

FAKTOR RISIKO DAN DAMPAK BIAYA DARI PERSPEKTIF RUMAH TANGGA PADA PASIEN HEMODIALISIS RAWAT JALAN DI RSUD KARAWANG

Deta Fitriany¹, Prih Sarnianto², Hesty Utami³, Dewi Darwati Agustini⁴

¹*Master Program Pharmacy, Faculty of pharmacy Pancasila University- Jakarta Selatan, Indonesia, 12640*

^{2,3,4} *Faculty of pharmacy Pancasila University- Jakarta Selatan, Indonesia, 12640*

**Correspondent Author : detafitriany44@gmail.com*

ABSTRAK

Insidensi dan prevalensi gagal ginjal kronis (GGK) yang memerlukan terapi hemodialisis (HD) dua kali perminggu atau lebih semakin meningkat di Indonesia, menyebabkan beban biaya yang tinggi, termasuk bagi pasien dan keluarganya. Guna mengendalikan biaya, perlu dilakukan upaya promosi dan pencegahan melalui pengendalian faktor risiko. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko terjadinya GGK di RSUD Karawang dan dampak biaya dari perspektif rumah tangga, yang meliputi biaya transportasi dan akomodasi, obat dan suplemen yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan, perawatan di rumah, hilangnya produktivitas dan biaya-biaya lain yang harus ditanggung oleh pasien. Pada penelitian observasional dengan metode case-control ini, data primer diambil melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur terhadap 100 pasien yang menjalani terapi HD (case) dan 100 pasien dari poli lain (control), secara potong-lintang. Data sekunder diambil dari rekam medik 100 pasien GGK yang sama. Penelitian dilakukan selama enam bulan, Februari-Agustus 2018, di RSUD Karawang. Analisis faktor risiko dilakukan dengan metode regresi logistik ($p < 0,05$) dan analisis biaya dengan metode akuntansi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan berisiko 10,1 kali lipat dibanding laki-laki dan kelompok masyarakat dengan penghasilan tidak tahu berisiko 17,3 kali lipat dibanding kalangan berpenghasilan >Rp6 juta/bulan untuk terkena GGK. Para penderita hipertensi, diabetes mellitus, anemia, dan batu ginjal masing-masing memiliki risiko masing-masing 75.0, 5.4, 40.9, dan 26.0 kali lipat untuk terkena GGK dibanding non-penderita penyakit-penyakit tersebut. Kebiasaan mengonsumsi jamu yang diduga mengandung bahan kimia obat (BKO) meningkatkan risiko terkena GGK sampai 9.8 kali lipat. Biaya dari perspektif rumah tangga yang dikeluarkan berupa biaya transportasi Rp.400.000, biaya makan Rp. 400.000, penginapan (bagi yang rumahnya jauh) Rp500.000, serta obat dan suplemen (multivitamin) Rp500.000 per pasien per bulan. Potensi hilangnya produktivitas mencapai Rp. 1.241.904 per pasien per bulan. Dari 16 faktor risiko, ada 7 faktor risiko yang signifikan bermakna secara statistik ($p \text{ Value} < 0,05$) yaitu hipertensi, anemia, batu ginjal, pendapatan kategori tidak tahu, jenis kelamin perempuan, perilaku konsumsi jamu diduga mengandung bahan kimia obat dan diabetes mellitus. Besar rata-rata biaya dari perspektif rumah tangga tertinggi yaitu biaya obat dan multivitamin yang tidak dicover BPJS dan biaya penginapan, diikuti biaya makan dan transportasi.

