

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Invasive Diseases

Invasive diseases adalah salah satu penyakit yang disebabkan oleh bakteri salah satunya yaitu *Streptococcus Pneumonia*. *Invasive diseases* ini adalah penyebab yang umum dari morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. Tingkat kematian akibat dari *invasive diseases* ini lebih besar di Negara berkembang dengan kasus terbesar terjadi di Afrika dan Asia. *Invasive diseases* ini menyebabkan satu juta anak dibawah usia 5 tahun meninggal setiap tahun akibat pneumokokus. *Invasive diseases* ini rata rata menyebabkan kematian sebesar 15-20% dan kasus tertinggi terjadi pada anak usia < 2 Tahun karena system kekebalannya belum sempurna (Judarwanto, 2014) . *Invasive diseases* terdiri dari beberapa penyakit yaitu sepsis, pneumonia dan meningitis.

1. Pneumonia

a. Definisi

Pneumonia adalah peradangan akut pada parenkim paru, bronkiolus respiratorius dan alveoli, menimbulkan konsolidasi jaringan paru sehingga dapat mengganggu pertukaran oksigen dan karbon dioksida di paru-paru. Pneumonia dapat menyerang semua orang, semua umur, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi (Rahmawati, 2014).

b. Epidemiologi

Penyakit pneumonia merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat. Kejadian pneumonia pada balita di Indonesia diperkirakan 10% sampai meninggal bila tidak diberikan pengobatan secara optimal. Diperkirakan akan terdapat 250.000 kematian anak balita akibat pneumonia setiap tahun. Prevalensi pneumonia yang tinggi terjadi pada kelompok umur 1 – 4 tahun, kemudian mulai meningkat pada umur 45 – 54 tahun dan terus meningkat pada kelompok umur berikutnya. Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan (2009), proporsi pneumonia pada balita sebesar 22,18% dengan jumlah kasus yang ditemukan sebanyak 390.319 kasus. Pada tahun 2012, Provinsi dengan proporsi pneumonia pada balita tertinggi berturut-turut yaitu Provinsi DKI Jakarta 73,35%, Nusa Tenggara Barat sebesar 59,24% dan Jawa Barat sebesar 43,16%.

c. Etiologi

Pneumonia dapat disebabkan oleh berbagai macam mikroorganisme, yaitu bakteri, virus, jamur dan protozoa. Dari kepustakaan pneumonia komunitas yang diderita oleh masyarakat luar negeri banyak disebabkan bakteri Gram positif, sedangkan pneumonia di rumah sakit banyak disebabkan bakteri Gram negatif sedangkan pneumonia aspirasi banyak disebabkan oleh bakteri anaerob. Akhir-akhir ini laporan dari beberapa kota di Indonesia menunjukkan bahwa bakteri yang ditemukan dari pemeriksaan dahak penderita pneumonia komunitas adalah bakteri Gram negatif (PDPI, 2003).

d. Patofisiologi

Patogenesis pneumonia terkait dalam tiga faktor yaitu keadaan imunitas, mikroorganisme yang menyerang pasien dan lingkungan yang berinteraksi satu sama lain. Cara terjadinya penularan berkaitan dengan jenis mikroorganisme, salah satunya *Streptococcus pneumoniae* yang transmisinya sering melalui droplet, *Staphylococcus aureus* melalui slang infus dan *P.aeruginosa* dan *Enterobacter* melalui pemakaian ventilator (Setiawan, 2015).

