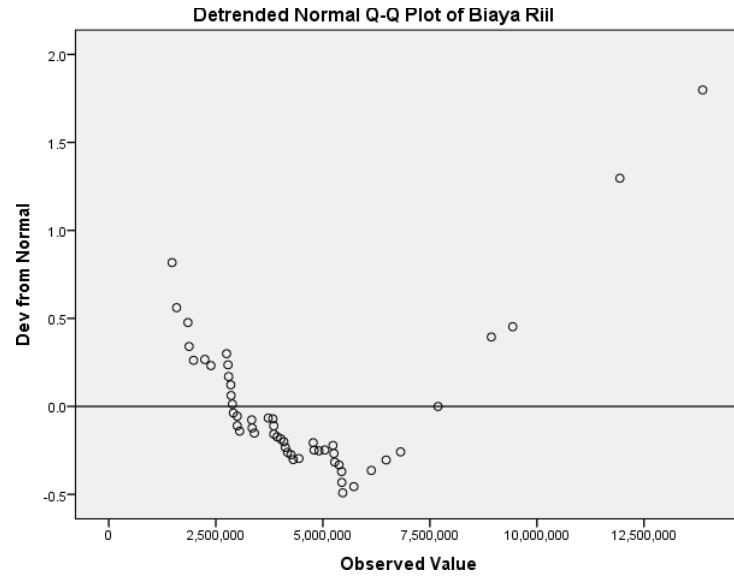
Std. Deviation	1523286.69644	
Minimum	2.87E+006	
Maximum	8.31E+006	
Range	5438300.00	
Interquartile Range	2134100.00	
Skewness	1.374	.330
Kurtosis	.980	.650

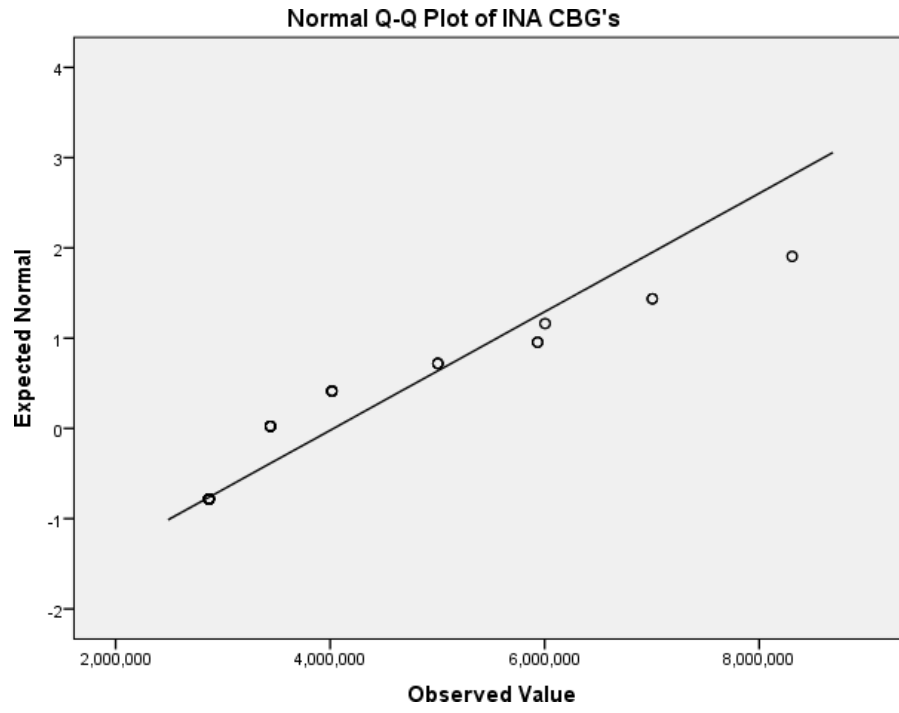
**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Biaya Riil	.175	52	.000	.835	52	.000
INA CBG's	.247	52	.000	.770	52	.000

a. Lilliefors Significance Correction







**Uji Wilcoxon****KELAS 1  
NPar Tests****Notes**

Output Created		14-AUG-2020 18:28:38
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	12
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		<b>NPAR TESTS</b> /WILCOXON=Riil WITH INACBG (PAIRED) /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,03
	Number of Cases Allowed <sup>a</sup>	112347

a. Based on availability of workspace memory.