Kata kunci : : Gagal ginjal kronis (GGK), hemodialisis (HD), faktor risiko, regresi logistik, biaya dari perspektif rumah tangga

ABSTRACT

Incidence and Prevalence of Chronic Kidney Disease (CKD) is getting increased in Indonesia, it causes high living cost, especially for the patient and its family. Unlike most of chronic disease, CKD at end stage will be needing hemodialysis therapic (HD) at least twice a week, or even more. To control the cost, prevention efforts has to be done through controlling the risk factors. The purpose of this research is to understand the risk factors that causes CKD at RSUD Karawang and the living cost impact from household perspective of each patient, which including transportation and acomodation cost (accompany included), medicinal and each suplements which uncovered by Badan Penyelenggara Jaminan Sosial insurance (BPJS), home care cost, loss of productivity and other costs that must be done by the patient (and its family) related of the disease. On observational research with case-control method, the primer data is collected by interviewing 100 patients whose doing HD Therapy and 100 outpatient through questioners that the researcher made, on cross sectional way. Meanwhile, secondary data is collected from medical record of the same 100 CKD patients. This research was done for 6 (six) months, from February until August 2018 at RSUD Karawang. Risk factor analysis done with ($p < 0,05$) logistic regression method and cost analysis with accountancy method. The result showed that women 10,1 fold way more risky than men, then, community with unpredictable income is 17, 3 fold way more risky than the community with > 6 million rupiahs/month to get CKD disease. Hypertension sufferes, diabetes mellitus, Anemia, kidney stones, each disease have 75.0, 5.4, 40.9, and 26.0 fold risk to get CKD disease compered with those whose does not have diseases written above. Then, having habit to consuming herbal medicine which contain drugs chemical increase the risk up to 9,8 to get CKD disease. Household perspective cost which has to be spend are including transportation (Rp. 400.000), accomodation cost (Rp. 400.000), room (depends on family scsess distance to the hospital) Rp. 500.000, also the medicinal & suplements costs Rp. 500.000/month. Zero income might potential as the patient will loss of productivities during the HD Therapy which cost Rp. 1.241.904/month. From 16 risk factors, there are 7 which statistically significant, that is hypertension, anemia, kidney stones, unspecified income category, women, consumption of herbal medicine contain medical chemicals and diabetes mellitus. Highest household perspective cost is down on medicine and multivitamins that have not been covered by BPJS and lodging cost, along with the meal and transportation costs.

Keywords : *Prevalence of Chronic Kidney Disease (CKD); Hemodialysis (HD); Risk Factor; logistic regression; household perspective cost.*

PENDAHULUAN

Ginjal adalah salah satu organ penting dalam tubuh manusia. Ginjal berfungsi mengatur sekresi sisa metabolisme dan mempertahankan zat-zat yang berguna bagi tubuh, ginjal juga berfungsi mengatur keseimbangan cairan tubuh, keseimbangan asam-basa dan elektrolit tubuh. Selain itu ginjal juga berperan penting mengatur tekanan darah, pembentukan sel darah merah (eritropoiesis) dan beberapa fungsi endokrin lainnya⁽¹⁾.

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah penurunan progresif fungsi ginjal dalam beberapa bulan atau tahun⁽²⁾. GGK didefinisikan sebagai kerusakan ginjal dan/atau penurunan Glomerular Filtration Rate (GFR) kurang dari 60mL/min/1,73 m selama minimal 3 bulan⁽³⁾. Kerusakan ginjal adalah setiap kelainan patologis atau penanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan darah, urin atau studi pencitraan⁽²⁾.

Menurut data National Kidney Foundation, 10% populasi di seluruh dunia

terkena GKG dan jutaan lainnya meninggal setiap tahun karena mereka tidak memiliki akses terhadap pengobatan yang terjangkau. GKG adalah krisis kesehatan di seluruh dunia. Menurut data WHO, pada tahun 2005 ada sekitar 58 juta kematian di seluruh dunia, dengan 35 juta disebabkan oleh penyakit kronis. Menurut studi Global Burden of Disease study 2010, GKG menduduki peringkat ke-27 dalam daftar penyebab jumlah kematian di seluruh dunia pada tahun 1990, namun meningkat menjadi 18 pada tahun 2010⁽⁴⁾.

