



**ANALISIS PROFIL PENGOBATAN, BIAYA MEDIS LANGSUNG DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT  
BHAKTI KARTINI KOTA BEKASI**

**Feby Supradono, Prih Sarnianto, Hesty Utami Ramadaniati, Muhammad Afton Hidayat**

Magister Ilmu Kefarmasian, Jurusan Farmasi Rumah Sakit Universitas Pancasila

**Abstrak**

Penyakit gagal ginjal kronis (GGK) merupakan salah satu penyakit yang dibiayai oleh JKN dengan sistem Ina-CBGs (Indonesia casebased groups, paket pembiayaan berdasarkan kasus di Indonesia). Penetapan tarif ini membuat penyelenggara Unit Hemodialisis (HD) harus melakukan upaya kendali mutu-kendali biaya yang ketat agar tidak mengalami kerugian. Penelitian ini dilakukan untuk melihat kelayakan profil pengobatan riil dibandingkan dengan standar Pernefri (Perkumpulan Nefrologi Indonesia) dan konsekuensi biayanya untuk dibandingkan dengan tarif Ina-CBGs, serta melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan potong-lintang (cross sectional). Data profil pengobatan diambil secara retrospektif dari rekam medis. Data biaya langsung diambil secara retrospektif dari dokumen biaya pengobatan pasien GGK. Data kualitas hidup pasien diambil secara prospektif dari wawancara langsung menggunakan kuesioner EQ-5D tervalidasi dengan analisa regresi linier yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HD. Populasi pasien 114 pasien dengan 92 pasien kriteria inklusi. Hasil penelitian 92 pasien dengan sosiodemografis diperoleh gambaran jenis kelamin 65,22% laki-laki dan 34,78% Perempuan dengan rentang usia terbanyak 50-59 tahun 42,93%, pekerjaan buruh 38,04% dan status perkawinan terbanyak adalah kawin 92,33%. Penyakit penyerta terbanyak hipertensi 76,09% dengan obat antihipertensi oral candesartan (Angiotensin reseptor-blocker-ARB) dan Amlodipin (calcium channel-blocker-CCB). Hasil penelitian menunjukkan profil pengobatan 92 pasien diberikan Eritropoietin 1 kali dalam 2 kali HD. Berdasarkan Pernefri rerata biaya perkali kunjungan Rp 676.184 lebih kecil secara signifikan dari standar rumah sakit yaitu Rp 685.000 ( $p < 0,05$ , T-test) dan tarif Ina-CBGs yaitu Rp786.200. Dihasilkan nilai kualitas hidup rata-rata adalah 54,73% ( $p < 0,05$ , regresi linier), berarti terdapat perbedaan bermakna antara VAS (visual analogical scale) dengan sosiodemografi, biofisiologi dan EQ5D dengan persamaan  $Y = 82,249 - 5,880 * \text{perkawinan} - 4,050 * \text{mobilitas} - 5,270 * \text{aktivitas} - 5,501 * \text{depresi}$ . Dari hasil diatas disimpulkan bahwa terdapat perbedaan biaya langsung medis, biaya ideal dan tarif INA-CBGs.

\*Correspondence Address : [supradonofeb@gmail.com](mailto:supradonofeb@gmail.com), [prih1488@gmail.com](mailto:prih1488@gmail.com)

DOI : 10.31604/jips.v8i8.2021.2493-2503

© 2021UM-Tapsel Press

Terdapat perbedaan profil pengobatan terkait penggunaan Eritropoietin yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HD dengan nilai cukup.

**Kata Kunci:** JKN, Ina-CBGs, Gagal Ginjal kronis, Hemodialisis, VAS, EQ5D

## **PENDAHULUAN**

Di seluruh dunia, jumlah penderita gagal ginjal kronis (GGK) terus meningkat dan dianggap sebagai salah satu masalah kesehatan yang dapat berkembang menjadi epidemi pada dasawarsa yang akan datang.<sup>1</sup> Dengan bertambahnya penderita GGK maka bertambah pula biaya yang harus dikeluarkan dimana biaya untuk Hemodialisa (HD) tidak murah.<sup>2</sup>