**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
INA CBG's - Biaya Riil	Negative Ranks	3 <sup>a</sup>	4.00	12.00
	Positive Ranks	9 <sup>b</sup>	7.33	66.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		

Total	12	
-------	----	--

- a. INA CBG's < Biaya Riil
- b. INA CBG's > Biaya Riil
- c. INA CBG's = Biaya Riil

### Test Statistics<sup>a</sup>

	INA CBG's - Biaya Riil
Z	-2.118 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.034

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

## KELAS 2

### NPar Tests

#### Notes

Output Created		14-AUG-2020 18:32:30
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	11
Missing Handling	Definition of Missing Value	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPAR TESTS /WILCOXON=Riil WITH INACBG (PAIRED) /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,00

Elapsed Time	00:00:00,01
Number of Cases Allowed <sup>a</sup>	112347

a. Based on availability of workspace memory.

### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	3 <sup>a</sup>	9.67	29.00
INA CBG's - Biaya Riil Positive Ranks	8 <sup>b</sup>	4.63	37.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	11		

a. INA CBG's < Biaya Riil

b. INA CBG's > Biaya Riil

c. INA CBG's = Biaya Riil

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	INA CBG's - Biaya Riil
Z	-.356 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.722

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

### KELAS 3

### NPar Tests

#### Notes

Output Created	14-AUG-2020 18:34:33
----------------	----------------------



Comments			
Input	Active Dataset		DataSet1
	Filter		<none>
	Weight		<none>
	Split File		<none>
	N of Rows in Working Data File		29
Missing Handling	Value	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax			NPAR TESTS /WILCOXON=Riil WITH INACBG (PAIRED) /MISSING ANALYSIS.
Resources		Processor Time	00:00:00,00
		Elapsed Time	00:00:00,00
		Number of Cases Allowed <sup>a</sup>	112347

a. Based on availability of workspace memory.

### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INA CBG's - Biaya Riil			
Negative Ranks	19 <sup>a</sup>	17.21	327.00
Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	10.80	108.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	29		

a. INA CBG's < Biaya Riil

b. INA CBG's > Biaya Riil

c. INA CBG's = Biaya Riil

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	INA CBG's - Biaya Riil
Z	-2.368 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2- tailed)	.018

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

**Lampiran 7. Tarif INA CBG's dan Tarif RS**

No.	TARIF_INACBG (KLAIM JKN)	TARIF_RS (BIAYA RILL)
1	Rp 2,869,100.00	Rp 2,857,583.00
2	Rp 2,869,100.00	Rp 3,852,204.00
3	Rp 2,869,100.00	Rp 5,723,804.00
4	Rp 2,869,100.00	Rp 1,847,658.00
5	Rp 5,933,900.00	Rp 4,090,398.00
6	Rp 2,869,100.00	Rp 9,433,882.00
7	Rp 5,003,200.00	Rp 11,936,692.00
8	Rp 2,869,100.00	Rp 4,257,453.00
9	Rp 2,869,100.00	Rp 7,689,925.00
10	Rp 5,003,200.00	Rp 13,871,481.00
11	Rp 5,003,200.00	Rp 3,724,345.00
12	Rp 2,869,100.00	Rp 1,584,486.00
13	Rp 2,869,100.00	Rp 3,931,739.00
14	Rp 2,869,100.00	Rp 5,258,539.00
15	Rp 2,869,100.00	Rp 3,348,195.00
16	Rp 5,933,900.00	Rp 8,935,690.00
17	Rp 4,016,800.00	Rp 4,126,128.00
18	Rp 7,120,600.00	Rp 6,814,655.00
19	Rp 2,869,100.00	Rp 6,132,175.00
20	Rp 3,442,900.00	Rp 1,477,913.00
21	Rp 5,933,900.00	Rp 4,439,050.00
22	Rp 3,442,900.00	Rp 3,056,281.00
23	Rp 2,869,100.00	Rp 1,979,540.00
24	Rp 2,869,100.00	Rp 6,477,814.00
25	Rp 2,869,100.00	Rp 2,798,304.00
26	Rp 2,869,100.00	Rp 2,751,654.00
27	Rp 2,869,100.00	Rp 3,001,163.00
28	Rp 3,442,900.00	Rp 5,464,101.00
29	Rp 2,869,100.00	Rp 3,000,231.00
30	Rp 5,003,200.00	Rp 5,236,587.00
31	Rp 2,869,100.00	Rp 2,784,698.00
32	Rp 5,933,900.00	Rp 5,277,046.00
33	Rp 2,869,100.00	Rp 2,384,514.00