Insidensi dan prevalensi penderita GKG di Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data yang dirilis PT. Askes pada tahun 2010 jumlah pasien gagal ginjal ialah 17.507 orang. Kemudian meningkat pada tahun 2011 dengan jumlah pasti sebesar 23.261 pasien. Pada tahun 2012 terjadi peningkatan yakni 24.141 pasien⁽⁵⁾. Menurut Riset Kesehatan Dasar 2013, di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 499.800 penduduk Indonesia menderita GKG⁽⁶⁾.

Selama bertahun-tahun, GKG telah muncul sebagai masalah kesehatan masyarakat utama di seluruh dunia, dengan dampak fisik, psikologis dan ekonomi yang merugikan⁽⁷⁾. Dalam pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kefarmasian, ada beberapa kategori biaya yang harus dipertimbangkan. Kategori biaya itu adalah biaya akibat pemakaian sumber daya di sektor pelayanan kesehatan, biaya akibat sumber daya yang digunakan oleh pasien serta keluarganya dan biaya akibat sumber daya lain yang dipakai di sektor-sektor lain⁽⁸⁾.

Selama ini, penelitian terkait hanya fokus pada biaya medis yang sudah dijamin oleh

program pemerintah terkait kesehatan seperti BPJS. Pada penelitian ini akan membahas biaya dari perspektif rumah tangga, artinya semua biaya yang dikeluarkan pasien terkait pengobatannya yang tidak dijamin oleh BPJS, baik biaya pengobatan langsung maupun biaya pengobatan tidak langsung.

Salah satu pelayanan yang disediakan oleh RSUD Karawang yaitu Hemodialisa center, dengan tujuan untuk memberikan pelayanan cuci darah bagi pasien yang menderita gagal ginjal, dimana ginjal pasien sudah tidak sanggup lagi membuang sisa-sisa metabolisme dan air yang dapat memperburuk keadaan kesehatan pasien seutuhnya. Hemodialisa center ini terdiri dari 21 alat, yang setiap pasiennya telah ditentukan jadwal untuk melakukan cuci darah.

Pada tahun 2015 dan 2016, pasien yang rutin menjalani HD di RSUD Karawang adalah sebanyak 120 orang dan pasien yang masuk ke daftar waiting list sebanyak 40 orang. Pada satu hari, dilakukan 3 shift yaitu shift pagi, shift siang dan shift sore. Selain pasien rutin, Hemodialisa center juga melayani HD pasien cito seperti pasien dari kamar bedah.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor risiko dan biaya dari perspektif rumah tangga pada pasien hemodialisis rawat jalan di RSUD Karawang, Jawa Barat.

METODE

Desain penelitian ini adalah penelitian observasi dengan pendekatan case control dengan penelusuran riwayat pasien apakah ada hubungan antara faktor risiko GKG dengan kejadian GKG pada pasien penderita GKG di

unit HD RSUD Karawang dan untuk menganalisa biaya dari perspektif rumah tangga terhadap pasien HD Rawat Jalan di RSUD Karawang.

Menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi sampel, kemudian mengumpulkan sampel dengan metode Purposive sampling, dimana metode ini dipilih sesuai dengan kriteria. Terhadap sampel dilakukan penelusuran rekam medik, melakukan wawancara dan pengisian kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Penelitian dan pengolahan data dilakukan selama 6 bulan, yaitu pada bulan Februari 2018 - Agustus 2018. Kemudian dilakukan analisis data univariat, bivariat dan multivariat. Data univariat disajikan secara deskriptif analitik, yaitu penjelasan hasil penelitian dan ditampilkan dalam bentuk gambar atau tabel. Dan data bivariat dan multivariat disajikan dari hasil analisa statistik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Sebaran dan Karakteristik Sosio-demografi

Tabel 1. Karakteristik responden kelompok kasus dan kelompok kontrol GGK menurut sosio-demografi

