

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gastritis

1. Definisi dan Pembagian Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering dijumpai di klinik, karena diagnosis sering hanya berdasarkan gejala klinik pasien (Sudoyo, 2009).

1.1. Gastritis akut. Gastritis akut merupakan kelainan klinis akut yang jelas penyebabnya, dengan tanda-tanda yang khas. Biasanya ditemukan sel inflamasi akut dan neutrofil. Endotoksin bakteri (setelah menelan makanan terkontaminasi), kafein, alkohol dan aspirin merupakan agen pencetus. Infeksi *Helicobacter pylori* lebih sering dianggap sebagai penyebab gastritis akut. Organisme tersebut melekat pada epitel lambung dan menghancurkan lapisan mukosa lambung, meninggalkan daerah epitel yang gundul. Bentuk terberat dari gastritis akut disebabkan oleh mencerna asam atau alkali kuat, yang dapat menyebabkan mukosa menjadi ganggren atau perforasi (Brunner, 2001; Mansjoer, 2001; Prince, 2005).

1.2. Gastritis kronik. Gastritis kronik merupakan suatu peradangan bagian permukaan mukosa lambung yang menahun, karena peningkatan jumlah limfosit dan sel plasma pada mukosa lambung. Penyebab dari gastritis ini tidak jelas, sering bersifat multifaktor dengan perjalanan klinik yang bervariasi. Gastritis kronis terdiri dari dua tipe, yaitu gastritis kronis tipe A yang disebut juga

sebagai gastritis atrofik atau fundamental (karena mengenai fundus lambung). Penyakit ini merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal kelenjar lambung dan faktor interinsik dan berkaitan dengan tidak adanya sel parietal dan *chief cell*, yang menurunkan sekresi asam dan menyebabkan tingginya kadar gastrin. Anemia pernisiiosa seringkali dijumpai pada pasien karena tidak tersedianya faktor interinsik untuk mempermudah absorpsi vitamin B₁₂ dalam ileum dan gastritis kronis tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah antrum lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis tipe A. Gastritis kronis tipe B lebih sering terjadi pada penderita yang berusia tua. Penyebab utama gastritis tipe B adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter pylori*. Faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok dan refluks empedu kronis dengan kofaktor *Helicobacter pylori* (Mansjoer, 2001; Prince, 2005).

2. Patofisiologi

Patofisiologi dasar dari gastritis adalah gangguan keseimbangan faktor agresif (asam lambung, pepsin, AINS, empedu, infeksi virus, infeksi bakteri *Helicobacter pylori* dan bahan korosif asam dan basa kuat) dan faktor defensif (ketahanan mukosa, bikarbonat mukosa, prostaglandin mikosirkularis) yang berperan dalam menimbulkan lesi pada mukosa. Dalam keadaan normal, faktor defensif dapat mengatasi faktor agresif sehingga tidak terjadi kerusakan atau kelainan patologi. Membran mukosa lambung menjadi edema dan hiperemik (kongesti dengan cairan dan darah) dan mengalami erosi superfisial, bagian ini

mensekresi sejumlah getah lambung, yang mengandung asam tetapi banyak sedikit mukus. Ulserasi fisial dapat terjadi dan dapat menimbulkan hemoragi. Pasien dapat mengalami ketidaknyamanan, sakit kepala, malas, mual dan anoreksia, sering disertai dengan muntah dan cegukan. (Brunner, 2001; Manjoer, 2001).

3. Faktor resiko

Faktor-faktor penyebab gastritis antara lain :

3.1. Makanan dan minuman yang bersifat iritan. Makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein merupakan agen-agen penyebab iritasi mukosa lambung (Mutaqqin, 2011).

3.2. Rokok.Endogen prostaglanding mukosa lambung berperan penting dalam menjaga keutuhan mukosa, menjaga kerusakan mukosa pada manusia, merangsang produksi lendir lambung dan meningkatkan aliran darah mukosa lambung. Merokok mengurangi sintesis prostaglandin mukosa lambung dan mengurangi barir fungsi mukosa lambung. Interlekuin dan sitokinin ditemukan meningkat dalam mukosa lambung dari perokok, hal ini dapat menyebabkan peradangan lebih pada mukosa lambung dan meningkatkan terjadinya gastritis (Massarrat, 2008).