34	Rp	2,869,100.00	Rp	4,174,694.00
35	Rp	6,003,800.00	Rp	5,443,041.00
36	Rp	5,003,200.00	Rp	4,794,351.00
37	Rp	2,869,100.00	Rp	2,849,157.00
38	Rp	3,442,900.00	Rp	2,887,566.00
39	Rp	4,016,800.00	Rp	5,044,851.00
40	Rp	6,003,800.00	Rp	3,854,158.00
41	Rp	5,003,200.00	Rp	5,379,905.00
42	Rp	7,004,400.00	Rp	3,337,224.00
43	Rp	2,869,100.00	Rp	4,774,726.00
44	Rp	2,869,100.00	Rp	3,399,299.00
45	Rp	2,869,100.00	Rp	4,907,896.00
46	Rp	4,016,800.00	Rp	4,016,800.00
47	Rp	2,869,100.00	Rp	1,876,075.00
48	Rp	2,869,100.00	Rp	4,307,466.00
49	Rp	2,869,100.00	Rp	2,908,153.00
50	Rp	2,869,100.00	Rp	5,437,213.00
51	Rp	2,869,100.00	Rp	2,243,785.00
52	Rp	2,869,100.00	Rp	3,831,228.00

**Lampiran 8.** Hubungan Faktor Sosiodemografi

Karakteristik pasien	kelompok	Keadaan Keluar				Jumlah	P
		Belum Sembuh	Meninggal <48 jam	Meninggal >48 jam	Sembuh		
Usia	< 55 tahun	1	1	2	5	9	0,295
	> 55 tahun	0	4	10	29	43	
Agama	Islam	1	5	11	32	49	0,839
	Kristen (Protestan)	0	0	1	2	3	
Pekerjaan	Buruh	0	3	1	5	9	0,125
	Petani	0	0	2	7	9	
	PNS	0	0	0	4	4	
	Swasta	1	0	1	4	6	
	Lainnya	0	2	8	14	24	
Pendidikan	Belum tamat SD	0	0	1	1	2	0,382
	Tamat SD	0	3	3	20	26	
	Tamat SMP	0	2	1	1	4	
	Tamat SMA	1	0	4	5	10	
	Belum tamat universit	0	0	0	1	1	

