

**GAMBARAN PENGGUNAAN OBAT DAN BIAYA PENGOBATAN
PENYAKIT TBC PARU PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RSUD DOKTER
SOEDARSO BULAN SEPTEMBER – NOVEMBER TAHUN 2018**

Dani Suryaningrat, Emma Fitrasari
Akademi Farmasi Yarsi Pontianak Jl. Panglima Aim Pontianak
danisuryaningrat@gmail.com

ABSTRAK

Pengobatan TB paru merupakan program pemerintah yang cukup kompleks karena waktu pengobatan yang cukup panjang yang berkaitan dengan biaya yang di butuhkan. Tidak sedikit pemerintah mengeluarkan biaya pengobatan bagi pasien TBC terutama pasien BPJS. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran biaya pengobatan penyakit TBC Paru pasien BPJS rawat inap di RSUD Dokter Soedarso. Penelitian dilakukan melalui studi dokumentasi melalui pendekatan deskriptif. Data dikumpulkan secara retropektif dari data pasien TBC rawat inap di RSUD Dokter Soedarso. Hasil penelitian hasil yang diperoleh obat yang digunakan pasien TBC yaitu rifampisin, INH 300 mg tab, etambutol 500 mg tab, Pirazinamid 500 mg tab, streptomisin inj. Obat penunjang terdiri dari antibiotik, antiemetic, entiuulus, analgesic, mukolitik, suplemen, antihistamin, mukolitik, kortikosteroid, antifibrinolitik. Biaya pengobatan penyakit TBC pasien TB Paru pasien BPJS rawat inap rata-rata per pasien adalah obat TBC sebesar Rp. 50.156 (0.55%), obat penunjang sebesar 613.141 (16.77), BHP dan alkes sebesar 211.527 (5.78), IGD sebesar 122.895 (3.36 %), Rawat Inap sebesar 1.444.692 (39.53), Viste dokter sebesar 364.917(9.98 %), Lab sebesar 573.511(15.69%), dan Radiologi sebesar 273.712 (7.48%). Total biaya pengobatan per pasien TBC Paru sebesar 3.654.551.

Kata Kunci : Obat TBC, Biaya obat, Biaya rawat inap.

ABSTRACT

Pulmonary TB treatment is a government program that is quite complex because of the long treatment time associated with the required costs. Not a few governments spend medical expenses for TB patients, especially BPJS patients. This study was conducted to determine the cost of treatment for pulmonary tuberculosis in BPJS patients who are hospitalized at RSUD Doctor Soedarso. The research was conducted through a documentation study through a descriptive approach. Data were collected retrospectively from inpatient TB patient data at RSUD Dokter Soedarso. The results showed that the drugs used by TB patients were rifampin, INH 300 mg tab, ethambutol 500 mg tab, Pyrazinamide 500 mg tab, streptomycin inj. Supporting drugs consist of antibiotics, antiemetics, entiuulus, analgesics, mucolytics, supplements, antihistamines, mucolytics, corticosteroids, antifibrinolytics. The cost of

TB treatment for pulmonary TB patients with BPJS inpatients on average per patient is TB drugs of Rp. 50,156 (0.55%), supporting drugs 613,141 (16.77), BHP and medical equipment amounting to 211,527 (5.78), Emergency Room at 122,895 (3.36 %), Hospitalization by 1,444,692 (39.53), Doctor's Viste amounting to 364,917 (9.98 %), Lab of 573,511 (15.69%), and Radiology of 273,712 (7.48%). The total cost of treatment per pulmonary TB patient is 3,654,551.

Keywords: *TB drugs, drug costs, hospitalization costs.*

PENDAHULUAN

Undang-Undang Dasar 1945 menjamin bahwa setiap penduduk Indonesia berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan tanpa memandang kemampuan membayar. Untuk itu negara menjamin kesehatan setiap warganya, karena kesehatan adalah hak asasi manusia. Dalam system pelayanan kesehatan nasional, subsistem biaya pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi pelayanan yang akan diterima oleh masyarakat. Melalui pembiayaan yang dikelola oleh badan penyelenggara jaminan social, maka ada kewajiban masyarakat untuk turut serta memberikan kontribusi pembiayaan melalui iuran kecuali untuk masyarakat miskin.

Jumlah penduduk miskin dengan status kesehatan yang rendah masih sangat besar dan tekanan beban ganda penyakit semakin berat dengan meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif ditengah insidensi penyakit infeksi yang tinggi. Dengan masuknya berbagai teknologi baru yang umumnya lebih mahal, membuat biaya pelayanan kesehatan terus meningkat. Prioritas pelaksanaan kajian farmakoekonomi terutama pada penyakit yang mempunyai dampak besar terhadap biaya kesehatan. Kajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi obat yang menawarkan efektivitas lebih tinggi dengan harga lebih rendah sehingga secara signifikan memberikan efektivitas-biaya yang tinggi yaitu seperti pada penyakit TB Paru.