Penyakit gagal ginjal diprediksi akan mengalami peningkatan jumlah penderita. Prediksi tersebut dilakukan atas dasar peningkatan kemakmuran yang disertai dengan bertambahnya umur, obesitas serta berbagai macam penyakit degeneratif.<sup>3</sup> Hal ini akan mengakibatkan peningkatan pada risiko penyakit diabetes mellitus (DM) serta hipertensi dimana kedua penyakit ini merupakan pemicu utama penyakit ginjal, terutama penyakit ginjal kronis.<sup>4</sup>

Profil pengobatan untuk penderita GGK yang menjalani HD salah satunya mengacu pada Pernefri (Perkumpulan Nefrologi Indonesia), namun dengan pemberian pembiayaan dengan metode paket belum sepenuhnya sesuai dengan standar Pernefri karena mengacu pada kendali biaya di rumah sakit. Pembiayaan untuk GGK dengan HD sangat meningkat drastis karena jumlah penderita yang sangat meningkat.<sup>1</sup>

Mulai 2014 diterapkan Sistem Jaminan Kesehatan, dimana seluruh masyarakat Indonesia yang membayar premi akan ditanggung biaya kesehatannya kecuali yang ditetapkan oleh pemerintah. Salah satu metode untuk mendukung sistem tersebut adalah diberlakukan Ina-CBGs (*Indonesia Case-Base Groups*) yang dimaksudkan agar dapat mengakomodasi penyesuaian tarif dengan kondisi yang mutakhir, kasus-kasus menahun, obat-obatan khusus, prosedur khusus, penyelidikan khusus, prosthesis khusus dan paket rawat jalan.<sup>5</sup> Dalam sistem Ina-CBGs komponen biaya yang ditanggung oleh

pihak asuransi kesehatan terdiri atas biaya perawatan, penginapan, tindakan, obat-obatan, penggunaan alat kesehatan, dan jasa yang dihitung terpadu dalam paket.<sup>6</sup> Dengan diberlakukannya Ina-CBGs pada pembiayaan rumah sakit bagi pasien, analisis biaya pengobatan rawat jalan bagi penderita GGK sangat dibutuhkan dalam perencanaan pengobatan sehingga rumah sakit dapat melakukan penghematan biaya agar rumah sakit tidak merugi. Analisis biaya tersebut selain berguna dalam hal mengajukan klaim kepada pihak asuransi kesehatan juga dapat digunakan dalam memberikan pengobatan yang tepat bagi pasien berdasarkan data biaya pengobatan.<sup>10</sup> Menurut Menteri Kesehatan, telah terjadi pembengkakan pada pembiayaan HD maka dilakukan penyesuaian tarif pada tahun 2017.<sup>2</sup>

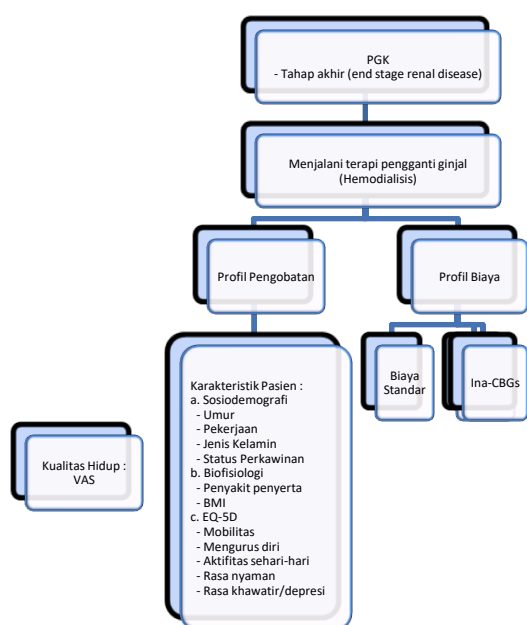
Salah satu upaya untuk pengendalian biaya kesehatan, terutama di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), adalah dengan menerapkan penilaian teknologi kesehatan (PTK; *health technology assessment*, HTA). Pada PTK, hasil akhir penyakit-penyakit kronis diukur dengan peningkatan usia harapan hidup (UHH) dan kualitas hidup (*quality of life*, QoL). Pengukuran QoL dan beragam subdimensinya tidak mudah karena kualitas hidup bersifat subyektif dan dipengaruhi banyak faktor.<sup>24</sup> Dengan demikian, menjadi tidak mudah pula untuk memberi bukti obyektif guna menentukan alokasi optimal sumberdaya kesehatan.