---

as					
Tamat					
universit	0	0	0	3	3
as					
Tidak					
sekolah	0	0	2	3	5

---

### Lampiran 9. Karakteristik Pasien

No.	Usia	Jenis Kelamin	Lama Inap	Agama	Pekerjaan	Jenis pembayaran	Kelas	Pendidikan	Keadaan Keluar
1	75 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	4 HARI	Islam	BURUH	JKN (PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
2	83 Th, 8 Bln, 14 Hr	Perempuan	6 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Belum Tamat SD	Meninggal > 48 jam
3	68 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	6 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
4	66 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	1 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SMP	Meninggal > - 8 jam
5	79 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	6 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
6	67 Th, 3 Bln, 7 Hr	Perempuan	12 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SMP	Sembuh
7	44 Th, 5 Bln, 19 Hr	Perempuan	7 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SMP	Meninggal
8	78 Th, 3 Bln, 21 Hr	Perempuan	9 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
9	61 Th, 10 Bln, 20 Hr	Perempuan	15 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
10	57 Th, 3 Bln, 10 Hr	Perempuan	8 HARI	Islam	BURUH	JKN (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
11	55 Th, 2 Bln, 7 Hr	Laki-laki	6 HARI	Islam	BURUH	JKN (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
12	35 Th, 4 Bln, 3 Hr	Perempuan	1 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SMP	Meninggal >= 48 jam
13	65 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	7 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESDA (PBI)	0	Tidak Sekolah	Sembuh
14	70 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	10 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
15	49 Th, 11 Bln, 12 Hr	Laki-laki	5 HARI	Islam	SWASTA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SMA	Belum Sembuh
16	78 Th, 6 Bln, 4 Hr	Laki-laki	14 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SMA	Meninggal > 48 jam
17	74 Th, 7 Bln, 22 Hr	Laki-laki	5 HARI	Kristen (Protestan)	PNS	AKSES SOSIAL (NON PBI)	1	Tamat Ak/Univ	Sembuh

18	52 Th, 5 Bln, 30 Hr	Perempuan	4 HARI	Islam	PNS	AKSES SOSIAL (NON PBI)	0	Tamat Ak/Univ	Sembuh
19	96 Th, 4 Bln, 29 Hr	Perempuan	11 HARI	Islam	SWASTA	ASKES SOSIAL (NON PBI)	0	Tamat SD	Sembuh



20	79 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	10 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	0	Tidak Sekolah	Sembuh
21	25 Th, 4 Bln, 15 Hr	Laki-laki	1 HARI	Islam	LAINNYA	AKSES SOSIAL	0	Belum Tamat	Sembuh

						(NON PBI)		Ak/Univ	
22	62 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	8 HARI	Islam	LAINNYA	0	0	Tamat SD	Sembuh
23	39 Th, 0 Bln, 2 Hr	Laki-laki	4 HARI	Islam	LAINNYA	BPJS MANDIRI	2	Tamat SMA	Sembuh
24	78 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	1 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tidak Sekolah	Meninggal >= 48 jam
25	92 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	10 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tidak Sekolah	Meninggal >= 48 jam
26	68 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	3 HARI	Islam	LAINNYA	0	0	Tamat SD	Sembuh
27	71 Th, 7 Bln, 24 Hr	Laki-laki	8 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
28	57 Th, 0 Bln, 2 Hr	Laki-laki	8 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESDA (PBI)	0	Tamat SMA	Sembuh
29	77 Th, 11 Bln, 14 Hr	Perempuan	7 HARI	Islam	PNS	0	0	Tamat SMA	Sembuh
30	48 Th, 3 Bln, 17 Hr	Laki-laki	7 HARI	Islam	LAINNYA	BPJS MANDIRI	0	Tamat SMA	Sembuh
31	50 Th, 9 Bln, 2 Hr	Laki-laki	5 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
32	71 Th, 1 Bln, 14 Hr	Laki-laki	1 HARI	Islam	PETANI	JKN(PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
33	79 Th, 7 Bln, 14 Hr	Laki-laki	5 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	3	Tidak Tahu/Tidak Jawab	Meninggal >= 48 jam
34	60 Th, 2 Bln, 10 Hr	Laki-laki	1 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SD	Meninggal <- 48 jam
35	75 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	7 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	0	Tidak Sekolah	Sembuh