Laporan WHO tahun 2015 diperkirakan terdapat 10.4 juta kasus TB Paru pada tahun yang sama dimana kurang lebih 1,4 juta orang diantaranya meninggal dunia. Sekitar 2.8 juta kasus berada di wilayah India, dan Indonesia 1.02 kasus. Pada tahun 2012 diperkirakan terdapat 450 ribu orang yang menderita penyakit TB Paru dan 170 ribu diantaranya meninggal dunia. Pada tahun 2012 diperkirakan proporsi kasus TB Paru anak diantara seluruh kasus TB Paru secara global mencapai 6% atau 530 ribu pasien TB Paru anak pertahun atau sekitar 8% dari kematian yang disebabkan TB Paru.

Penyakit TB paru yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis* terjadi ketika daya tahan tubuh menurun. Menurut sudut pandang epidemiologi yang

melihat kejadian penyakit tuberculosis tidak terlepas dari keseimbangan faktor agent, host dan environment. Ketiga factor dapat ditelaah faktor resiko dari simpul-simpul tersebut. Indonesia berpeluang mencapai penurunan angka kesakitan dan kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya di tahun 2015. Jika dibandingkan dengan data tahun 1990. Angka prepalensi TB Paru yang pada tahun 1990 sebesar 443 per 100 ribu penduduk, pada tahun 2015 ditargetkan menjadi 280 per 100 ribu penduduk. Berdasarkan hasil survey prevalensi TB Paru tahun 2013 Prevalensi TB paru positif per 100 ribu penduduk umur 15 tahun ke atas sebesar 257. Sedangkan untuk Penyakit TB Paru yang terdapat di pontianak yaitu memasuki 10 besar yang ada di RSUD Dr. Soedarso dan penyakit TB Paru menduduki peringkat ke 2 dari 10 besar tersebut dengan jumlah rata-rata pertahunnya ± 300 pasien (RSUD Soedarso, 2018).

Pengobatan TB paru merupakan program pemerintah yang cukup kompleks karena waktu pengobatan yang cukup panjang yang berkaitan dengan biaya yang di butuhkan, adanya resiko penularan yang tinggi dan tingkat kepatuhan pasien yang harus di jaga agar tidak menimbulkan masalah besar seperti *multiple drug Resisten Tuberculosis* (MDR-TB) yaitu TB yang sudah resisten terhadap dua komponen obat utama lini pertama yaitu Rifampisin dan isoniazid. Analisis ekonomi untuk menghitung biaya pengobatan yang di lakukan dengan hasil terapi yang di peroleh tanpa membandingkan dengan metode lainnya dapat memberikan masukan bagi pemerintah tentang biaya pengobatan pasien TB yang meliputi biaya langsung dan biaya tidak langsung serta hasil terapi yang di hasilkan untuk kelangsungan program pengendalian TB dan upaya pencegahan terhadap terjadinya TB-MDR. Lebih dari 80% sumber pembiayaan pasien TB adalah pasien BPJS sedangkan sisanya dengan biaya sendiri (Sari dkk, 2017).

Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dan memiliki fungsi untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam UU Nomor 44 Tahun 2009 Pasal (4) :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan penelitian sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso dibangun tahun Anggaran 1969/1970, diresmikan pada tanggal 10 juli 1973 oleh Dirjen Pembinaan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Prof. Dr. Drajat Prawinegar. Saat diresmikan, bangunan fisik telah selesai kurang dari 15% dari master plan, dengan kapasitas 60 tempat tidur dan 27 orang pegawai dengan Rumah Sakit Umum Provinsi Sei Raya (RSUD Dr. Soedarso, 2015)

Berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 71 Tahun 2008 tentang tugas pokok, fungsi dan tata kerja Rumah Sakit Umum Daerah Soedarso, maka rumah sakit ini ditetapkan menjadi rumah sakit rujukan tertinggi tingkat provinsi dan sebagai lembaga Teknis Daerah (LTD) tipe kelas B pendidikan. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.05/III/3970/09 tentang penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak Kalimantan Barat ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, dalam hal ini bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak (RSUD Dr. Soedarso, 2015)

Ekonomi Kesehatan

Menurut UU Kesehatan tahun 2009 kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut Mills dan Gillson dalam Sayati (2015), mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berhubungan dengan hal-hal sebagai berikut:

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan
4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Menurut Klarman, Ilmu ekonomi kesehatan merupakan aplikasi ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan. Sedangkan menurut PPEKI, Ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Konsep Dasar Ekonomi Kesehatan

Ekonomi kesehatan merupakan aplikasi ilmu ekonomi untuk penentuan pilihan-pilihan dalam berbagai upaya kesehatan.