3.3. Alkohol. Minuman beralkohol seperti *whisky*, *vodka* dan *gin*. Terlepas dari jenis dan dosis, alkohol mempermudah berkembangnya penyakit refluks gastroesofagus dengan menurunkan tekanan dari sphincter esofagus bagian bawah dan motilitas esofagus. Fermentasi dan penyulingan minuman beralkohol suling meningkatkan kadar gastrin dan sekresi asam. Asam suksinat dan maleat

yang terkandung dalam minuman beralkohol tertentu juga merangsang sekresi asam. Dosis alkohol rendah mempercepat pengosongan lambung, sedangkan dosis tinggi menunda mengosongkan dan motilitas usus lambat. Alkohol memudahkan perkembangan gastritis kronis superfisial dan gastritis atrofi, meskipun belum terbukti menyebabkan ulkus peptik (Bujanda, 2000; Mutaqqin, 2011).

3.4. *Helicobacter pylori*. *Helicobacter pylori* adalah suatu bakteri yang menyebabkan peradangan lapisan lambung yang kronis (gastritis) yang ditandai dengan peresapan neutrofil ke permukaan epitel dengan perubahan degeneratif. *Helicobacter pylori* menyebabkan infeksi persisten dalam mayoritas individu yang terinfeksi (Vesalovic, 2003).

3.5. Obat-obatan. Obat anti-inflamasi nonsteroid (AINS) seperti (Aspirin, indometasin, ibuprofen), apabila dipakai secara terus menerus menimbulkan perdarahan mukosa lambung pada 70 % pemakai. Selain itu juga terdapat beberapa jenis obat seperti sulfonamida, steroid, kokain, agen kemoterapi, salisilat dan digitalis bersifat mengiritasi mukosa lambung (Wilda, 2009; Mutaqqin, 2011).

3.6. Trauma langsung lambung. Berhubungan dengan keseimbangan antara agresi dan mekanisme pertahanan untuk menjaga integritas mukosa, yang dapat menimbulkan respon peradangan pada mukosa lambung (Mutaqqin, 2011).

3.7. Usia. Usia merupakan faktor resiko yang lebih tinggi untuk menderita gastritis. Hal ini menunjukkan bahwa seiring dengan bertambahnya usia, maka cenderung memiliki infeksi *Helicobacter pylori* dari pada orang yang lebih muda (Vanella *et al*, 2001).

4. Diagnosa Gastritis

Untuk menegakkan diagnosa gastritis, dilakukan dengan berbagai macam tes, diantaranya (Anonim, 2004) :

4.1. Pemeriksaan darah. Pemeriksaan jumlah sel darah merah untuk melihat apakah mengalami anemia atau tidak, yang berarti bahwa jika tidak memiliki sel darah merah yang cukup, maka anemia dapat disebabkan oleh pendarahan dari perut seperti gastritis.

4.2. Pemeriksaan Feses. Tes ini dilakukan untuk memeriksa adanya darah dalam tinja, yang menunjukkan tanda pendarahan. Tes feses mungkin juga digunakan untuk mendeteksi keberadaan *Helicobacter pylori* dalam saluran pencernaan.

4.3. Endoskopi saluran cerna bagian atas. Endoskopi berupa tabung tipis yang berisi kamera kecil yang fleksibel, yang dimasukkan melalui mulut (atau kadang-kadang hidung) dan turun ke dalam esofagus, lambung dan bagian atas usus kecil untuk melihat lapisan perut. Alat ini digunakan untuk memeriksa peradangan dan jika ada yang mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel (*biopsy*) dari jaringan tersebut.