Bakteri tersebut akan masuk kedalam perifer paru dari saluran pernafasan. Pada mulanya, terjadi edema akibat reaksi jaringan yang mempermudah proliferasi organisme dan membantu dalam penyebarannya kedalam bagian paru yang berdekatan. Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi, yaitu terjadi penumpukan dari sel polimorfonuklear (PMN), fibrin, eritrosit, cairan edema dan ditemukan agen lainnya di alveoli. Stadium ini disebut stadium hepatisasi merah, selanjutnya deposisi yang fibrin bertambah, terdapat fibrin, leukosit PMN di alveoli dan terjadi proses fagositosis yang cepat. Stadium ini disebut stadium hepatisasi kelabu. Selanjutnya, jumlah makrofag yang meningkat di alveoli, sel akan mengalami degenerasi, fibrin menipis, agen infeksi dan debris menghilang. Stadium ini disebut stadium resolusi (Nilam, 2016).

e. Tanda dan Gejala

Tanda penyakit pneumonia pada anak seperti batuk, demam dan foto *thorax* menunjukkan infiltrasi melebar, nyeri dada, *pleural*

friction rub sesak nafas, mual muntah, dan juga nyeri otot. Gejala penyakit pneumonia ini biasanya diawali dengan infeksi saluran pernafasan atas beberapa hari dengan disertai demam, suhu badan tinggi. Biasanya pada pasien pneumonia pasien akan berkurang nafsu makannya.(Misnadiarly, 2008).

f. Tata Laksana Terapi

Tata laksana terapi pada pasien pneumonia yang utama adalah pemberian antibiotik minimal selama 5 hari. Tetapi untuk pengobatan pada bayi kurang dari 2 tahun penggunaan antibiotic ini tidak dianjurkan. Untuk antibiotic oral yang biasa diberikan yaitu kotrimoksazol dengan dosis 480mg atau 120 mg dan untuk pengobatan demam yang dialami pasien digunakan paracetamol dengan dosis 10-15mg/kg/BB. Obat obat tersebut harus tersedia di seluruh fasilitas kesehatan dengan jumlah yang memadai (Depkes RI, 2004).

2. Meningitis

a. Definisi

Meningitis adalah infeksi peradangan dari meninges, yaitu lapisan tipis yang mengepung otak dan jaringan saraf dalam tulang punggung biasanya disebabkan oleh bakteri, virus, atau protozoa yang bias terjadi secara akut maupun kronis (Harsono, 2003).

b. Epidemiologi

Meningitis ini diperkirakan mencapai 1,2 juta kasus per tahunnya dengan angka kematian sekitar 2%-30% di dunia. Di

Indonesia sendiri kasus meningitis mencapai 158/100.000 kasus setiap tahunnya, dengan penyebab *Haemophilus influenza* tipe b menyebabkan 16 dari 100.000 kasus dan sisanya adalah bakteri lain (Gessner, 2005).

c. Etiologi

Untuk penyebab dari penyakit meningitis ini bisa disebabkan oleh bakteri maupun virus. Untuk bakteri penyebab dari meningitis ini misalnya *Mycobacterium tuberculosis*, *Seisseria meningitis*, *Escheria coli*, *Haemophilus influenza* dan *pneumokokus*. Untuk virus yang sering menyebabkan meningitis yaitu *Toxoplasma gondhii* dan *Rickettsia* (Roos, 2005).

d. Patofisiologi

Organisme yang menyebabkan meningitis biasanya berada di nasofaring. Pada saat pathogen masuk system saraf pusat melalui perubahan permeabilitas membrane, terjadi proses yang diawali dengan multiplikasi pathogen di ruang *subarachnoid* (McCance dan hueter 2006). Adanya pathogen ini memicu produksi sitokin termasuk interleukin 1, TNF dan prostaglandin yang memicu peningkatan aliran darah menuju otak (McCance dan Hueter, 2006).

Sitokin mengubah permeabilitas membran sawar otak sehingga menyebabkan edema pada serebrum. Peningkatan tekanan intrakarnial mengakibatkan aliran darah meningkat dan edema sehingga menyebabkan penurunan perfusi pada otak (Avery, 2000).

e. Tanda dan Gejala

Gejala pada meningitis mirip dengan infeksi pada umumnya, seperti demam. Demam ini berlangsung selama satu sampai tiga hari tergantung masa inkubasi bakteri/virus. Gejala yang lain biasanya pusing, mual, muntah dengan intensitas sedang sampai tinggi. Gejala yang spesifik tergantung pada jalur yang dilalui bakteri saat masuk, misalnya melalui otitis atau ISPA.

f. Tata Laksana Terapi

Terapi yang diberikan kepada pasien meningitis dilihat dari gejala yang timbul dan harus diberikan penanganan yang cepat pula. Untuk terapi suportif diberikan cairan seperti RL (Ringer Laktat) elektrolit, analgesic antipiretik pada pasien yang mengalami infeksi bakteri akut (Hermsendan Rotcschafer, 2005).