Rumah Sakit Bhakti Kartini Bekasi merupakan salah satu rumah sakit swasta tipe C dengan Predikat Bintang 5 atau paripurna berdasarkan Keputusan KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Tahun 2018 yang telah menerapkan sistem pembiayaan terpadu berbasis pelayanan. Rumah Sakit Bhakti Kartini Bekasi merupakan mitra pemerintah sehingga harapannya penelitian ini dapat berkontribusi bagi pemerintah dan rumah sakit ini

mendukung adanya penelitian sehingga memudahkan peneliti dalam pengambilan data.

### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan penelitian *cross sectional* menurut perspektif rumah sakit. Metode pengambilan data dilakukan secara retrospektif untuk profil pengobatan dan biaya langsung yang diambil dari penelusuran dokumen rekam medis dan data biaya pengobatan pasien gagal ginjal kronik serta prospektif untuk kualitas hidup dengan kuesioner



Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan rancangan penelitian Potong Lintang (*cross sectional*) menurut perspektif rumah sakit. Metode pengambilan data dilakukan secara retrospektif untuk profil pengobatan dan biaya yang diambil dari penelusuran dokumen data biaya pengobatan pasien gagal ginjal kronik, sedangkan untuk kualitas hidup menggunakan metode prospektif dengan menggunakan kuesioner. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik di RS Bhakti Kartini Kota Bekasi. Populasi sampel sebanyak 114

pasien. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien hemodialisa sesuai dengan inklusi pada penelitian ini sebanyak 92 pasien.

1. Analisis statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan biaya riil pengobatan gagal ginjal kronik rawat jalan di Rumah Sakit Bhakti Kartini Kota Bekasi.
2. Analisis statistik inferensial untuk membandingkan biaya riil pengobatan dengan biaya Ina-CBGs. Analisis t-test dilakukan terhadap variabel kontinu yang sebelumnya telah diolah dengan cara analisis deskriptif. Analisis tersebut digunakan untuk mengetahui perbedaan biaya yang signifikan antara biaya riil pengobatan gagal ginjal kronik dengan berdasarkan Ina-CBGs.
3. Analisis hubungan antara beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien GGK yang menjalani HD selama minimal 1 tahun dengan menggunakan metode regresi linier.

### SUBJEK PENELITIAN DAN KRITERIA

Subyek penelitian yang digunakan adalah seluruh populasi pasien rawat jalan di Rumah Sakit Bhakti Kartini Kota Bekasi yang menderita gagal ginjal kronik yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian dan telah dikelompokkan berdasarkan Ina-CBGs.

- Kriteria inklusi subyek penelitian adalah :
  1. Menyatakan kesediaan untuk menjadi subyek studi dengan menandatangani *informed consent*.

2. Dewasa, berusia  $\geq$  21 tahun.
3. Pasien gagal ginjal kronik, baik laki-laki maupun perempuan.
4. Yang menerima HD minimal 1 tahun.
5. Mempunyai Komorbiditas tidak lebih dari 2 penyakit.
6. Tidak sedang mengikuti uji klinis.

- Kriteria eksklusi subyek penelitian adalah :
1. Subyek atau Pasien yang terindikasi mengidap penyakit yang mengancam jiwa seperti kanker dan penyakit jantung yang berat.
  2. Pasien mengundurkan diri atau meninggal saat menjadi subyek.

**Pekerjaan**

Buruh	35	38,04%
Pedagang	24	26,09%
Karyawan Swasta	6	6,52%
Wiraswasta	1	1,09%
Pensiunan	4	4,35%
PNS/TNI	14	
Ibu Rumah Tangga	1	15,22%
Guru	7	1,09%
Petani		7,61%

**Perkawinan**

Kawin	85	92,33%
Tidak Kawin	0	0%
Pernah Kawin	7	7,67%

**Komorbiditas**

Hipertensi	70	76,09%
DM	10	10,87%
Hipertensi+DM	2	13,04%

**BMI**

< 18,4 (Kurang)	31	33,70%
18,5 – 24,9 (Ideal)		59,78%
25 – 29,9 (Berlebih)	55	5,43%
30 – 39,9 (Gemuk)	5	
>40 (Sangat gemuk)	1	1,09%
	0	0%