No	Faktor Risiko	Jumlah responden	
		Kelompok kasus (GGK dan HD)	Kelompok kontrol (Non GGK dan Non HD)
1	Usia		
	< 30 tahun	1 (0,5%)	23 (11,5%)
	30-39 tahun	18 (9,0%)	34 (17,0%)
	40-49 tahun	25 (12,5%)	18 (9,0%)
	50-59 tahun	41 (20,5%)	18 (9,0%)
	>60 tahun	15 (7,5%)	7 (3,5%)
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	44 (22,0%)	68 (34,0%)
	Perempuan	56 (28,0%)	32 (16,0%)
3	Pendidikan		

	Tidak Sekolah/Sekolah Dasar SMP/SMA Akademi/Universitas	35 (17,5%)	21 (10,5%)
	44 (22,0%)	51 (25,5%)	
	21 (24,5%)	28 (14,0%)	
4	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	9 (4,5%)	10 (5,0%)
	Pensiunan & IRT	35 (17,5%)	28 (14,0%)
	45 (22,5%)	45 (22,5%)	
	Pekerjaan Fisik	11 (5,5%)	17 (8,5%)
	Pekerjaan Intelektual		
5	Pendapatan		
	Tidak Tahu	20 (10,0%)	10 (5,0%)
	<= Rp. 2.000.000	28 (14,0%)	40 (20,0%)
	29 (14,5%)	30 (15,0%)	
	Rp.2.000.000- Rp.4.000.000	14 (7,0%)	10 (5,0%)
	9(4,5%)	10 (5,0%)	
	Rp.4.000.000- Rp.6.000.000		
	>= Rp.6.000.000		

Umur responden kelompok kasus berkisar pada usia 27-77 tahun sedangkan responden pada kelompok kontrol berkisar pada usia 22-76 tahun. Proporsi kasus tertinggi pada kelompok usia 50-59 tahun sementara sebaran responden pada kelompok kontrol tertinggi pada kelompok usia 30-39 tahun.

Sebagian besar responden di kelompok kasus dan kontrol memiliki tingkat pendidikan terbanyak pada SMP-SMA. Proporsi jenis pekerjaan terbanyak pada kelompok pekerjaan fisik yang memiliki jumlah responden yang sama baik pada kelompok kasus maupun pada kelompok kontrol, kemudian diikuti kelompok pekerjaan pensiunan dan IRT, pekerjaan intelektual dan kelompok yang memiliki jumlah responden paling sedikit adalah kelompok responden yang tidak bekerja.