Untuk terapi antibiotik diberikan dua kali yaitu terapi antibiotik empirik digunakan untuk penanganan awal seperti dijelaskan pada tabel 1

Tabel 1 : Terapi Antibiotik Empiris pada Meningitis Bakterial

Karakter Pasien	Etiologi Tersering	Pilihan Antibiotik
Neonatus	<i>Streptococcus gurg, E.coli</i>	Ampicillin plus sefotaksim
2 bulan – 18 Tahun	<i>N.meningitidis, Spneumonia, Influenzae</i>	<i>H.</i> Ceftriaxon atau cefotaksim plus vancomycin
18 -50 Tahun	<i>S. pneumonia, meningitides</i>	<i>N</i> Ceftriaxone plus vancomycin
>50 tahun	<i>S. pneumonia , N meningitidis, S aureus</i>	Vancomycin plus ampisillin cefepim atau meropenem.

Untuk terapi spesifik meningitis bacterial seperti dijelaskan di tabel 2

Tabel 2 : Terapi Spesifik pada Meningitis Bakterial

Mikroorganisme		Terapi standar	Terapi alternative
<i>H.influenza</i> lactamase negative	B-	Ampisillin	Sefalosporin generasi 3, kloramfenikol
<i>H.influenzae</i> lactamase positif	B-	Sefalosporin generasi 3	Kloramfenikol, sefepim
<i>N.meningitidis</i>		Penisillin G atau ampisillin	Sefalosporin generasi 3 , kloramfenikol
<i>S.pneumoniae</i>		Sefalosporin generasi 3	Vankomisin, meropenem
<i>Enterobacteriae</i>		Sefalosporin generasi 3	Meropenem atau sefepim
<i>P.aeruginosa</i>		Seftazinim atau sefepim	Meropenem, penicillin

3. Sepsis

a. Definisi

Sepsis adalah sindroma respon inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome*) dengan penyebab mikroba atau bakteri. Sepsis adalah penyakit akibat masuknya mikroorganisme kedalam tubuh sehingga menyebabkan respon inflamasi. Respon inflamasi tersebut menyebabkan aliran darah yang menuju organ menurun dan pada akhirnya menyebabkan disfungsi organ yang berbahaya bagi tubuh (Guntur, 2008).

b. Epidemiologi

Sepsis masuk 10 besar penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Sementara menurut WHO terjadi 10 juta kemaitan neonates akibat sepsis setiap tahunnya. Di Negara berkembang kasus kematian sepsis lebih tinggi dibandingkan di Negara maju. Angka kematian di Negara berkembang mencapai 12%-68% sedangkan di Negara maju hanya sekitar 10,3%. Ini dibuktikan dengan kasus yang ada di Indonesia. Angka kematian di Indonesia mencapai 11,56% hingga

49,9% dari kasus sepsis yang ada yaitu sebesar 9,7% hingga 30,29% (Aulia, 2003).

c. Patofisiologi

Sepsis terbagi menjadi dua yaitu sepsis dini dan sepsis lambat. Sepsis dini terjadi pada 5-7 hari pertama sedangkan untuk sepsis lambat lebih dari 14 hari. Bakteri / virus penyebab sepsis ini biasanya didapatkan dari persalinan dan melalui saluran genital. Mikroorganisme seperti listeria dan candida biasanya masuk ke janin melalui plasenta. Bayi baru lahir juga bisa terpapar organisme saat persalinan. Ketika ketuban pecah mikroorganisme akan mencapai cairan amnion sehingga bayi dapat terpapar flora normal vagina penyebab sepsis waktu lahir.