36	80 Th, 2 Bln, 0 Hr	Laki-laki	7 HARI	Islam	LAINNYA	JKN(NON PBI)	VIP	Tamat SD	Sembuh
37	55 Th, 10 Bln, 6 Hr	Laki-laki	4 HARI	Islam	BURUH	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Meninggal < 48 jam
38	70 Th, 3 Bln, 9 Hr	Laki-laki	3 HARI	Islam	LAINNYA	BPJS MANDIRI	0	Tamat SD	Meninggal < 48 jam

39	81 Th, 7 Bln, 30 Hr	Perempuan	2 HARI	Kristen (Protestan)	LAINNYA	0	0	Tamat SMA	Meninggal >= 48 jam
40	68 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	7 HARI	Islam	SWASTA	-	0	Tamat SD	Sembuh
41	57 Th, 6 Bln, 20 Hr	Laki-laki	5 HARI	Islam	LAINNYA	AKSES SOSIAL (NON PBI)	1	Tamat SMA	Sembuh
42	74 Th, 0 Bln, 28 Hr	Perempuan	6 HARI	Islam	SWATA	BPJS MANDIRI	3	Tamat SMA	Meninggal >48j jam
43	83 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	5 HARI	Islam	LAINNYA	0	0	Tamat SD	Meninggal >48j jam
44	58 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	9 HARI	Islam	PETANI	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Meninggal >= 48 jam
45	60 Th, 8 Bln, 14 Hr	Laki-laki	2 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Meninggal >= 48 jam
46	43 Th, 4 Bln, 4 Hr	Laki-laki	7 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESDA (PBI)	0	Tamat SMA	Meninggal >= 48 jam
47	74 Th, 7 Bln, 22 Hr	Perempuan	4 HARI	Kristen (Protestan)	PNS	AKSES SOSIAL (NON PBI)	0	Tamat Ak/Univ	Sembuh
48	86 Th, 6 Bln, 3 Hr	Laki-laki	3 HARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
49	60 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	9 HAARI	Islam	LAINNYA	JAMKESMAS (PBI)	3	Tamat SD	Sembuh
50	60 Th, 7 Bln, 14 Hr	Perempuan	3 HARI	Islam	SWASTA	JAMKESMAS (PBI)	0	Belum Tamat SD	Sembuh
51	86 Th, 5 Bln, 16 Hr	Perempuan	13 HARI	Islam	LAIINYA	JAMKESMAS (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh
52	73 Th, 2 Bln, 6 Hr	Laki-laki	3 HARI	Islam	SWASTA	JKN (PBI)	0	Tamat SD	Sembuh

**Lampiran 10. Komponen Biaya Rill**

No.	Visite Dokter	EKG	Administrasi	Obat	Labolatorium	Akomodasi Gizi	Alkes Kesehatan	Biaya Rill
1	Rp 70,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 856,000.00	Rp 672,000.00	Rp 30,000.00	Rp 109,488.00	Rp 2,857,583.00
2	Rp 245,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 1,257,874.00	Rp 598,000.00	Rp 60,000.00	Rp 188,330.00	Rp 3,852,204.00
3	Rp 700,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 1,181,654.00	Rp 181,000.00	Rp 150,000.00	Rp 402,650.00	Rp 5,723,804.00
4	Rp 20,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 182,816.00	Rp 379,000.00	Rp -	Rp 195,842.00	Rp 1,847,658.00
5	Rp 160,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,254,934.00	Rp 901,000.00	Rp 60,000.00	Rp 166,964.00	Rp 4,090,398.00
6	Rp 558,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 4,692,505.00	Rp 596,000.00	Rp 190,500.00	Rp 227,877.00	Rp 9,433,882.00
7	Rp 368,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,470,783.00	Rp 528,000.00	Rp 136,500.00	Rp 156,409.00	Rp 11,936,692.00
8	Rp 412,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,300,347.00	Rp 352,000.00	Rp 166,500.00	Rp 159,106.00	Rp 4,257,453.00
9	Rp 805,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 3,457,746.00	Rp 775,000.00	Rp 195,000.00	Rp 226,179.00	Rp 7,689,925.00
10	Rp 535,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 6,035,547.00	Rp 1,396,000.00	Rp 120,000.00	Rp 293,934.00	Rp 13,871,481.00
11	Rp 252,500.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,136,779.00	Rp 281,000.00	Rp 90,000.00	Rp 277,066.00	Rp 3,724,345.00
12	Rp -	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 111,243.00	Rp 257,000.00	Rp -	Rp 80,243.00	Rp 1,584,486.00
13	Rp 175,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 1,656,532.00	Rp 423,000.00	Rp 90,000.00	Rp 119,707.00	Rp 3,931,739.00
14	Rp 455,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 2,176,409.00	Rp 357,000.00	Rp 135,000.00	Rp 381,630.00	Rp 5,258,539.00