5. Tanda dan Gejala

5.1. Tanda dan gejala gastritis akut. Nyeri epigastrium, hal ini terjadi karena adanya peradangan pada mukosa lambung. Selain itu juga terjadi mual, kembung, muntah merupakan satu keluhan yang sering, hal ini dikarenakan adanya regenerasi mukosa lambung sehingga terjadi peningkatan asam lambung yang mengakibatkan mual hingga muntah. Dan juga ditemukan pula peradangan

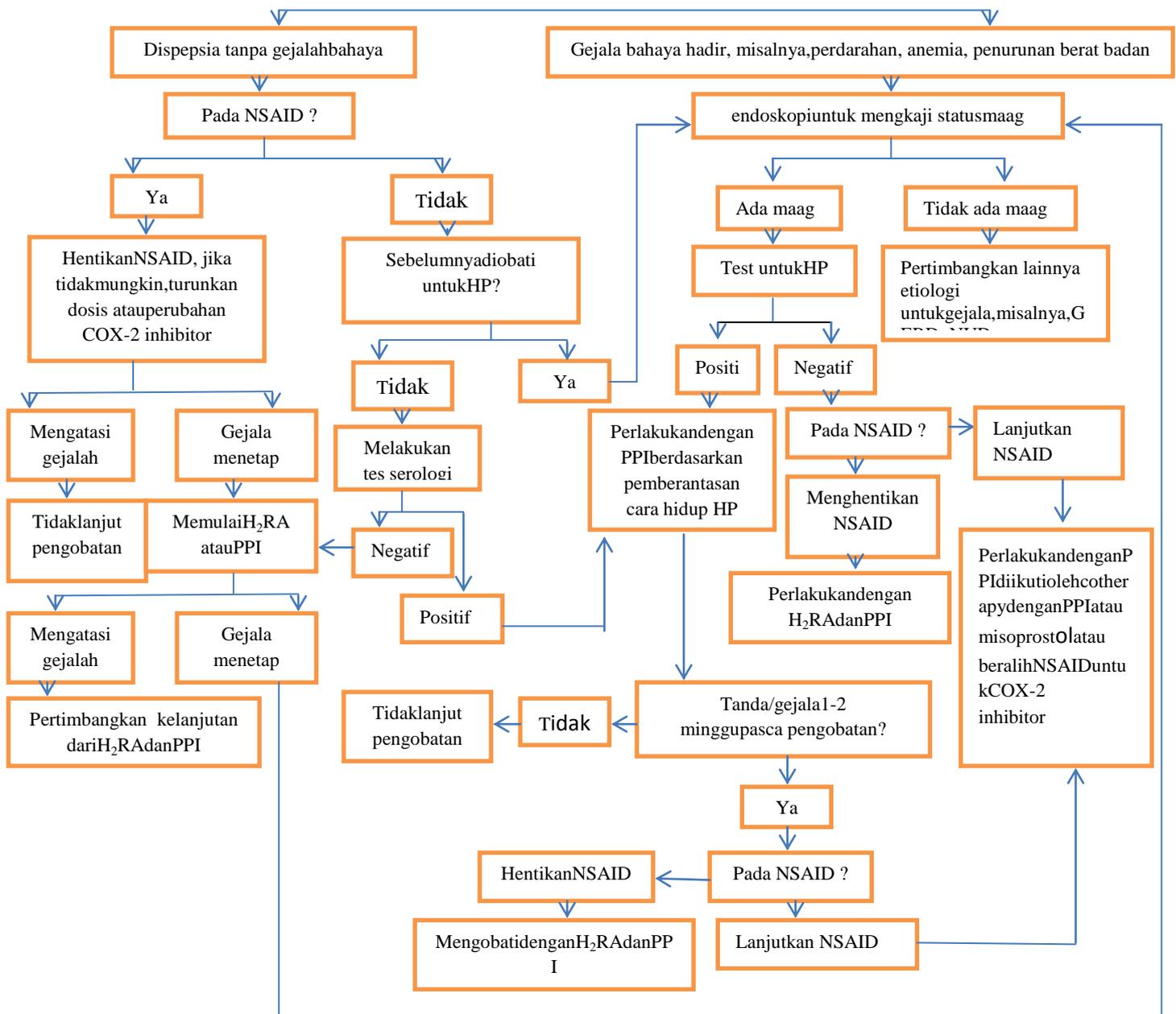
saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan (Mansjoer, 2001).