Penyakit dini sepsis biasanya ditandai dengan kejadian yang moderate – severe, dan berkembang secara cepat menjadi syok sepsis dengan angka kematian paling tinggi dibandingkan sepsis yang lain (Pusponegoro, 2000).

d. Etiologi

Sepsis biasanya disebabkan infeksi oleh bakteri. Sebesar 20-40 % dari kejadian sepsis disebabkan bakteri dan jamur. Hasil 70 % nya merupakan bakteri gram positif dan negative. Sedangkan sisanya disebabkan jamur atau beberapa campuran mikroorganisme. Penyebab paling sering dari sepsis adalah infeksi yang terjadi di saluran nafas dan urogenital. (Shapiro, 2010).

e. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang biasanya muncul pada awal serangan sepsis yaitu demam, cemas dan sesak nafas. Pada sepsis yang berat akan terjadi penurunan aliran darah, kekurangan oksigen, dan peningkatan kadar laktat dalam plasma (Fontana, 2007).

f. Tata Laksana Terapi

Ada beberapa cara penatalaksanaan terapi pada pasien sepsis, yaitu sebagai berikut:

1) Sepsis akut

Untuk sepsis akut tatalaksana terapi yang utama diberikan yaitu dengan tujuan menjaga tekanan darah dengan pemberian vasopresor. Vasopresor yang sering digunakan untuk terapi ini yaitu dopamine dan norepinephrine. Untuk terapi tambahan yang diberikan yaitu dengan penambahan cairan hidrasi seperti larutan kristaloid. Jika terjadi asidosis laktat dapat diperbaiki kondisinya dengan ventilasi mekanik. Sedangkan untuk pemberian antibiotik bisa digunakan antibiotik empiris sesuai dengan penyebab paling sering pada kasus sepsis.

2) Sepsis Kronik

Untuk terapi yang tepat pada sepsis kronik yaitu dengan penggunaan antibiotik berdasarkan penyebab sepsis yang diketahui dari hasil kultur yang dilakukan terhadap pasien.

Penggunaan antibiotik ini minimal diberikan selama dua minggu.

B. Farmakoekonomi

1. Definisi

Farmakoekonomi adalah ilmu yang mengukur biaya dan hasil yang diperoleh dihubungkan dengan penggunaan obat dalam perawatan kesehatan. Farmakoekonomi juga didefinisikan sebagai suatu deskripsi dan analisis dari biaya dan terapi dalam suatu pelayanan kesehatan, sementara itu lebih spesifiknya yaitu sebuah penelitian tentang proses identifikasi, mengukur, dan membandingkan biaya, resiko serta keuntungan dari suatu program pelayanan (Vogenberg, 2001).

Farmakoekonomi adalah suatu metode baru untuk mendapatkan pengobatan dengan biaya yang lebih efisien dan serendah mungkin tetapi efektif dalam merawat penderita untuk mendapatkan hasil klinik yang baik. Biaya yang dimaksud efisien dan serendah mungkin adalah biaya yang dibutuhkan semenjak pasien mulai menerima terapi sampai pasien sembuh dan bukan hanya dilihat dari biaya per item obat yang dikonsumsi pasien atau dengan kata lain metoda ini tidak hanya berhubungan dengan upaya mendapatkan biaya obat yang murah tetapi juga berhubungan dengan efisiensi obat, efisiensi peralatan, penyediaan dan monitoring obat ataupun proses yang berhubungan dengan pemberian obat-obatan (Vogenberg, 2001).