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil**

**1. Sosiodemografis**

**Tabel 5.1 Kualitas Hidup Pasien HD**

Karakteristik	Frekuensi	Proporsi
<b>Sosiodemografis,</b>		
<b>Biofisiologis</b>		
<b>Umur</b>		
Mean	55,76	-
Median	56	-
40 – 49	18	19,57%
50 – 59	39	
> 60	35	42,39%
		38,04%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki – laki	60	65,22%
Perempuan	32	34,78%

**2. Kualitas Hidup Pasien HD**

Sebaran jumlah pasien dalam sampel dengan total 92 pasien adalah pasien laki-laki sebanyak 60 dan perempuan 32 orang atau 65,21 % : 34,

78 %. Data ini sesuai dengan data IRR 2015 dimana proporsi jumlah pasien laki-laki > perempuan. Di dapat data paling banyak penderita yang mengalami Hemodialisa adalah berprofesi sebagai Buruh dengan jumlah 35 orang dari 92 responden atau sekitar 38,04% dengan kisaran terbanyak pada umur 50-59 tahun, pasien yang mengalami hemodialisis sebanyak 39 orang dari 92 responden atau sekitar 42,39%. Di dapat jumlah pasien dengan status perkawinan 85 atau 92,33% dari jumlah populasi. Di dapat data komorbiditas terbanyak dengan jumlah 70 adalah Hipertensi atau setara dengan 70,08% dengan BMI terbanyak adalah yang ideal dengan jumlah 55 pasien atau setara dengan 59,78 %. Di dapat hasil yang bervariasi untuk harapan hidup pasien melalui metode VAS (Visual Analog Scale) dengan mendata pasien melalui kuesioner yang dibantu oleh keluarga yang mengantar pasien pada saat HD. Kisaran rata-rata pasien menyatakan kualitas hidup mereka hingga 54, 73 %.

**Tabel 5.2 statistik regresi linier Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	82.249	3.656		22.494	.000
perkawinan	-5.880	1.203	-.406	-4.889	.000
mobilitas	-4.050	1.814	-.192	-2.232	.028
aktivitas	-5.270	1.701	-.260	-3.098	.003
depresi	-5.501	1.497	-.321	-3.676	.000

a. Dependent Variable: VAS

Persamaan regresi linier :  $Y = a + bx$

$$Y = 82,249 + \{(-5,880 x_1) + (-4,050 x_2) + (-5,270 x_3) + (-5,501 x_4)\}$$

Nilai untuk status perkawinan, mobilitas, aktivitas sehari-hari dan tingkat depresi

$p < 0,05$  berarti mempunyai perbedaan bermakna dengan VAS

### 3. Profil pengobatan pasien

Jumlah populasi sampel seluruhnya pada awal berjumlah 114 pasien, namun ketika fiksasi pengumpulan data selama kurang lebih 3 bulan di dapat data 92 pasien (80,7%). Penyusutan jumlah sampel dikarenakan 3 hal yaitu meninggal (1,75%), beralih ke CAPD (*continous ambulatory peritoneal dialysis*) (14,03%) dan pindah Rumah sakit (3,51%).

Hasil penelusuran dari rekam medis di dapat obat-obatan atau zat yang biasa digunakan untuk pelaksanaan Hemodialisa adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.3 Obat yang digunakan selama HD**

No.	Nama Obat	Satuan	Kekuatan
1	Adrenalin HCl	Ampul	1 mg
2	Dexamethason	Flacon	10 mg
3	Dopamin	Ampul	50 mg & 200 mg
4	KCl 1 mEq/ml	Flacon	25 ml
5	Heparin 5000 IU	Ampul	5000 unit/ml
6	Protamin Sulfat	Flacon	50 mg/ml
7	Bicarbonat Natrius 8,4%	Ampul	25 ml & 100 ml
8	Anti Histamin	Ampul	
9	Clonidin	Ampul	0,15 mg
10	Dextrose 40%	Flacon	25 ml
11	Diazepam	Ampul	10 mg
12	Lidocain HCl	Ampul	20 mg/ml
13	NaCl 0,9%	Kolf	500 ml
14	Dextrose 5% dan 10%	Kolf	500 ml
15	Nifedipine	Tablet	5 mg
16	Captopril	Tablet	12,5 g
17	Isosorbid Dinitrat	Tablet	5 mg
18	Parasetamol	Tablet	500 mg
19	H2O2	Larutan	3 %
20	Iodin Povidone	Larutan	10%
21	Antiseptik (savlon, hibiscrub, dll)		
22	Alkohol 70%		