1. Pilihan bagaimana sumber daya dapat dimobilisasi (misal : pilihan antara peran pemerintah dan swasta, antara sistem asuransi dan pembayaran langsung, dll)
2. Pilihan jenis dan jumlah sumber daya yang dipergunakan
3. Pilihan antara jenis dan volume upaya yang dilakukan
4. Pilihan tentang distribusi dan utilisasi produk upaya tersebut oleh masyarakat

Kajian Ekonomi Kesehatan terbagi menjadi 2, yaitu :

1. Ekonomi mikro

Menganalisis program spesifik pada sektor kesehatan, yaitu *Supply* (analisis biaya, *cost effectif analisis (CEA)*, *cost benefit analisis (CBA)* dan Demand (asuransi, konsumsi, subsidi).

- a. Aspek produksi :

- 1) Menelaah biaya dari berbagai input program kesehatan : fasilitas, bahan-bahan, tenaga kesehatan,dll. Analisis biaya dari berbagai program dapat memberi gambaran tentang *cost effective* dan *cost efisien*.
- 2) Menelaah aspek pembiayaan secara keseluruhan : apa saja sumber biaya program kesehatan tertentu (pemerintah, swasta, *out of pocket payment,dll*), berapa besarnya, bagaimana trend-nya, bagaimana sistem mobilisasinya (asuransi, grant, anggaran pemerintah, dll)
- 3) Menelaah aspek aspek alokasi sumber daya tersebut : vertikal, antar program, antar mata anggaran program,dll

- b. Aspek konsumsi :

- 1) Menelaah pola penggunaan pelayanan kesehatan dan diferensiasinya menurut fasilitas, strata pendapatan, strata pendidikan, kota-desa, kelompok umur, pekerjaan, dll.
- 2) Menelaah bagaimana pengaruh faktor-faktor tertentu terhadap pola konsumsi pelayanan kesehatan ; tarif, subsidi, asuaransi kesehatan, pendapat, *opportunity cost*, dll.

2. Ekonomi makro

- a. Menelaah sektor kesehatan secara menyeluruh serta hubungannya secara timbal balik dengan sektor-sektor sosial ekonomi lainnya.
- b. Bertujuan : mengkuantifikasi kontribusi sektor kesehatan bagi pembangunan ekonomi.
- c. Dihitung „benefit“ sektor kesehatan dalam ukuran moneter
- d. Melihat apa pengaruh kebijakan dan pembangunan sektor lain terhadap derajat kesehatan.

Biaya dan Evaluasi Ekonomi.

Menurut AAA (*America Accounting Association*) yang dikutip oleh Lubis (2009), biaya adalah merupakan suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diukur berdasarkan nilai uang. Hal yang timbul dan mungkin timbul untuk mencapai satu tujuan tertentu. Biaya adalah nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu. Pengorbanan ini bisa berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan (Lubis, 2009).

Biaya (atau biaya peluang, *opportunity cost*) didefinisikan sebagai nilai dari peluang yang hilang sebagai akibat dari penggunaan sumberdaya dalam sebuah kegiatan (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Kemenkes RI (2013), secara umum biaya yang terkait dengan perawatan kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Biaya langsung, adalah biaya yang terkait langsung dengan perawatan kesehatan, termasuk biaya obat (dan perbekalan kesehatan), biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, penggunaan fasilitas rumah sakit (kamar rawat inap, peralatan), uji laboratorium, biaya pelayanan informal dan biaya kesehatan lainnya. Dalam biaya langsung, selain biaya medis, seringkali diperhitungkan pula biaya non-medis seperti biaya ambulan dan biaya transportasi pasien lainnya
2. Biaya tidak langsung, adalah sejumlah biaya yang terkait dengan hilangnya produktivitas akibat menderita suatu penyakit, termasuk biaya transportasi, biaya hilangnya produktivitas, biaya pendamping (anggota keluarga yang menemani pasien).
3. Biaya nirwujud (*intangible cost*), adalah biaya-biaya yang sulit diukur dalam unit moneter, namun sering kali terlihat dalam pengukuran kualitas hidup, misalnya rasa sakit dan rasa cemas yang diderita pasien dan/atau keluarganya
4. Biaya terhindarkan (*averted cost, avoided cost*), adalah potensi pengeluaran yang dapat dihindarkan karena penggunaan suatu intervensi kesehatan

Tuberculosis Paru

Tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan *mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh dapat

diserang olehnya, tapi paling banyak adalah paru-paru (padila, 2013). TB Paru merupakan suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan. Penyakit ini bersifat menahun dan dapat menular dari penderita kepada orang lain (Manurung dkk,2009).

Tuberculosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bagian bawah (koes irianto,2017). Jadi berdasarkan pengertian diatas penulis menarik kesimpulan bahwa tuberculosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat ditularkan dari saluran pernafasan dan saluran pencernaan serta droplet dari penderita

Menurut Huda & Kusuma (2016) Penyebab penyakit tuberculosis adalah bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Tuberculosis disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan adalah pasien tuberculosis Basil Tahan Asam positif (BTA positif) melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. Tuberculosis dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil (Depkes, 2016).