5.2. Tanda dan gejala gastritis kronik. Pada pasien gastritis kronik umumnya tidak mempunyai keluhan, hanya sebahagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, mual dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan (Mansjoer, 2001).

6. Tatalaksana Terapi

6.1. Terapi Non Farmakologi. Pasien dengan gastritis harus menghilangkan atau mengurangi psikologis stres, merokok dan penggunaan NSAID nonselektif (termasuk aspirin). Meskipun tidak ada diet anti ulser, pasien harus menghindari makanan dan minuman (misalnya, makanan pedas, kafein, dan alkohol) yang menyebabkan atau yang memperburuk gejala. Jika mungkin, dapat menggunakan obat alternatif seperti acetaminophen, non salisilat asetat (misalnya, salsalate) atau COX-2 inhibitor harus digunakan untuk menghilangkan rasa sakit (Dipiroet *al.*, 2008).

Pasien datang dengan gejala serupa ulkus (maag)



Gambar 1. Algoritma. Pedoman untuk evaluasi dan pengelolaan pasien yang timbul dengan gejala seperti dispepsia atau tukak. (COX-2, siklooksigenase-2, GERD, *H. pylori*, H₂RA, PPI, NSAID, NUD) (Dipiro *et al.*, 2008).

6.2. Terapi Farmakologi.

Pengobatan untuk gastritis harus sesuai dengan penyebabnya, untuk mengatasi *Helicobacter pylori* dengan menggunakan antibiotik (amoksisilin, klaritromisin, metronidazol dan tetrasiklin). Selain itu *Helicobacter pylori* juga dapat diatasi dengan menggunakan dua antibiotik dan

satu pompa proton inhibitor (*triple* terapi) adapun obatnya yaitu amoksisilin, klaritromisin dan omeprazole. Selain itu juga terdapat pengobatan *quadruple* terapi yaitu menggunakan tetrasiklin, metronidazole, bismut subsalisilat dan omeprazole. Pengobatan gastritis yang disebabkan oleh NSAID yaitu dengan menggunakan H₂-reseptor antagonis, PPI, atau sukralfat. Untuk mengurangi resiko akibat NSAID dengan menggunakan misoprostol atau PPI. Pompa proton inhibitor (omeprazol, esomeprazole, lansoprazole, rabeprazole, dan pantoprazole) digunakan untuk menghambat basal lambung dan mensekresi asam lambung. Antagonis H₂reseptor (simetidin, famotidin, nizatidine, dan ranitidin) untuk menekan atau menurunkan sekresi asam lambung. Sukralfat digunakan pada waktu perut kosong untuk mencegah mengikat diet protein dan fosfat. Prostaglandin (misoprostol) suatu analog sintesis prostaglandin, cukup menghambat sekresi asam dan meningkatkan pertahanan mukosa. Preparat bismuth (bismut subsalisilat) garam bismut yang memiliki efek antibakteri. Antasida menetralkan asam lambung, menonaktifkan pepsin, dan mengikat garam empedu. Aluminium yang mengandung antasida juga menekan *Helicobacter pylori* dan meningkatkan pertahanan mukosa (Dipiroet *al.*, 2008).

B. Biaya

Biaya adalah pengorbanan atau nilai sumber ekonomis yang dikeluarkan karena memproduksi atau melakukan sesuatu, atau pengeluaran untuk mendapatkan barang atau jasa, atau dengan kata lain sejumlah biaya yang

dikeluarkan selama pelayanan kesehatan. Adapun jenis-jenis biaya yaitu (Kuswadi, 2005; Gondodiputro, 2007):