B. Analisis Bivariat

Tabel 2. Hubungan GGK dengan 16

No	Faktor Risiko	Faktor		p
		Jumlah responden		
		Kelompok kasus (GGK dan HD) n = 100	Kelompok kontrol (Non GGK dan Non HD) n = 100	
1	Usia			0,000
	< 30 tahun	1 (0,5%)	23 (11,5%)	
	30-39 tahun	18 (9,0%)	34 (17,0%)	
	40-49 tahun	25 (12,5%)	18 (9,0%)	
	50-59 tahun	41 (20,5%)	18 (9,0%)	
	>60 tahun	15 (7,5%)	7 (3,5%)	
2	Jenis Kelamin			0,001
	Laki-laki	44 (22,0%)	68 (34,0%)	
	Perempuan	56 (28,0%)	32 (16,0%)	
3	Pendidikan			0,081
	Tidak Sekolah/Sekolah Dasar SMP/SMA Akademi/Universitas	35 (17,5%)	21 (10,5%)	
		44 (22,0%)	51 (25,5%)	
		21 (24,5%)	28 (14,0%)	
4	Pekerjaan			0,549
	Tidak Bekerja	9 (4,5%)	10 (5,0%)	
	Pensiunan & IRT	45 (22,5%)	45 (22,5%)	
	Pekerjaan Fisik	11 (5,5%)	17 (8,5%)	
	Pekerjaan Intelektual			
5	Pendapatan			0,195
	Tidak Tahu	20 (10,0%)	10 (5,0%)	
	<= Rp. 2.000.000	28 (14,0%)	40 (20,0%)	
	Rp.2.000.001 -	29 (14,5%)	30 (15,0%)	
	Rp.4.000.000	14 (7,0%)	10 (5,0%)	
	Rp.4.000.001 -	9(4,5%)	10 (5,0%)	
	Rp.6.000.000			
	>= Rp.6.000.000			
6	Hipertensi			0,000
	Ya	77 (38,5%)	11 (5,5%)	
	Tidak	23 (11,5%)	89 (44,5%)	
7	Diabetes Mellitus			0,000
	Ya	35 (17,5%)	11 (5,5%)	
	Tidak	65 (32,5%)	89 (44,5%)	
8	Anemia			0,000
	Ya	42 (21,0%)	6 (3,0%)	
	Tidak	58 (29,0%)	94 (47,0%)	
9	Batu Ginjal			0,000
	Ya	34 (17,0%)	4 (2%)	
	Tidak	66 (33,0%)	96 (48,0%)	
10	Konsumsi NSAID			0,505
	Ya	79 (39,5%)	74 (37,0%)	
	Tidak	21 (10,5%)	26 (13,0%)	
11	Konsumsi Jamu			0,336
	Ya	30 (15,0%)	23 (11,5%)	
	Tidak	70 (35,0%)	77 (35,5%)	
12	Konsumsi Herbal Cina dan/atau Barat			0,357
	Ya	21 (11,5%)	15 (7,5%)	
	Tidak	79 (39,5%)	85 (42,5%)	
12	Konsumsi Jamu			0,000

	diduga ber-BKO	45 (22,5%)	12 (6,0%)	
	Ya	55 (27,5%)	88 (44,0%)	
	Tidak			
13	Konsumsi makanan dengan garam dan/atau lemak berlebihan	52 (26,0%)	50 (25,0%)	0,690
	Makanan dengan garam dan lemak tinggi	43 (21,5%)	42 (21,0%)	
	Konsumsi makanan dengan garam tinggi	5 (2,5%)	8 (4,0%)	
	Tidak			
14	Konsumsi minuman dengan kadar gula dan/atau mineral berlebih	58 (29,0%)	70 (35,0%)	0,019
	Minuman dengan kandungan caffeine	35 (17,0%)	18 (9,0%)	
	Minuman dengan kadar gula dan mineral tinggi	7 (3,5%)	12 (6,0%)	
	Tidak			
15	Kebiasaan Merokok	7 (3,5%)	16 (8,0%)	0,000
	Perokok Aktif	31 (15,5%)	5 (2,5%)	
	Pernah Merokok tapi sudah berhenti	62 (31,0%)	79 (39,5%)	
	Tidak Merokok			
16	Konsumsi Air Putih			0,001
	1-4Gelas/Hari	34 (17,0%)	19 (9,5%)	
	> 4-8 Gelas/Hari	43 (21,5%)	34 (17,0%)	
	> 8 Gelas/Hari	23 (11,5%)	47 (23,5%)	

Hasil analisis bivariat menunjukkan hanya 10 dari 16 faktor yang signifikan secara statistik berisiko meningkatkan kejadian GGK dengan p Value $\leq 0,05$, yaitu usia, jenis kelamin, hipertensi, diabetes mellitus, anemia, batu ginjal, jamu diduga ber-KBO, Konsumsi Minuman dengan kadar gula dan/atau mineral berlebih, kebiasaan merokok, dan konsumsi air putih.