Tanda dan Gejala

Gejala akibat Tb yaitu demam 40-41⁰C, serta ada batuk/ batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, keringat malam, suara khas pada perkusi dada, peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit (Huda & Kusuma, 2016). Tanda dan gejala tuberculosis pada lansia, seperti perilaku tidak biasa dan perubahan status mental, demam, anoreksia, dan penurunan berat badan, basil tb dapat bertahan lebih dari 50 tahun dalam keadaan normal (Andra & Yessi, 2017).

Klasifikasi

Menurut Depkes (2011) ada empat klasifikasi Tb paru yaitu :

- a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena
 - 1) Tuberculosis paru adalah tuberculosis yang menyerang jaringan paru. Tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
 - 2) Tuberculosis extra paru yaitu tuberculosis yang menyerang selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.
- b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis
 - 1) Tuberculosis paru BTA positif
 - a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
 - b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorax dada menunjukkan gambaran tuberculosis.
 - c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.

- d) 1 atau lebih spesimen hasil dahaknya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- 2) Tuberkulosis paru BTA negatif
 - a) 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
 - b) Foto thorak abnormal sesuai gambaran tuberkulosis.
 - c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
 - d) Ditentukan oleh dokter untuk diberi pengobatan.
- c. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya
 - 1) Kasus baru
Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan. Pemeriksaan BTA bisa positif atau negatif.
 - 2) Kasus yang sebelumnya diobati
 - a) Kasus kambuh, Pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap.
 - b) Kasus setelah putus obat, Pasien yang telah berobat dan putus obat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
 - c) Kasus setelah gagal, Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
 - 3) Kasus pindahan
Pasien yang dipindahkan ke register lain untuk melanjutkan pengobatan.
 - 4) Kasus lain
Semua kasus tidak memenuhi ketentuan diatas seperti:
 - a) Tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya.
 - b) Pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya.
 - c) Kembali diobati dengan BTA negatif.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilaksanakan sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan laboratorium darah rutin: LED normal/ meningkat, limfosit.
- b. Pemeriksaan sputum BTA : untuk memastikan diagnostik tb paru, namun pemeriksaan ini tidak spesifik karena 30-70 % pasien dapat didiagnosis menggunakan pemeriksaan tersebut.
- c. Pemeriksaan radiologi : gambar foto thorak juga dapat membantu menunjang diagnosis TB Paru.

- d. Tes tubercolin : merupakan uji serologi imunoperoksida memakai alat histogen training untuk menentukan adanya igG spesifik terhadap basil TB (huda& kusuma, 2016).

Penatalaksanaan

Pengobatan TB paru pada orang dewasa dibagi dalam beberapa kategori, yaitu (Depkes RI,2011) :

- a. Kategori 1: 2HRZE/4H3R3

Selama 2 bulan minum obat INH, Rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap hari (tahap intensif) dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan rifampisin tiga kali dalam seminggu(tahap lanjutan).

Diberikan kepada :

- 1) Penderita baru TB paru BTA positif.
- 2) Penderita TB Paru ekstra Paru (TBC diluar paru-paru)berat.

- b. Kategori 2 : HRZE/5H3R3E3

Diberikan kepada :

- 1) Penderita kambuh.
- 2) Penderita gagal terapi.
- 3) Penderita dengan pengobatan setelah lalai minum obat.

- c. Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3

Diberikan kepada penderita BTA (+) dan rontgen paru mendukung aktif.

- d. Ketegori 4 : RHZES

Diberikan kepada kasus TB kronik.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian secara studi dokumentasi dengan rancangan penelitian yang bersifat deskriptif. Pengambilan data secara restropektif di RSUD Dr. Soedarso. Sampel penelitian jumlah pasien BPJS TB Paru yang dirawat inap pada periode September – November 2018 sebanyak 36 orang maka penulis mengambil semua populasi menjadi (sampel jenuh). Sampel jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiono, 2016).

- a. Kriteria Inklusi :

1. Pasien terdiagnosis TB
2. Pasien rawat inap bulan September – November 2018
3. Rekam medis yang lengkap dan terbaca

b. Kriteria Eksklusi :

Rekam medis yang tidak terbaca

Pengumpulan data dilakukan dengan mengamati rekam medik dan catatan pembiayaan pasien TB Paru rawat inap di RSUD Dokter Soedarso bulan September - November tahun 2018. Instrumen penelitian dalam penelitian ini Instrumen (alat) menggunakan format observasi dengan pengumpulan data, menggunakan data yang terdapat pada Rekam Medik dan catatan pembiayaan. Data yang dihasilkan dianalisa secara deskriptif dengan menggunakan hasil data yang telah didapat pada rekam medis. Disajikan dalam bentuk tabel dan dinarasikan.

Hasil Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso di bangun Tahun Anggaran 1969/1970, diresmikan pada tanggal 10 Juli 1973 oleh Dirjen Pembinaan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Prof. Dr. Drajat Prawinegara. Saat diresmikan, bangunan fisik telah selesai kurang 15% dari master plan, dengan kapasitas 60 tempat tidur dan 27 orang pegawai dengan nama Rumah Sakit Umum Provinsi Sei Raya (RSUD Dr. Soedarso, 2015).

Berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 71 Tahun 2008 tentang Tugas Pokok, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Soedarso, maka rumah sakit ini ditetapkan menjadi rumah sakit rujukan tertinggi tingkat Provinsi dan juga sebagai lembaga Teknis Daerah (LTD) tipe Kelas B Pendidikan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.05/III/3970/09 tentang penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak Kalimantan Barat ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, dalam hal ini bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak (RSUD Dr. Soedarso).

Distribusi Jenis Kelamin

Karakteristik Pasien TB Paru berdasarkan jenis kelamin di RSUD. Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan barat dapat dilihat pada tabel 4.3 di bawah ini :

Tabel 4.3 Distribusi Jenis Kelamin Pasien TB Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode September-November Tahun 2018.

No	Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	Persentase %
1	Laki-laki	28	77,77
2	Perempuan	8	22,22
	Total	36	100

(Sumber : Data sekunder, 2018)

Berdasarkan tabel 4.3 di atas didapatkan hasil, menunjukkan TB Paru lebih banyak diderita oleh laki-laki dengan persentase 77,77 %. Tingginya kejadian TB Paru pada laki-laki disebabkan karena laki-laki kebiasaan sering merokok yang menyebabkan gangguan pada sistem imunitas saluran pernafasan lebih rentan untuk terinfeksi. Gangguan pada sistem imunitas saluran pernafasan tersebut dapat berupa mukosiliar akibat racun asap rokok serta menurunkan respon terhadap antigen, sehingga meningkatkan kerentanan terjadinya tuberkolosis paru (Susilayanti,2014).

Distribusi Umur

Karakteristik pasien TB Paru berdasarkan kelompok umur di RSUD. Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan barat dapat dilihat pada gambar 4.5 di bawah ini :

Tabel 4.5 Distribusi Umur Pasien TB Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode September – November Tahun 2018

Kelompok Umur	Jumlah Pasien	Persentase %
9 Tahun – 14 Tahun	1	2,77%
15 Tahun – 20 Tahun	1	2,77%
21 Tahun – 26 Tahun	1	2,77%
27 Tahun – 32 Tahun	1	2,77%
33 Tahun – 38 Tahun	6	16,66%
39 Tahun – 44 Tahun	7	19,44%
45 Tahun – 50 Tahun	19	52,77%
Total	36	100%

(Sumber : Data sekunder (2018))

Berdasarkan gambar di atas, pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa TB Paru paling banyak diderita oleh pasien kelompok umur 45 – 50 tahun sebanyak 19 dengan persentase sebesar 52,77 %. Pada pasien umur tersebut mempunyai kekebalan menurun seiring dengan proses menua maka seluruh fungsi mengalami penurunan, kemampuan untuk melawan kuman micobacterium tuberculosis sehingga kuman dengan mudah masuk kedalam tubuh lansia (Andayani,2017)

Lama Waktu Rawat Inap

Distribusi Lama Waktu Rawat Inap Pasien TB Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soedarso Pontianak Periode September-November 2018 dilihat pada gambar 4.2 di bawah ini :

Tabel 4.3 Distribusi Lama Waktu Rawat Inap Pasien TB Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode September-November Tahun 2018.

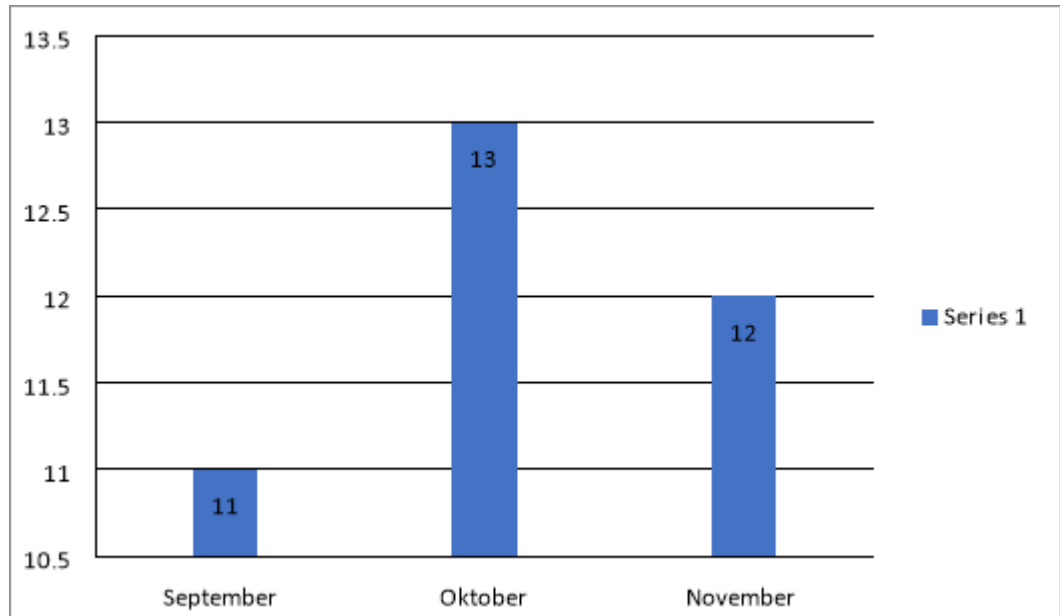
No	Lama perawatan	Jumlah pasien	Persentase %
1.	1 hari	1	2,77 %
2.	2 hari	1	2,77 %
3.	3 hari	6	16,76 %
4.	4 hari	2	5,55 %
5.	5 hari	4	11,11 %
6.	6 hari	2	5,55 %
7.	7 hari	4	11,11 %
8.	8 hari	5	13,88 %
9.	9 hari	2	5,55 %
10.	11 hari	2	5,55 %
11.	12 hari	2	5,55 %
12.	13 hari	1	2,77 %
13.	14 hari	1	2,77 %
14.	15 hari	1	2,77 %
15.	16 hari	1	2,77 %
17.	30 hari	1	2,77 %
	Jumlah	36	100 %