- a. Biaya langsung (*direct cost*) merupakan biaya yang langsung dibebankan atau dikeluarkan oleh pasien atau biaya yang langsung untuk memberikan pelayanan, misalnya biaya obat, biaya reagen, biaya bahan medis habis pakai.
- b. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) merupakan biaya yang tidak dapat dibebankan secara langsung dengan pelayanan, misalnya biaya alat tulis, administrasi, transportasi dan sebagainya.
- c. Biaya tetap (*fixed cost*) adalah biaya yang jumlahnya tidak berubah dalam rentang waktu tertentu. Contohnya biaya menyewa gedung, dimana besarnya tidak berubah meskipun jumlah pasien hanya beberapa saja perhari.
- d. Biaya tidak tetap (*variable cost*) merupakan biaya yang dipengaruhi oleh jumlah produk yang dihasilkan (output). Misalnya biaya obat-obatan (besarnya akan berbeda bila jumlah pasien sedikit dibandingkan dengan jumlah pasien banyak).
- e. Biaya operasional merupakan biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan - kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat “habis pakai” dalam kurun waktu relatif singkat biasanya kurang dari satu tahun. Misalnya, makanan, telepon, air, listrik, pemeliharaan, pemasaran, bahan bakar, biaya perjalanan.
- f. Biaya total (*total cost*) merupakan jumlah total biaya tetap (*fixed cost*) dan total biaya tidak tetap (*variable cost*).

Analisis biaya adalah kegiatan yang mencakup analisis jumlah, sumber, dan komponen biaya dan pengalokasian serta penentuan biaya kesatuan. Analisis biaya kesehatan di rumah sakit ditujukan untuk menentukan informasi total biaya yang terjadi di suatu rumah sakit dan sumber pembiayaan beserta komponennya. Informasi lain adalah tentang biaya satuan layanan kesehatan dan penentuan biaya pemulihan dan metode penentuan tarif rumah sakit (Arifin, 2006).

Secara umum farmakoekonomi merupakan gambaran dan analisis biaya pada sistem pelayanan kesehatan. Prinsip farmakoekonomi adalah suatu sumber daya terbatas dan tersedia, harus digunakan untuk program yang memberi keuntungan terbesar bagi masyarakat banyak (Budiharto, 2008).

Adapun jenis evaluasi ekonomi yang dikenal yaitu :

1. *Cost-Minimization Analysis (CMA)*

Analisis cost-minimization merupakan analisis biaya yang hanya digunakan dalam situasi dimana alternatif manfaat pengobatan telah terbukti sama, dengan demikian, metode ini dianggap paling mudah untuk diterapkan (Haycox & Walker, 2009).

2. *Cost-Effectiveness Analysis (CEA)*

Analisis cost-effectiveness adalah tipe analisis yang membandingkan biaya suatu intervensi kesehatan untuk menilai sejauh mana biaya itu dianggap sebagai pemberian nilai uang (Phillips & Thompson, 2009).

3. *Cost-Benefit Analysis (CBA)*

Analisis cost-benefit adalah suatu pendekatan yang digunakan sebagai pedoman untuk pengambilan keputusan dalam proses penyusunan alokasi biaya kesehatan atau program lain untuk mempertimbangkan dampak produk dalam pelayanan kesehatan (Hafid, 2010).

4. *Cost-Utility Analysis (CUA)*

Analisis cost-utility merupakan standar baku penelitian dalam farmakoekonomi dan merupakan metode untuk evaluasi secara komprehensif dampak keseluruhan pengobatan dengan produk farmasi pada pasien dan jumlah biaya pelayanan kesehatan (Budiharto, 2008).

C. *Indonesia Sistem Case- Based Groups (INA-CBGs)*

Penjaminan pelayanan kesehatan, utamanya terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar, bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik. Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bersumber dari pemerintah yang merupakan dana bantuan sosial. Program Jamkesmas tahun 2011 dilaksanakan dengan beberapa perbaikan pada aspek kepersetaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian, sejak tahun 2010 telah dilakukan upaya perluasan cakupan, melalui penjaminan kesehatan masyarakat, dan Kementerian Kesehatan saat ini telah merencanakan jaminan kesehatan semesta pada akhir tahun 2014, sehingga nantinya seluruh penduduk Indonesia akan masuk dalam suatu sistem jaminan kesehatan masyarakat. Pada aspek pelayanan tahun 2010 diperkenalkan paket INA-DRGs versi 1.6 yang lebih

sederhana, lebih terintegrasi, serta mudah dipahami dan diaplikasikan, namun dengan demikian pada akhir tahun 2010 dilakukan perubahan pengguna software groupher dari INA-DRGs ke INA-CBGs (Anonim, 2011).