15	Rp 250,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 831,882.00	Rp 506,000.00	Rp 30,000.00	Rp 146,213.00	Rp 3,348,195.00
16	Rp 420,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 3,786,189.00	Rp 1,131,000.00	Rp 195,000.00	Rp 517,001.00	Rp 8,935,690.00
17	Rp 235,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 835,351.00	Rp 326,000.00	Rp 360,000.00	Rp 82,777.00	Rp 4,126,128.00
18	Rp 630,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 2,428,317.00	Rp 257,000.00	Rp 240,000.00	Rp 323,338.00	Rp 6,814,655.00
19	Rp 595,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 2,370,799.00	Rp 318,000.00	Rp 150,000.00	Rp 248,876.00	Rp 6,132,175.00
20	Rp -	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 493,393.00	Rp 379,000.00	Rp -	Rp 52,420.00	Rp 1,477,913.00
21	Rp 385,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,419,686.00	Rp 565,000.00	Rp 120,000.00	Rp 149,864.00	Rp 4,439,050.00
22	Rp 140,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 1,272,903.00	Rp 213,000.00	Rp 10,000.00	Rp 97,378.00	Rp 3,056,281.00
23	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp 1,979,540.00
24	Rp 525,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 1,603,115.00	Rp 1,098,000.00	Rp 255,000.00	Rp 217,199.00	Rp 6,477,814.00
25	Rp 125,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 832,580.00	Rp 341,000.00	Rp 30,000.00	Rp 188,224.00	Rp 2,798,304.00
26	Rp 245,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 910,297.00	Rp 294,000.00	Rp 120,000.00	Rp 294,000.00	Rp 2,751,654.00
27	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp 3,001,163.00
28	Rp 300,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 1,120,583.00	Rp 535,000.00	Rp 280,000.00	Rp 225,018.00	Rp 5,464,101.00
29	Rp 175,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 1,023,676.00	Rp 355,000.00	Rp 90,000.00	Rp 127,055.00	Rp 3,000,231.00

30	Rp 280,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 947,551.00	Rp 401,000.00	Rp 75,000.00	Rp 225,036.00	Rp 5,236,587.00
31	Rp 40,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 233,412.00	Rp 379,000.00	Rp 15,000.00	Rp 84,286.00	Rp 2,784,698.00
32	Rp	Rp	Rp	\$	Rp	Rp	Rp	Rp