2. Metode Farmakoekonomi

a. *Cost Benefit Analysis* (Analisis Manfaat Biaya)

CBA adalah metode yang memungkinkan untuk identifikasi, pengukuran dan perbandingan manfaat dan biaya program atau pengobatan alternatif. CBA dapat digunakan ketika membandingkan pengobatan alternatif di mana biaya dan manfaat tidak terjadi secara bersamaan. CBA dapat digunakan ketika membandingkan program yang berbeda tujuan karena semua manfaat dikonversi ke dalam satuan mata uang. CBA dapat digunakan untuk mengevaluasi satu program atau membandingkan beberapa program (Trask, 2011).

b. *Cost Effectiveness Analysis* (Analisis efektifitas biaya)

Analisis efektifitas biaya adalah metode yang menganalisis manfaat kesehatan dan sumber daya yang digunakan oleh program perawatan kesehatan yang bersaing sehingga pembuat kebijakan dapat memilih antara program kesehatan tersebut. CEA ini digunakan untuk membandingkan program dengan manfaat yang dihasilkan. Untuk hasil akhir dari biaya diukur dalam unit uang dan hasil diukur dengan hasil terapi yang spesifik (Trask,2011).

c. *Cost Minimization Analysis* (Analisis Minimalisasi Biaya)

Analisis ini digunakan untuk menghitung biaya terendah dengan manfaat yang terbesar yang dihasilkan (Trask,2011).

d. *Cost Utility Analysis* (Analisis Kegunaan Biaya)

Analisis ini adalah salah satu metode untuk membandingkan biaya, kualitas, dan kuantitas hidup pasien per tahun. Biaya diukur dalam unit mata uang dan outcome terapi diukur dalam kualitas hidup

pasien tertimbang, bukan dalam unit fisik. Pengukuran utilitas yang sering digunakan yaitu kesesuaian kualitas hidup yang diperoleh per tahun (QALY). QALY adalah ukuran umum dari status kesehatan yang digunakan dalam CUA, yang menggabungkan morbiditas dan mortalitas data (Trask, 2011).

e. *Cost Analysis*

Cost analysis adalah analisis yang digunakan untuk mengevaluasi biaya. Hasil akhir yang dievaluasi adalah biaya pengobatan (Trask, 2011).

f. *Cost of Illness*

Cost of illness adalah salah satu analisis dalam bentuk evaluasi ekonomi dalam sektor pelayanan kesehatan. Untuk tujuan utama penggunaan analisis ini yaitu untuk mengevaluasi beban ekonomi dari suatu penyakit. Analisis ini dapat menggambarkan penyakit mana saja yang membutuhkan peningkatan sumber daya untuk meningkatkan terapi maupun pencegahan.

3. **Biaya Pelayanan Kesehatan**

Biaya pelayanan kesehatan adalah biaya yang digunakan dalam satu periode perawatan. Biaya ini terbagi dalam empat kategori yaitu :

a. *Biaya Medis Langsung (direct medical cost)*

Biaya medis langsung adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien terkait dengan pelayanan medis, yang digunakan untuk mencegah atau mendiagnosa suatu penyakit seperti obat yang

digunakan, lama perawatan dan tindakan yang diberikan. Kategori biaya-biaya medis langsung antara lain pengobatan, pelayanan pencegahan efek samping dan pelayanan pencegahan dan penanganan (Vogenberg, 2001).

b. Biaya Nonmedis Langsung (*direct nonmedical cost*)

Biaya nonmedis langsung adalah biaya yang dikeluarkan pasien yang tidak terkait dengan pelayanan medis misalnya, biaya transportasi pasien ke rumah sakit, biaya makan, dan biaya lainnya yang tidak diberikan langsung oleh pihak rumah sakit

c. Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*)

Biaya tidak langsung ini berhubungan dengan pengurangan produktivitas kerja pasien atau biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang karena pasien sakit. Sebagai contoh pasien kehilangan pendapatan yang biasanya didapatkan karena sakit, sehingga tidak dapat memberikan nafkah kepada keluarganya (Vogenberg, 2001).

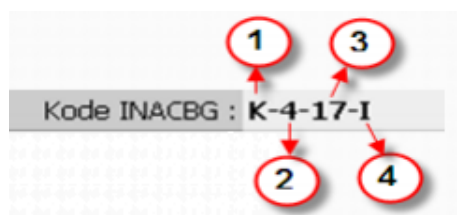
d. Biaya Tak Terduga (*Intangible cost*)

Biaya ini merupakan biaya yang dikeluarkan bukan hasil tindakan medis, dan tidak bisa diukur dalam mata uang. Biaya ini misalnya rasa nyeri, kehilangan kebebasan, suatu efek samping dan efeknya bersifat psikologis maka dari itu sulit dikonversikan ke mata uang (Vogenberg, 2001).

C. Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit mendapatkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis (Permenkes No. 27 Tahun 2014).

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem koding dari diagnosis akhir dan tindakan yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBGs sehingga dihasilkan 1.077 kelompok kasus yang terdiri dari 789 kelompok rawat inap dan 288 kelompok rawat jalan (Permenkes No. 27 Tahun 2014). Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :



Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)

Digit ke satu ini dikodekan dengan huruf alphabet A sampai Z berdasarkan sistem organ tubuh. Kode ini sesuai dengan kode ICD 10.

2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus

Digit kedua ini terdiri dari

- a. Group 1 = Prosedur rawat inap
- b. Group 2 = prosedur besar rawat jalan
- c. Group 3 = prosedur signifikan rawat jalan

- d. Group 4 = rawat inap bukan prosedur
 - e. Group 5 = rawat jalan bukan prosedur
 - f. Group 6 = rawat inap kebidanan
 - g. Group 7 = rawat jalan kebidanan
 - h. Group 8 = rawat inap neonatal
 - i. Group 9 = rawat jalan neonatal
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus. Pada digit ini digunakan angka dari 01-99
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan severity level
- Digit ke 4 ini terdiri dari :
- a. “0” rawat jalan
 - b. “1” ringan untuk rawat inap
 - c. “2” berat untuk rawat inap

Daftar paket tarif INA-CBG's 2016 menurut Permenkes No 64. Tahun 2016 untuk pasien *invasive diseases* di rumah sakit yang berada di Kabupaten Kulon Progo masuk pada regional 1 dengan data yang dapat dilihat pada tabel 3 untuk Rumah Sakit negeri tipe B dan tabel 4 untuk Rumah Sakit swasta tipe D.

Tabel 3 : Paket Tarif INA-CBG's *Invasive Diseases* Rumah Sakit Tipe B

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
J-4-16-I	Simple pneumonia and whooping cough (ringan)	3.508.000	4.209.600	4.911.200
J-4-16-II	Simple pneumonia and whooping cough (sedang)	4.929.600	5.915.500	6.901.500

J-4-16-III	Simple pneumonia and whooping cough (berat)	6.232.800	7.479.300	8.725.900
------------	---	-----------	-----------	-----------

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
G-4-19-1	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis (virus)(ringan)	3.587.900	4.305.500	5.023.100
G-4-19-II	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis virus)(sedang)	6.064.500	7.277.400	8.490.200
G-4-19-II	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis(virus)(berat)	7.962.400	9.554.800	11.147.300

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
A-4-10-I	Septikemia (ringan)	2.460.900	2.953.000	3.445.200
A-4-10-II	Septikemia (sedang)	4.204.200	5.045.000	5.885.800
A-4-10-III	Septikemia (berat)	5.668.600	6.802.300	7.936.000