(Sumber : Data sekunder, 2018)

Data mengenai lama rawa inap pasien TB Paru dapat dilihat pada tabel 4.3 diatas. Jumlah pasien yang dirawat paling lama adalah 30 hari dengan total 1 pasien dengan persentase 2,77 % dari 36 pasien. Adapun jumlah pasien yang dirawat paling sedikit adalah 1 hari dengan total 1 pasien dengan persentase 2,77 % dari 36 pasien TB Paru. Diagnosa utama pasien tersebut adalah TB Paru.

Data Jumlah Pasien Tb Paru

Adapun data hasil penelitian terhadap jumlah pasien rawat inap Tb Paru, dapat di lihat pada grafik 4.1



(Sumber : Data sekunder, 2018)

Gambar 4.1 Grafik Jumlah pasien TB Paru Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Periode September - November Tahun 2018

Berdasarkan grafik 4.1 dapat diamati bahwa jumlah pasien rawat inap TB Paru pada periode September – November tahun 2018 adalah 36 pasien, dengan pasien tertinggi pada bulan Oktober dengan Jumlah 13 pasien dan pasien terendah pada bulan September 11 pasien. Jumlah pasien TB Paru dari bulan September sampai November tahun 2018 sangat fluktuatif dengan hasil yang berbeda setiap bulan-nya.

Pola Pengobatan

Adapun tabel pola pengobatan pasien TB Paru dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini:

Tabel 4.1 Jenis Obat TB Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode September-November Tahun 2018.

Golongan Obat	Jenis Obat	Persentasi Jenis Obat	Jumlah pasien
Antibiotik	Rifampisin 450-2600 mg	69 %	27
	INH 300 mg	33 %	12
	Etambutol 500 mg Tab	63 %	26
	Pirazinamid 500 mg Tab	58 %	23
	Streptomisin Inj	5 %	2

(Sumber : Data sekunder, 2018)

Pada hasil penelitian berdasarkan jenis obat antibiotik yang digunakan oleh pasien TB Paru di RSUD Dr. Soedarso Pontianak diperoleh hasil terbanyak yaitu penderita yang menerima terapi antibiotic, antibiotic adalah zat-zat kimia yang dihasilkan oleh mikroorganisme hidup terutama fungi dan bakteri tanah yang memiliki khasiat mematikan atau menghambat pertumbuhan banyak bakteri sedangkan toksisitasnya terhadap manusia relative kecil, berdasar kegiatannya, antibiotic dibagi menjadi dua golongan besar yaitu (Anonim, 1992) : Antibiotik yang mempunyai kegiatan luas (*broad spectrum*) yaitu antibiotika yang dapat mematikan bakteri gram positif dan negatif. Sedangkan golongan selanjutnya yaitu antibiotic yang mempunyai kegiatan sempit (*narrow spectrum*) antibiotika golongan ini hanya aktif terhadap beberapa jenis bakteri. Termasuk antibiotika *narrow spectrum* adalah streptomisin. Adapun jenis antibiotic yang digunakan pasien Tb RSUD Dr. Soedarso adalah Rifampicin dengan persentase 69 %, dimana antibiotika yang mempengaruhi metabolisme asam deoksiribonukleat (Sastramiharja, 1997), INH 33 %, Etambutol 63 %, Pirazinamid 58 %, dan Streptomisin 5 %. Obat TB utama (*first line*) saat ini adalah rifampicin, INH, pirazinamid, etambutol, dan streptomisin. Rifampicin dan INH merupakan obat pilihan utama dan ditambah dengan pirazinamid, etambutol, dan streptomisin (Anonim, 2005).

Tabel 4.2 Jenis Obat TB Paru (Penunjang) di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode September-November Tahun 2018.