	210,000.00	43,000.00	1,000.00	1,876,125.00	423,000.00	60,000.00	130,421.00	5,277,046.00
33	Rp 20,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 108,611.00	Rp 379,000.00	Rp -	Rp 46,403.00	Rp 2,384,514.00
34	Rp 245,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 649,079.00	Rp 447,000.00	Rp 90,000.00	Rp 192,615.00	Rp 4,174,694.00
35	Rp 450,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 508,862.00	Rp 445,000.00	Rp 240,000.00	Rp 189,179.00	Rp 5,443,041.00
36	Rp 175,000.00	Rp 172,000.00	Rp 5,000.00	Rp 1,048,932.00	Rp 534,000.00	Rp 65,000.00	Rp 229,199.00	Rp 4,794,351.00
37	Rp 75,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 982,831.00	Rp 35,300.00	Rp 60,000.00	Rp 177,526.00	Rp 2,849,157.00
38	Rp 55,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 210,695.00	Rp 399,000.00	Rp 20,000.00	Rp 136,871.00	Rp 2,887,566.00
39	Rp 247,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 871,212.00	Rp 441,000.00	Rp 240,000.00	Rp 91,639.00	Rp 5,044,851.00
40	Rp 175,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 535,069.00	Rp 279,000.00	Rp 180,000.00	Rp 94,589.00	Rp 3,854,158.00
41	Rp 455,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 1,410,532.00	Rp 483,000.00	Rp 155,000.00	Rp 131,373.00	Rp 5,379,905.00
42	Rp 300,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 808,493.00	Rp 710,000.00	Rp 120,000.00	Rp 223,731.00	Rp 3,337,224.00
43	Rp 245,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 1,126,907.00	Rp 631,000.00	Rp 135,000.00	Rp 99,319.00	Rp 4,774,726.00

44	Rp 175,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 732,798.00	Rp 401,000.00	Rp 45,000.00	Rp 71,501.00	Rp 3,399,299.00
45	Rp 315,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 961,770.00	Rp 631,000.00	Rp 105,000.00	Rp 141,626.00	Rp 4,907,896.00
46	Rp 235,000.00	Rp 175,000.00	Rp 1,000.00	Rp 835,351.00	Rp 326,000.00	Rp 360,000.00	Rp 82,777.00	Rp 4,016,800.00
47	Rp 130,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 377,497.00	Rp 257,000.00	Rp 45,000.00	Rp 194,078.00	Rp 1,876,075.00
48	Rp 245,000.00	Rp -	Rp 5,000.00	Rp 865,219.00	Rp 279,000.00	Rp 120,000.00	Rp 159,747.00	Rp 4,307,466.00
49	Rp 90,000.00	Rp 43,000.00	Rp 1,000.00	Rp 496,358.00	Rp 257,000.00	Rp 35,000.00	Rp 93,295.00	Rp 2,908,153.00
50	Rp 350,000.00	Rp -	Rp 1,000.00	Rp 614,514.00	Rp 401,000.00	Rp 18,000.00	Rp 194,199.00	Rp 5,437,213.00
51	Rp -	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 33,345.00	Rp 259,000.00	Rp 15,000.00	Rp 52,940.00	Rp 2,243,785.00
52	Rp 132,000.00	Rp 43,000.00	Rp 5,000.00	Rp 1,330,496.00	Rp 564,000.00	Rp 45,000.00	Rp 134,732.00	Rp 3,831,228.00

### Lampiran 11. Statistik Hubungan Sosiodemografi Dengan Hasil Outcome Humanistik

#### Usia \* Keadaan Keluar

**Crosstab**

			KEADAAN KELUAR				Total
			Belum Sembuh	Meninggal < 48 jam	Meninggal > 48 jam	Sembuh	
USIA	< 55 tahun	Count	1	1	2	5	9
		% within USIA	11,1%	11,1%	22,2%	55,6%	100,0%
	> 55 tahun	Count	0	4	10	29	43
		% within USIA	0,0%	9,3%	23,3%	67,4%	100,0%
Total		Count	1	5	12	34	52
		% within USIA	1,9%	9,6%	23,1%	65,4%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2sided)
Pearson Chi-Square	4,967 <sup>a</sup>	3	,174
Likelihood Ratio	3,704	3	,295
N of Valid Cases	52		



a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Jenis\_Kelamin \* Keadaan Keluar