**Tabel 5.4 Standar pengobatan sesuai Pernefri**

1	Diet Protein	0,6 – 0,8g/BB/hr (pre HD) 1,2 – 1,4g/BB/hr (HD) (kaya asam amino esensial) kalium dan fosfor rendah
2	Tekanan darah	Goal < 130/80 mmHg OAH : ACE-I dan ARB Kombinasi OAH
3	Gula darah	Goal : puasa < 126 mg/dl 2 jam PP < 140 mg/dl Hati-hati OAD tak terkendali, dianjurkan insulin
4	Anemia	Goal Hb 10-12 g/dl (jangan > 12 g/dl) Eritropoietin (sarat cadangan besi cukup) Besi (parenteral)
5	Pengikat fosfat	Untuk mencegah ahiperfosfatemia berikan CaCO <sub>3</sub> 3 x 500 mg
6	Hindari obat/zat nefrotoksik	Sesuaikan dosis dengan LFG atau perpanjang interval pemberian
7	Terapi pengganti	Cangkok atau dialisis

Untuk obat-obatan yang biasa digunakan pada saat HD biasanya hanya CaCO<sub>3</sub>, Natrium bicarbonat dan asam folat yang secara rutin dikonsumsi oleh pasien HD setiap hari. Apabila pasien dengan komorbid hipertensi maka diberikan sesuai tatalaksana JNC 8 yaitu memberikan obat-obatan hipertensi sesuai dengan diagnosa dokter saat HD, begitupula dengan pasien dengan komorbid diabetes mellitus, diberikan obat-obatan DM sesuai dengan kebutuhan pasien. Umumnya semua obat di tanggung BPJS. Sebagai tambahan apabila Hemoglobin pasien mengalami penurunan hingga 10 mg/dl maka diberikan injeksi eritropoietin (epodion) 1 kali seminggu (2 kali HD mendapat 1 epo), namun bila masih mengalami penurunan sampai 6 mg/dl maka diberikan PRC (transfusi darah)

sebanyak yang dibutuhkan untuk mengontrol Hb dan zat besi pasien untuk kembali normal. Sedangkan untuk penggunaan epodion menurut pernefri diberikan setiap kali pasien mengalami hemodialisa.

#### 4. Biaya Medis langsung

**Tabel 5.5 Biaya Medis Langsung**

Jenis	Obat	Konsultasi	Diagnostik	Total
Biaya	Rp.9.538.950	Rp.7.820.000	Rp.44.850.000	Rp.62.208.950
Rata-rata perkunjungan	Rp.103.684	Rp.85.000	Rp.487.500	Rp.676.184

Biaya medis langsung didapat dari paket yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan didapat rata-rata harga Rp. 676.184,- perkali kunjungan Hemodialisa, sedangkan untuk paket Ina-CBGs untuk Rumah Sakit Tipe C adalah Rp 786.200,- selisih yang di dapat Rumah sakit adalah Rp.110.016,-

#### PEMBAHASAN

1. Biaya yang dikeluarkan pasien relatif kecil, karena dengan BPJS kesehatan melalui Ina-CBGs sudah dicover seluruh pengobatan pasien sesuai dengan paket yang diberikan. Terdapat selisih sekitar Rp 110.016 per kali kunjungan pasien HD, dengan asumsi 2 kali perminggu dan 8 kali perbulan. Didapat selisih keuntungan sekitar Rp 880.128 per pasien perbulan, namun ini belum termasuk biaya operasional peralatan yang memang masih bekerjasama dengan pihak ke-3 yaitu Fresenius Kabi. Namun jika ada komplikasi yang diderita selama HD dan tidak termasuk dalam paket HD maka pasien diharuskan membayar sharing, seperti pemberian epodion yang lebih dari yang seharusnya (1x seminggu) atau