No	Golongan Obat	Jenis Obat	Persentasi Jenis Obat	Jumlah Pasien
1	Antibiotik	Cefixime	17%	6
		Levofloxacin	5%	2
		Seftriaxon	66%	24
		Seftazidin	3%	1
		Meropenem	3%	1
		Metrinidazole	10%	4
		Sefotaxim	25%	10
2.	Antiemetik	Vit B 6	35%	13
		Ondasetron	17 %	6
3.	Antasida, Antirefluks, dan Antiulkus	Lansoprazole	10 %	4
		Ranitidin	79 %	28
		OMZ	7 %	3
		Sucralfate Syr	12 %	5
4.	Mukolitik	Ambroxol	20 %	8
		GG	23 %	9
		Codein Tab	76 %	30
5.	Analgesik Opioid	Mst Continus Tab	25 %	10
		Tramadol Inj	25 %	10
		Curcuma Tab	5 %	2
6.	Suplemen Makanan	Curcuma Tab	5 %	2
		Loratadin	5 %	2
7.	Antihistamin	Cetirizin	5 %	2
		Dexametason	17 %	6
8.	Kortikostroid	Metilprednisolone	5 %	2
		Kloderma	3 %	1
		Asam Traneksamat	20 %	8
9.	Antifibrinolitik	Vitamin K	5 %	2
		Paracetamol	25 %	10
		Antrain Inj	3 %	1
10	Analgesik dan Antipiretik			

(Sumber : Data sekunder, 2018)

Data hasil penelitian berdasarkan cara pemberian obat antituberkulosis menunjukkan bahwa total pemberian obat terbanyak yaitu secara oral. Obat diberikan secara oral dengan tujuan memudahkan dalam pemberian, menghindari pemberian obat yang

menyebabkan nyeri, menghindari pemberian obat yang menyebabkan kerusakan kulit dan jaringan, dan proses absorpsi lebih lambat sehingga bila terjadi efek samping dari obat tersebut dapat diatasi (Ambrawati, 2012).

Obat TB adalah obat program antibiotik yang dipakai utama sedangkan obat penunjang adalah obat supportif tambahan atau diluar dari dari diagnosa TB. Jadi pasien yang dirawat ternyata ada beberapa yang mengalami komplikasi penyakit, maka timbulnya obat penunjang. Ada beberapa pasien TB yang dirawat inap tidak mendapatkan obat program atau obat TB dikarenakan adanya kebijakan rekonsiliasi obat (Akreditasi Rumah Sakit MPO) yaitu proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan obat (*Medication Error*) seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Kesalahan obat (*Medication Error*) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain, antar ruang perawatan serta pada pasien yang keluar dari rumah sakit pelayanan kesehatan primer dan sebaliknya. (Akreditasi Rumah Sakit MPO)

Analisis Biaya

Biaya pasien TB Paru yang diidentifikasi adalah, biaya IGD, Lab, Obat, Rawat Inap, BHP dan Alkes, Radiologi, dan Visite dokter. Pada tabel 4.6 di bawah ini :

Tabel 4.6 Biaya Pasien Tb Paru di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak Periode Juli-Oktober Tahun 2018.

Jenis Biaya Langsung	N=36		
	Jumlah Biaya	Biaya Perpasien	Rata-rata persentase biaya (%)
Obat TB	Rp. 1.805.604	Rp. 50.156	1,37 %
Obat Penunjang	Rp. 22.073.114	Rp. 613.141	16,72 %
BHP & Alkes	Rp. 7.614.974	Rp. 211.527	5,78 %
IGD	Rp. 4.424.220	Rp. 122.895	3,36 %
Rawat Inap	Rp. 52.008.903	Rp. 1.444.692	39,53 %
Visite Dokter	Rp. 13.137.020	Rp. 364.917	9,98 %
Lab	Rp. 20.646.388	Rp. 573.511	15,69 %
Radiologi	Rp. 9.853.623	Rp. 273.712	7,48 %
Total	Rp. 131.563.846	Rp. 3.654.551	100

(Sumber : Data sekunder, 2018)

Dari tabel 4.4 dapat dilihat rata-rata besar total biaya langsung setiap jenisnya pada pasien TB Paru. Diketahui biaya terbesar perpasien rawat inap adalah Rp .

1.444.692,- dengan rata-rata persentase biaya 39,53 % dan biaya terkecil adalah obat yaitu Rp. . 50.156,- dengan rata-rata persentase biaya 1,37 % perpasien.

Total biaya pengobatan TB Paru berdasarkan hasil yang didapat di RSUD Dr. Soedarso periode September-November tahun 2018 dengan metode pembayaran *direct cost* adalah Rp 131.563.846. Dari hasil penelitian tabel 4.6 rata-rata biaya pasien TB Paru di RS. Soedarso yaitu sebesar Rp. 3.654.551 perpasien Dengan adanya biaya yang masih ditanggung oleh pasien tampaknya keseimbangan peningkatan subsidi pemerintah belum mencukupi dan perlu dikaji kembali dalam penentuan besarnya subsidi untuk beberapa tahun selanjutnya. Adanya krisis ekonomi pada tahun ini sangat dirasakan oleh pasien yang tergolong kurang mampu.