Sistem Case-mix adalah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan keterjangkauan, yang merupakan unsur-unsur dalam mekanisme pembayaran biayapelayanan kesehatan untuk pasien yang berbasis kasus campuran (Hosizah, 2012).

D. Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember

1. Pengertian dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu unit usaha jasa yang memberikan jasa pelayanan sosial di bidang medis klinis. Pengelolaan unit usaha rumah sakit memiliki keunikan tersendiri karena selain sebagai unit bisnis, usaha rumah sakit juga memiliki misi sosial, disamping pengelolaan rumah sakit juga sangat tergantung pada status kepemilikan rumah sakit. Misi rumah sakit tidak terlepas dari misi layanan sosial (Norvatiwi, 2012).

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan fungsi rumah sakit yaitu penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, penyelenggaraan penelitian dan pengembangan

serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Anonim, 2009^a).

Berdasarkan jenis pelayanan rumah sakit dibedakan menjadi dua yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit (Anonim, 2010).

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi (Anonim, 2010) :

- a. Rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 5 (lima) pelayanan spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis lain dan 13 (tiga belas) pelayanan medik sub spesialis.
- b. Rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik, 8 (delapan) pelayanan medik spesialis lainnya dan 2 (dua) pelayanan medik sub spesialis dasar.

- c. Rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar dan 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik.
- d. Rumah sakit umum kelas D, rumah sakit umum kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) pelayanan medik spesialis dasar.

2. Profil Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember

RSD dr. Soebandi kabupaten Jember merupakan rumah sakit kelas B non pendidikan yang ditetapkan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1162/Menkes/SK/IX/1992. RSD ini adalah unit pelaksana teknis kabupaten sehingga merupakan milik pemerintah kabupaten jember. Sejak tahun 1998 rumah sakit ini telah menjadi rumah sakit swadana daerah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 445.35 – 1140 tahun 1998 (Anonim, 2012).

RSD dr. Soebandi ditetapkan menjadi rumah sakit pusat rujukan untuk wilayah bagian timur Propinsi Jawa Timur meliputi empat kabupaten sekitar Jember yaitu kabupaten Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo, Lumajang dengan cakupan seluruh penduduknya sekitar 8 juta jiwa. Karena lokasinya yang cukup jauh 200 km dari rumah sakit pusat rujukan propinsi Jawa Timur yaitu RSUD dr. Soetomo Surabaya. Peningkatan status menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan sudah sangat mendesak karena pada saat ini Universitas Jember telah mendirikan Program Studi Pendidikan Dokter. Adanya ikatan kerjasama antara pemerintah kabupaten jember dengan Universitas Jember, bahwa RSD dr. Soebandi akan dijadikan rumah sakit pendidikan utama dan membangun jaringan dengan rumah

sakit sekitar kabupaten Jember sebagai rumah sakit pendukung, rencana kunjungan visitasi oleh DEPKES RI direncanakan pada akhir bulan Juni 2002 (Anonim, 2012).

Misi, visi, filosofi, budaya kerja dan motto dari rumah sakit dr Soebandi sebagai berikut (Anonim, 2012) :

a. Misi

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan serta penelitian kesehatan, menyelenggarakan manajemen rumah sakit yang mandiri secara efektif dan efisien, memberikan pelayanan kesehatan kepada segenap masyarakat secara menyeluruh dan bermutu, memberikan pelayanan rujukan kesehatan bagi rumah sakit dengan peralatan canggih.

b. Visi

Menjadi rumah sakit unggulan di wilayah Jawa Timur bagian timur, yang mandiri, mengikuti kemajuan IPTEK kesehatan, menyelenggarakan diklat kesehatan, serta mampu melayani segenap lapisan rumah sakit lain secara berdaya guna dan berhasil guna.

c. Filosofi

Penyelenggaraan RSD dr. Soebandi Jember berazaskan Pancasila dan UUD 1945, mengutamakan peri kemanusiaan yang berdasarakan Ketuhanan yang Maha Esa, manfaat, usaha bersama dan kekeluargaan, adil dan merata, peri kehidupan dalam keseimbangan serta kepercayaan akan kemampuan dan

kekuatan sendiri dimana kepentingan masyarakat lebih diutamakan daripada kepentingan individu.

d. Budaya kerja

Senyum, ramah, sopan, adalah budaya pelayanan kami.

e. Motto

Pelayanan cepat, tepat, bermutu, ramah dan manusiawi.