C. Analisis Multivariat

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariat

No	Faktor risiko	P Value	OR	95% CI
1	Sosio-demografi			
	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	<u>0,005</u>	0,099	0,020 – 0,505
	Pendapatan			
	Tidak Tahu	<u>0,027</u>	17,305	1,374 –
	< Rp.	<u>0,562</u>	2,032	217,914
	2.000.000	<u>0,904</u>	0,860	0,185 –
	Rp.	<u>0,456</u>	2,901	22,357
	2.000.001-			0,073 –
	Rp.4.000.000			10,097
Rp.			0,177 –	
4.000.001-			47,642	
Rp.6.000.000				
2	Bio-fisiologi			
	Hipertensi	<u>0,000</u>	75,019	17,719 – 317,618
	Diabetes mellitus	<u>0,015</u>	5,425	1,385 – 21,256
	Anemia	<u>0,000</u>	40,979	5,853 – 286,904
	Batu Ginjal	<u>0,008</u>	26,078	2,372 – 286,703
3	Perilaku			
	Konsumsi jamu diduga ber-BKO	<u>0,002</u>	9,872	2,391 – 40,764
	Kebiasaan merokok			
	Perokok aktif	<u>0,132</u>	0,203	0,026 –
	Pernah merokok	<u>0,219</u>	4,509	1,612 – 0,409 – 49,705

Hasil multivariat menunjukkan bahwa usia, kebiasaan konsumsi minuman dengan kadar gula dan/atau mineral berlebih, konsumsi air putih tidak terbukti secara statistik berpengaruh terhadap terjadinya GGK, variabel jenis kelamin secara statistik memiliki hubungan yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan dengan kejadian GGK pada pasien Hemodialisi, pendapatan terdapat pengaruh yang bermakna secara statistik dengan kejadian GGK, hipertensi secara statistik ada pengaruh yang bermakna dengan kejadian Gagal Ginjal Kronik pada pasien

hemodialysis, riwayat penyakit faktor risiko Diabetes melitus secara statistik ada pengaruh yang bermakna dengan kejadian Gagal Ginjal Kronik pada pasien hemodialysis, terdapat pengaruh bermakna secara statistik antara faktor risiko anemia dengan kejadian Gagal Ginjal Kronik, terdapat pengaruh bermakna secara statistik antara faktor risiko batu ginjal dengan kejadian GGK, terdapat pengaruh bermakna secara statistik antara faktor risiko konsumsi jamu diduga berbahan kimia obat dengan kejadian Gagal Ginjal Kronik, serta tidak terdapat pengaruh yang bermakna secara statistik antara riwayat merokok dengan kejadian GGK pada pasien hemodialisis.

D. Biaya dan Perspektif Rumah Tangga

Tabel 4. Perhitungan Biaya dari perspektif rumah tangga secara keseluruhan

	Count	Mean	Median	Standard Deviation	Minimum	Maximum
Transport Bulanan	100	414400.00	400000.00	221401.96	80000	800000
Makan Bulanan	100	435200.00	400000.00	160129.24	160000	800000
Obat dan Multivitamin	100	576000.00	500000.00	785232.39	0	3000000
Kost. Penginapan, Hotel, Perawat Pribadi	100	294000.00	500000.00	324370.41	0	2000000
Total Biaya	100	1719600	1560000	1134815.4	240000	6600000

Dari data di atas, didapatkan Mean Rp.1.719.600, Median Rp. 1.560.000 dengan Standard Deviasi Rp. 1.134.815,4. Sehingga, besar beban yang dikeluarkan pasien yang menjalani HD sebagai upaya pengobatan GGK adalah minimum sebesar Rp. 240.000 dan maksimum pengeluaran perbulan sebesar Rp. 6.600.000.