transfusi, maka pasien akan membayar kantong-kantong darah yang di dapat dari PMI sesuai dengan kebutuhan pasien. Biaya langsung yang diberlakukan di RS Bhakti Kartini sebesar Rp. 685.000,- masih mempunyai selisih dengan paket Ina-CBGs, namun jika di tambahkan dengan biaya langsung non medis yang mencakup perawatan ruangan, biaya listrik dan penyusutan alat, maka selisih dengan margin yang cukup besar itu menjadi tidak berarti karena di dapat selisih sekitar kurang dari Rp 10000/pasien/ kali kunjungan, ini berarti tarif Ina-CBGs hanya bisa menutupi operasional untuk pelayanan unit Hemodialisa saja, sedangkan untuk pengembangan unit Hemodialisa seperti penambahan tempat tidur, penambahan unit HD dan biaya perawatan alat yang lain masih tidak mencukupi. Bila di hitung dengan kaca mata awam maka pemberlakuan tarif Ina-CBGs ini tidak bisa dibilang membantu RS untuk pengembangan, namun hanya bisa sebagai penyelenggara dalam jangka waktu pendek. Perlu penyesuaian tarif agar pihak rumah sakit sebagai penyelenggara unit Hemodialisa juga mendapatkan pemasukan lebih untuk mengembangkan Hemodialisa di kemudian hari.

2. Untuk profil pengobatan, tidak jauh berbeda dengan yang di referensikan oleh Pernefri, namun ada sedikit perbedaan yaitu pemberian Eritropoietin yang seharusnya diberikan setiap kali setelah HD, diberikan setelah 2 kali HD. Ini dilakukan upaya untuk mengurangi defisit bila epodion(eritropoietin) diberikan setiap kali HD. Harga Epodion sekitar Rp.100.000,- Bila dari tarif diatas diberlakukan penggunaan epodion sesuai dengan kunjungan, maka rumah sakit hanya mendapat selisih (keuntungan) sekitar Rp.60.016,-/pasien /kali kunjungan, atau sekitar Rp.5.761.536,-/pasien/tahun atau Rp 530.061.312,-/92 pasien/tahun. Ini

sangat signifikan bila hanya diberikan Epodion 1x dalam seminggu dimana RS akan mendapatkan selisih sekitar Rp.971.661.312,- Ketidaksihesuaian pemberian Epodion oleh pihak rumah sakit yang hanya satu kali seminggu mengakibatkan pasien menjadi anemia dilihat dari kurangnya hasil Hemoglobin setelah dicek. Pasien yang dalam keadaan tidak stabil diberikan epodion tambahan dengan pembiayaan dibebankan kepada pasien. Pasien dengan keadaan Hb lemah diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien, itu pun biaya dibebankan kepada pasien untuk pembelian setiap kantong darah. Sampai saat ini belum di ketahui efektifitas penggunaan re-use sebanyak 6x, namun terjadi indikasi pasien menjadi demam, ini dimungkinkan karena dialiser re-use ini mengakibatkan piretik (demam) dengan kemungkinan terjadinya infeksi, namun untuk pengecekan adanya bakteri penyebab demam belum diketahui. Seluruh obat-obatan yang diberikan selama proses HD sudah sesuai dengan standar pernefri, namun yang berbeda adalah jumlah eritropoietin yang diberikan, yang seharusnya setiap kali HD menjadi setiap 2 kali HD. Standar penggunaan epodion adalah ketika Hb kurang dari 12 mg/dl.

3. Banyak faktor yang menentukan kualitas hidup pasien GJK stadium akhir setelah melalui proses HD. Yang diukur dalam penelitian ini adalah korelasi antara sosiodemografis, biofisiologis dan EQ-5D. Dari hasil statistik di dapat data bahwa ada faktor yang signifikan berbeda bermakna dalam penurunan kualitas hidup penderita GJK diantaranya Mobilitas, aktivitas sehari-hari, tingkat rasa nyeri dan tingkat stress, namun ada juga status perkawinan mempengaruhi kualitas hidup. Dari persentase jumlah penderita GJK yang mengalami HD dengan jumlah terbanyak adalah laki-laki, dengan status "kawin", para kepala keluarga ini mempunyai beban yang cukup berat hingga