E. Landasan Teori

Gastritis adalah peradangan pada lapisan lambung, yang cukup umum dan bisa terjadi karena penyebab yang berbeda. Epidemiologi gastritis diseluruh dunia, disebabkan oleh infeksi *Helicobacter pylori*, yang mempengaruhi sekitar 50% dari populasi diseluruh dunia. Keterangan epidemiologi gastritis tidak tersedia secara jelas, namun kejadian gastritis diseluruh dunia secara sejajar konsisten sejajar dengan status sosial masyarakat. Adapun hal yang dapat menyebabkan peradangan lambung yaitu bisa disebabkan oleh *non-steroid anti-inflammatory drugs* (NSAID) seperti aspirin, ibuprofen, naproxen, yang digunakan dalam pengobatan, inflamasi bisa juga disebabkan oleh senyawa seperti (alkohol, asam, dan lain-lain) atau diet seimbang di mana terjadi kerusakan mukosa lambung oleh asam lambung, stres fisik jangka panjang dan atau mental yang mengakibatkan produksi asam lambung berlebihan dan juga karena infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme *Helicobacter pylori*. Ketika peradangan perut tidak diobati, dapat menyebabkan ulkus lambung atau dalam hal terburuk dapat menyebabkan kanker lambung. Tanda-tanda dan gejala gastritis tergantung

pada berapa lama penyebabnya. Jika terjadi tiba-tiba disebut gastritis akut. Gastritis dapat diobati dengan menggunakan beberapa macam obat, antara lain menggunakan penghambatan atau netralisasi asam lambung, diperlukan untuk mengobati gastritis dan tukak, misalnya seperti PPI, histamin tipe-2 reseptor antagonis, sukralfat, atau asam penetral seperti senyawa bismuth (co-diresepan untuk melindungi mukosa lambung). Tujuan terapi adalah untuk mencapai tingkat pH lambung di atas 4,5 atau bahkan di atas 6,0 untuk mengobati pendarahan (Marcialet *et al.*, 2011; Rugge *et al.*, 2011).

Pengobatan gastritis membutuhkan biaya. Analisis biaya layanan kesehatan pada suatu rumah sakit ditujukan untuk mendapatkan informasi total biaya yang terjadi disuatu rumah sakit dan sumber pembiayaan beserta komponennya. Informasi lain adalah tentang biaya satuan layanan kesehatan dan penentuan biaya pemulihan dan metode penentuan tarif layanan rumah sakit. Biaya rumah sakit terdiri dari biaya medik langsung (biaya yang dikeluarkan pasien secara langsung, yang berkaitan langsung dengan biaya pengobatan misalnya biaya rawat inap, biaya obat, biaya laboratorium, biaya dokter) dan biaya medis tidak langsung (biaya langsung yang tidak langsung berkaitan dengan pengobatan, seperti biaya transportasi, biaya konsumsi, biaya hilangnya waktu produktif karena pasien sakit atau menunggu anggota keluarga sakit ketika dirawat dirumah sakit) (Arifin, 2006).

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya. Pelaksanaan program Jamkesmas merupakan

upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, di mana pada aspek pelayanan diperkenalkan paket INA-CBGs. Sistem Casemix merupakan sistem pengklasifikasian penyakit yang menggabungkan jenis penyakit yang dirawat di RS dengan biaya keseluruhan pelayanan yang terkait sebagai metode pembayaran bagi penduduk miskin (Anonim, 2011; Hosizah, 2012).

F. Keterangan Empiris

Diharapkan pada penelitian ini, maka dapat diketahui pola pengobatan, biaya riil pengobatan, identifikasi faktor-faktor yang berpengaruh pada besarnya biaya pengobatan penyakit gastritis di RSD dr. Soebandi Jember dan diketahui kesesuaian biaya pengobatan pasien Jamkesmas dengan pembiayaan kesehatan berdasarkan INA-CBGs.