		KEADAAN KELUAR				Total	
		Belum Sembuh	Meninggal < 48 jam	Meninggal > 48 jam	Sembuh		
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	1	4	5	17	27
		% within Jenis_Kelamin	3,7%	14,8%	18,5%	63,0%	100,0%
	Perempuan	Count	0	1	7	17	25
		% within Jenis_Kelamin	0,0%	4,0%	28,0%	68,0%	100,0%
Total		Count	1	5	12	34	52
		% within Jenis_Kelamin	1,9%	9,6%	23,1%	65,4%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2sided)
Pearson Chi-Square	3,061 <sup>a</sup>	3	,382
Likelihood Ratio	3,572	3	,312
N of Valid Cases	52		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

### Agama \* Keadaan Keluar

		Crosstab					
		KEADAAN KELUAR				Total	
		Belum Sembuh	Meninggal < 48 jam	Meninggal > 48 jam	Sembuh		
AGAMA	Islam	Count	1	5	11	32	49
		% within AGAMA	2,0%	10,2%	22,4%	65,3%	100,0%
	Kristen (Protestan)	Count	0	0	1	2	3
		% within AGAMA	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Count	1	5	12	34	52
		% within AGAMA	1,9%	9,6%	23,1%	65,4%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2sided)

Pearson Chi-Square	,513 <sup>a</sup>	3	,916
Likelihood Ratio	,842	3	,839
N of Valid Cases	52		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

### Pekerjaan \* Keadaan Keluar

		Crosstab					
		KEADAAN KELUAR					
		Belum Sembuh	Meninggal < 48 jam	Meninggal > 48 jam	Sembuh	Total	
PEKERJAAN	BURUH	Count	0	3	1	5	9
		% within PEKERJAAN	0,0%	33,3%	11,1%	55,6%	100,0%
	LAINNYA	Count	0	2	8	14	24
		% within PEKERJAAN	0,0%	8,3%	33,3%	58,3%	100,0%
	PETANI	Count	0	0	2	7	9
		% within PEKERJAAN	0,0%	0,0%	22,2%	77,8%	100,0%
	PNS	Count	0	0	0	4	4
		% within PEKERJAAN	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

	SWASTA	Count	1	0	0	4	5
		% within PEKERJAAN	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	100,0%
	SWATA	Count	0	0	1	0	1
		% within PEKERJAAN	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	1	5	12	34	52	
	% within PEKERJAAN	1,9%	9,6%	23,1%	65,4%	100,0%	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2sided)
Pearson Chi-Square	24,907 <sup>a</sup>	15	,051
Likelihood Ratio	21,393	15	,125
N of Valid Cases	52		
a. 20 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.			

## Pendidikan \* Keadaan Keluar

Crosstab							
			KEADAAN KELUAR				Total
			Belum Sembuh	Meninggal < 48 jam	Meninggal > 48 jam	Sembuh	
PENDIDIKAN	Belum Tamat Ak/Univ	Count	0	0	0	1	1
		% within PENDIDIKAN	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Belum Tamat SD	Count	0	0	1	1	2
		% within PENDIDIKAN	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Tamat Ak/Univ	Count	0	0	0	3	3
		% within PENDIDIKAN	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Tamat SD	Count	0	3	3	20	26
		% within PENDIDIKAN	0,0%	11,5%	11,5%	76,9%	100,0%
	Tamat SMA	Count	1	0	4	5	10
		% within PENDIDIKAN	10,0%	0,0%	40,0%	50,0%	100,0%
	Tamat SMP	Count	0	2	1	1	4
		% within PENDIDIKAN	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%

	Tidak Sekolah	Count	0	0	2	3	5
		% within PENDIDIKAN	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	Tidak Tahu/Tidak Jawab	Count	0	0	1	0	1
		% within PENDIDIKAN	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	1	5	12	34	52
		% within PENDIDIKAN	1,9%	9,6%	23,1%	65,4%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2sided)
Pearson Chi-Square	24,054 <sup>a</sup>	21	,290
Likelihood Ratio	22,309	21	,382
N of Valid Cases	52		

a. 29 cells (90,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.