menghasilkan efek stress yang cukup tinggi. Ini juga mempengaruhi aktivitas gerak dan rasa nyerinya, karena semakin tertekan, para penderita makin terpuruk dan menghasilkan kualitas hidup yang rendah. Seperti pada tabel 5.4 dijelaskan bahwa kondisi pasien ditentukan oleh banyak faktor, termasuk tingkat stress yang melanda karena tidak terima dengan kenyataan bahwa mereka terdiagnosa GJK stadium akhir dan mendapatkan tindakan HD. Namun di dapat data bahwa tingkat stress tersebut berlangsung antara 1-3 bulan pertama, setelah itu mereka berdamai untuk tetap bertahan hidup untuk melanjutkan kehidupan mereka. Untuk menentukan kualitas hidup pasien dilakukan dengan cara wawancara secara mendalam kepada pasien saat mereka mendapatkan HD. Item yang ditanyakan mengenai kehidupan sehari-hari, gaya hidup, kebiasaan konsumsi obat-obatan, pola istirahat, tingkat stres, pekerjaan dan hubungan dengan keluarga. Sehingga, dapat digali secara cepat profil kehidupan pasien yang di akhiri dengan memprediksi kondisi kesehatan pasien sebelum mengalami GJK lalu menjalani HD dan setelahnya. Rata-rata pasien menyatakan tingkat kesehatannya hingga 54,73% dan sulit untuk kembali bekerja seperti sediakala. Hampir 70% pasien menyatakan bahwa mereka kurang konsumsi air mineral selama sebelum HD. Dan beberapa dari mereka yang sering mengkonsumsi kopi, teh dan minuman berenergi setiap hari. Yang perlu digaris bawahi adalah tingkat konsumsi air mineral selama masa produktif sangat penting untuk membantu fungsi ginjal bekerja secara optimal dan tidak memperberat kerja ginjal tersebut. Kualitas hidup pasien juga dipengaruhi oleh seberapa berat beban kerja pasien sebelum mengalami HD, ini dibuktikan dengan para buruh yang bekerja lebih dari 12 jam dan kurangnya konsumsi air mineral sebagai sumber pembilasan ginjal untuk

membersihkan semua kotoran dalam darah. Perlu di perhatikan jumlah asupan air selama sehat karena setelah HD justru asupan air mineral dibatasi karena ketidakmampuan ginjal untuk mengkonversi darah menjadi cairan siap buang dari dalam tubuh melalui ginjal (urin). Data hasil regresi pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa yang paling mempengaruhi kualitas hidup adalah Status perkawinan, mobilitas, aktivitas sehari-hari dan tingkat depresi. Status perkawinan memungkinkan terjadinya beban tersendiri pada pasien, dimana semua pasien berstatus menikah. Kemungkinan dengan status perkawinan pasien merasa akan membebani pasangan atau keluarga sehingga menimbulkan tingkat depresi yang tinggi, karena penyakit GJK tidak bisa disembuhkan. Ini juga dapat mempengaruhi mobilitas dan aktivitas sehari-hari pasien yang biasanya mungkin sebelum menderita GJK bisa melakukan semua kegiatan sehari-hari tanpa dibantu oleh pasangan atau keluarga.

## **KESIMPULAN**

1. Profil Pengobatan sebagaimana di tuliskan diatas adalah sesuai dengan standar dari pernefri, dimana pasien mendapatkan dialiser selama 2 kali dalam seminggu, diberikan obat simptom yang diperlukan sesuai dengan komorbiditas atau efek yang timbul selama masa HD dan juga diberikan eritropoietin serta PRC (transfusi darah) jika hasil HB dan zat besi dinilai kurang layak
2. Biaya langsung yang ditetapkan Pihak Rumah Sakit Bhakti Kartini adalah Rp. 685.000,- untuk paket 1 kali HD dengan penjabaran 1

kali mendapat filter baru dan 6 x reuse.

3. Biaya Medis langsung yang bisa di klaim melalui Ina-CBGs adalah sebesar Rp. 786.200,- untuk Tarif HD Rumah sakit Tipe C per kali kunjungan HD dengan maksimal 8 kali kunjungan dalam 1 bulan.
4. Kualitas Hidup Pasien HD bervariasi, namun setelah ditarik rata-rata adalah 54,73%. Banyak dari mereka yang setelah menjalani HD sudah tidak bisa kembali bekerja seperti sediakala karena keterbatasan ruang gerak dan kondisi tubuh yang tidak stabil.
5. Untuk Pengobatan sesuai dengan standar Pernefri, namun ada beberapa yang belum bisa disesuaikan seperti epodion (erithropoietin) berkaitan dengan kendali biaya di RS, jadi bila ada selisih maka dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga sehingga menjadi beban pasien pribadi.