Dari analisis mengenai biaya dari perspektif rumah tangga ini, dapat diperkirakan perbandingan antara pendapatan perbulan dengan total pengeluaran perbulan. Responden dengan pendapatan perbulan paling rendah < Rp. 2.000.000 perbulan dan paling tinggi >

Rp.6.000.000, sehingga hal ini sebagai tanda awal terjadinya kesulitan ekonomi. Sehingga walaupun biaya pengobatan GGK dengan HD ini sudah dijamin oleh asuransi kesehatan seperti BPJS, tidak menutup kemungkinan bahwa masih banyak beban biaya dari perspektif rumah tangga yang harus dikeluarkan pasien dan/atau keluarganya yang akan berpengaruh terhadap tingkat perekonomian keluarga.

Tabel 5. *Lost of productivity*

No	Pendapatan / Bulan	Total Pasien	Lost of Productivity	
			per hari	per bulan
1	Tidak Tahu (UMP Rp. 3.900.000)	20 orang	Rp. 185.714	Rp. 1.485.714
2	≤ Rp. 2.000.000	28 orang	Rp. 47.619	Rp. 380.952
3	2.000.001 – Rp. 4.000.000	29 orang	Rp. 142.857	Rp. 1.142.857
4	4.000.001 – Rp. 6.000.000	14 orang	Rp. 238.095	Rp. 1.904.761
5	>Rp. 6.000.000	9 orang	Rp. 333.333	Rp. 2.666.666

Dari data diatas, didapatkan bahwa pasien yang menjalani HD mengalami kehilangan produktivitas dikarenakan pasien tidak melakukan pekerjaannya sehingga berakibat terhadap pendapatan perbulan pasien akan berkurang sebesar Rp. 380.952 – Rp. 2.666.666 perbulan, dengan rerata terhadap 100 responden adalah sebesar Rp. 1.241.904.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat ditarik dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bahwa ada 7 faktor risiko yang signifikan bermakna secara statistik (*p Value* < 0,05) dari 16 faktor yang ada. Faktor risiko tersebut adalah jenis kelamin perempuan,

pendapatan kategori tidak tahu, hipertensi, diabetes mellitus, anemia, batu ginjal dan perilaku konsumsi jamu diduga mengandung bahan kimia obat.

2. Besar beban ekonomi GGK yang harus ditanggung pasien dan keluarganya terkait biaya dari perspektif rumah tangga seperti transport, biaya makan, obat yang tidak ditanggung BPJS dan biaya lain-lain (penginapan, perawat pribadi) adalah minimal sebesar Rp. 240.000 perbulan dan maksimal sebesar Rp. 6.600.000.
3. Besar rata-rata biaya dari perspektif rumah tangga yaitu transport dengan median Rp. 400.000, biaya makan dengan median Rp. 400.000, biaya Obat dan multivitamin yang tidak dicover BPJS dengan median Rp. 500.000, dan biaya kost, penginapan, hotel atau perawat pribadi dengan median Rp. 500.000.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ismatullah. Manajemen Terapi Anemia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Management Therapy of Anemia in Patients with Chronic Kidney Disease; 2015, h 7–12.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Infodatin: Situasi Penyakit Ginjal Kronis; 2017.
3. Journal O, Society I. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. 2013; 3(1).
4. Foundation NK. Global Facts: Kidney Disease; 2015. Available from: <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>.

5. Rostanti A, Bawotong J, Onibala F. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menjalani Terapi Hemodialisa pada Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Dahlia dan Melati RSUP Prof. dr. R. D Kandou Manado. e-journal Keperawatan (e-Kp); 2016, 4:1-6. Available from: ejournal.unsrat.ac.id.
6. Tengah DKPJ. World Kidney Day 9 March 2017 Kidney Disease and Obesity : Healthy Lifestyle for Healthy Kidneys; 2017.
7. Senanayake S, Gunawardena N, Palihawadana P, Bandara P, Haniffa R, Karunarathna R, et al. Symptom burden in chronic kidney disease; A population based cross sectional study. BMC Nephrol. 2017; 18(1): 1-8.
8. Afdhal AF. Farmakoekonomi. Edisi 2017. Anak Negeri J, editor. Jakarta; 2017, h 12-13.