Biaya terbesar yang harus dikeluarkan pasien adalah biaya rawat inap disebabkan karena penggunaan alat medis yang sangat mahal. Semakin canggih/mahah alat yang digunakan dalam pemeriksaan penunjang, semakin mahal pula biaya yang harus dikeluarkan pasien. Biaya jasa dokter (*visite dokter*) merupakan biaya yang diberikan kepada dokter sebagai imbalan setelah melakukan pemeriksaan dan menetapkan diagnosa. Biaya rata-rata jasa dokter pasien TB Paru yaitu sebesar Rp. 364.917 sedangkan untuk rata-rata biaya IGD yaitu sebesar Rp . 122.895. Untuk biaya penunjang yang diberikan kepada pemerintah yaitu sebesar Rp 4260.700 (RSUD Soedarso)

Dari data diatas terlihat bahwa pasien dengan diagnosa TB Paru ternyata biaya obatnya lebih kecil bila dibandingkan obat-obat penunjang dan pembiayaan-pembiayaan lainnya, hal ini dikarenakan obat program TB dengan harga yang murah.

KESIMPULAN

Hasil penelitian hasil yang diperoleh obat yang digunakan pasien TBC yaitu rifampisin, INH 300 mg tab, etambutol 500 mg tab, Pirazinamid 500 mg tab, streptomisin inj. Obat penunjang terdiri dari antibiotik, antiemetic, entulcus, analgesic, mukolitik, suplemen, antihistamin, mukolitik, kortikosteroid, antifibrinolitik. Biaya pengobatan penyakit TBC pasien TB Paru pasien BPJS rawat inap rata-rata per pasien adalah obat TBC sebesar Rp. 50.156 (0.55%), obat penunjang sebesar 613.141 (16.77), BHP dan alkes sebesar 211.527 (5.78), IGD sebesar 122.895 (3.36 %), Rawat Inap sebesar 1.444.692 (39.53), Viste dokter sebesar 364.917(9.98 %), Lab sebesar 573.511(15.69%), dan Radiologi sebesar 273.712 (7.48%). Total biaya pengobatan per pasien TBC Paru sebesar 3.654.551.

DAFTAR PUSTAKA

- Analisa Biaya Tuberculosis Paru Kategori Satu Pasien Dewasa Di Rumah Sakit di DKI Jakarta, Jurnal Kefarmasian Indonesia vol 8,2017
- Amin Hudan N dan Hardhi Kusuma 2015. NANDA NIC NOC Aplikasi Asuhan Keperawatan Beradsarkan Diagnose Medis Jilid 2 Yogyakarta. Mediacion
- Anonim, 2005. Pharmaceutical Care Untuk Penyakit TB. Depkes RI. Jakarta
- Anonim. 1992. Pedoman Penanggulangan Antibiotik Nasional Edisi1. Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI. Jakarta
- Arfan Ikhsan Lubis. 2019. Akuntansi Keperilakuan Edisi 2, Penerbit Salemba Jakarta
- Enny Ratna Ambarwati. Pemberian Obat Per Oral
<https://id.scribd.com/doc/99061168/Pemberian-Obat-Per-Oral>
- Irianto, Koes (2014). Epidemiologi Penyakit Menular Dan Tidak Menular. Bandung Alfabeta
- Kemenkes RI 2011. Survei Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Tuberkolosis (PST-TB) Indonesia 2010. Jakarta. Kemnekes RI.
- Kemenkes RI Direktorat P2PL. 2014. Pengendalian Nasional Tuberberkolosis. Jakarta. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2016 Permenkes No. 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkolosis . Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, Tuberkolosis: Temukan Dan Obati Sampai Sembuh. Pusat Data dan Informasi, Kemenkes, Jakarta, 2017
- Klarman, (1999). Herbert E. J. O Perancis “Cost Effectiveness Analysis Applied to The Treatment of Chronic Renal Disease” Medical Care.
- Manurung, S, Suratun, Paula K, Ni L,. 2009. Asuhan Keperawatan Gangguan System Pernapasan Akibat Infeksi. Jakarta. Trans Info Media
- Mills, anne and lucy Gilson . 1990. Ekonomi Kesehatan Negara-Negara Berkembang Terjemahan. Jakarta, Dian Rakyat
- Padila, (2013) Asuhan Keperawtan Penyakit Dalam, Yogyakarta, Nuha Medika.
- Republik Indonesia, Kepmenkes RI No.510/Menkes/SK/IV/2010 Tentang Pedoman Harga Pengadaan Obat Anti Tuberkolosisi-FDC, Jakarta, 2010
- Sastramiharja. S. 1997. Penggunaan Obat Yarnng Rasional Ditempat Pelayanan Kesehatan. Majalah Kedokteran Indonesia. Edisi 8 No. Jakarta
- Sugiyono,Prof,DR. 2009. Statistika Untuk Penelitian. Bandung: Alfabet