### Saran

1. Agar penelitian ini dilanjutkan dengan jumlah Rumah sakit yang lebih banyak untuk mengetahui kepatuhan profil pengobatan sesuai dengan standar Pernefri
2. Dilanjutkan dengan penambahan faktor risiko untuk mendapatkan data yang komprehensif dan faktual.
3. Dapat menjadi sedikit acuan untuk pemerintah dalam menetapkan tarif Ina-CBGs agar user penyelenggara unit

Hemodialisa tidak merugikan dalam menyelenggarakan pelayanan Hemodialisa.

4. Untuk keluarga dan pihak rumah sakit diharapkan memberikan motivasi lebih pada para pasien, sehingga mereka termotivasi untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

### DAFTAR PUSTAKA

- Alam & Hadibroto. Gagal ginjal. 2008. PT.Gramedia. Jakarta
- Anonim. Konsensus Dialisis Perhimpunan Nefrologi Indonesia. Pernefri 2003. Jakarta
- Anonim, 8th Report of Indonesian Renal Registry. 2015. Jakarta.
- Barbara, C. Long. Perawatan Medikal Bedah jilid 3. Yayasan IAPK Pajajaran. 1996. Bandung
- Brunner & Suddart. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 3. 2012. EGC. Jakarta.
- Bootman et al. A cost-of-illnes model. Arch intern Med. 1997
- Crott, R. & Briggs, A. (2010). Mapping the QLQ-C30 quality of life cancer questionnaire to EQ-5D patient preferences. European Journal of Health Economics 11: 427-434.
- Fayers, P.M. & Machin, D. (2007). Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient- Reported Outcomes, Second Edition, John Wiley & Sons, England.
- Gurková, E. (2011). Issues in the definitions of HRQoL. Journal of Nursing, Social Studies and Rehabilitation 3-4: 190-197.
- Halyard, M.Y. & Ferrans, C.E. (2008). Quality-of-life assessment for routine cancer clinical practice. Journal of Supportive Cancer 6[5]: 221-229.
- Hogg RJ et al. National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Children and Adolescents:

Evaluation, Classification, and Stratification. Pediatrics 2003; 111:1416-1421.

Idris, Fahmi. Info BPJS edisi VIII. 2014. Jakarta

Ioannidis I. Clinical Nephrology. Rotonda Publications. Thessaloniki. 2007. (In Greek)

Lemone P, Burke K. Medical and Surgical Nursing 3rd edition, volume B'. Ed. Lagos, Athens, 2006. (In Greek)

Matziou-Megapanou V. Nephrology Nursing. Ed., Lagos, Athens, 2009. (In Greek)

Mulyadi, Akuntansi Biaya, STIE YKPN, Yogyakarta, 2005.

Price SA, Wilson LM. 2012. Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit, edisi ke-6. Jakarta: EGC.

Scott, N.W., Fayers, P.M., Aaronson, N.L., et al. (2008a). The relationship between overall quality of life and its subdimensions was influenced by culture: Analysis of an international database. Journal of Clinical Epidemiology 61: 788-795.

Sudoyo, Aru. W, dkk. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid 2 Edisi 5. Jakarta.

Sukandar, Enday. Nefrologi Klinik edisi III. 2006. PPI bagian Ilmu Penyakit Dalam RSHS. Bandung

Sulastomo. Manajemen Kesehatan. PT. Gramedia Pusaka Utama. 2007. Jakarta

Teckle, P., Peacock, S., McTaggart-Cowan, H., et al. (2011). The ability of cancer-specific and generic preference-based instruments to discriminate across clinical and self-reported measures of cancer severities. Health and Quality of Life Outcome 9: 106. Tersedia di: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-9-106.pdf> [diakses pada 14 Oktober 2018].

Tim Departemen Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia. 2007. Jakarta

Tim Kemenkes. bahan paparan Jaminan Kesehatan Nasional dan Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2013. Jakarta.

Vogenberg, F.R. Introduction to Applied Pharmacoeconomics, McGraw-Hill Companies. USA. 2001.

Warady BA, Chadha V. Chronic kidney disease in children: the global perspective. Pediatr Nephrol 2007; 22:1999-2009.

Whyte DA, Fine RN. Chronic Kidney Disease in Children. Pediatr. Rev. 2008;29:335-341.

[www.kidneyfoundation.org](http://www.kidneyfoundation.org). National kidney foundation 2015. Diakses pada Juli

Ziogiannis P, Pieridis A, Diamantopoulos A. Clinical nephrology, volume B. Technogamma Publications. Athens. 2005. (In Greek)