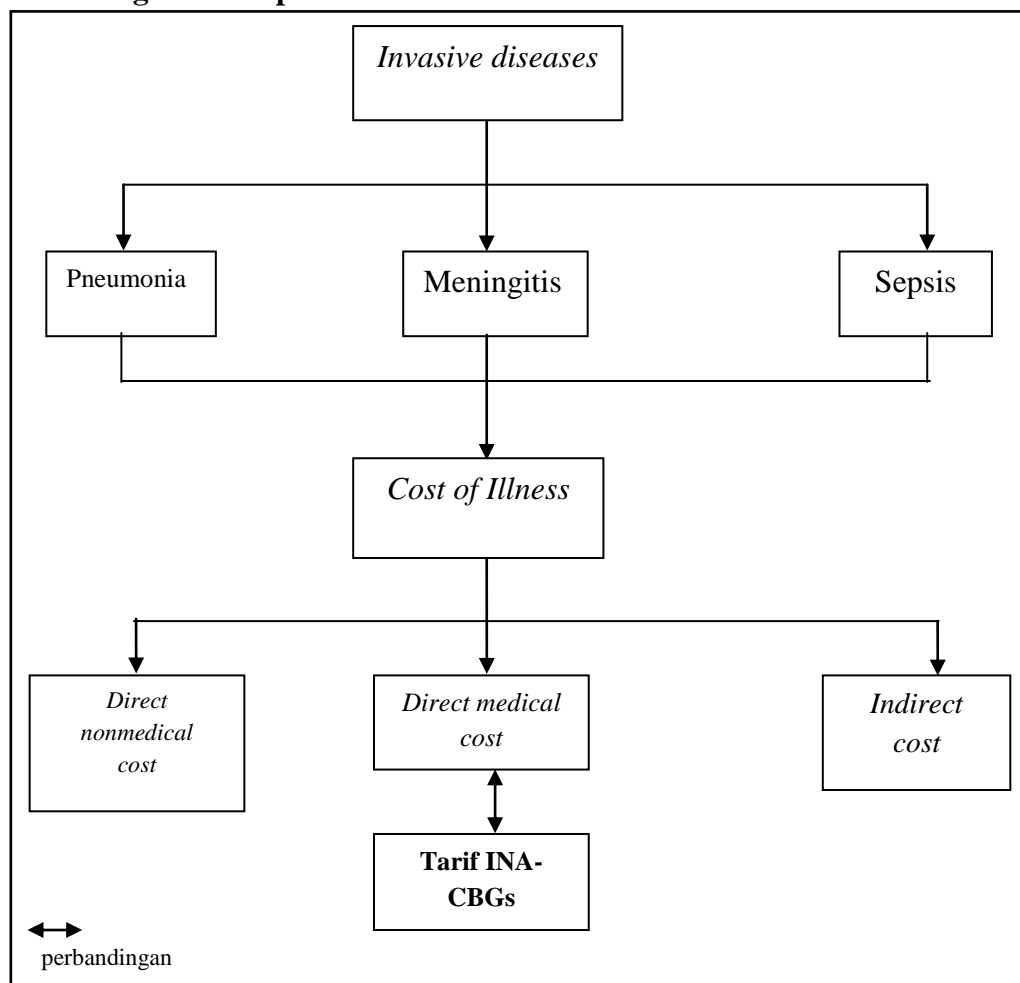
Tabel 4 : Paket Tarif INA-CBG's *Invasive Diseases* Rumah Sakit Tipe D

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
J-4-16-I	Simple pneumonia and whooping cough (ringan)	3.260.900	3.913.100	4.565.300
J-4-16-II	Simple pneumonia and whooping cough (sedang)	4.582.500	5.498.900	6.415.400
J-4-16-III	Simple pneumonia and whooping cough (berat)	5.793.800	6.952.600	8.111.300

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
G-4-19-1	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis (virus)(ringan)	2.465.900	2.959.100	3.452.300
G-4-19-II	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis virus)(sedang)	4.168.000	5.001.600	5.835.200
G-4-19-II	Infeksi non bakteri sistem persarafan (tidak termasuk meningitis(virus)(berat)	5.472.400	6.566.900	7.661.400

Kode INA-CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
A-4-10-I	Septikemia (ringan)	1.691.300	2.029.600	2.367.800
A-4-10-II	Septikemia (sedang)	2.889.500	3.467.400	4.045.200
A-4-10-III	Septikemia (berat)	3.895.900	4.675.100	5.454.300

D. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

E. Keterangan Empirik

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yuliantika (2018) yang berjudul Analisis Biaya Pengobatan *Invasive Disease* dan Perbandingan dengan Tarif INA CBG's di RSUD Sleman menyebutkan bahwa terdapat perbedaan secara signifikan antara tarif INA CBG's dengan biaya medis langsung dengan hasil lebih besar tarif INA CBG's dari pada biaya riil pada pasien *invasive disease* anak rawat inap di RSUD Sleman

