



Analisis Biaya Berdasarkan Persepsi Pasien Pada Penderita Parkinson Di Rsud Dr. M. Ashari Pemalang

Istiana¹, Musa Fitri Fatkhiya², Gita Ulistanti³

^{1,2,3} Universitas Pekalongan

Jl. Sriwijaya No.3, Bendan, Kec. Pekalongan Barat

Kota Pekalongan, Jawa Tengah

Korespondensi Penulis: Musafitri29@gmail.com

Abstract. Parkinson's is a long-term neurodegenerative disease characterized by movement disorders and rest tremors. Parkinson's disease cannot be cured and can only be treated using medication and therapy. Long-term treatment will directly affect the patient economically. In addition to the costs incurred for medication, Parkinson's patients can also lose productivity due to leaving work due to symptoms of the disease. This study aims to determine cost analysis based on the perceptions of patients with Parkinson's, namely direct costs and indirect costs. Direct costs consist of medical costs while indirect costs consist of lost productivity costs. This research used a descriptive observational design by collecting data from medical records and interviews with patients. Data is analyzed to see the magnitude or average of direct costs, namely direct medical and non-medical costs and indirect costs, namely loss of productivity. The results of this research were that there were 23 samples consisting of 70% men or 16 people and 30% women or 7 people. The direct medical costs with the highest cost component are examination costs with an average of Rp. 12,130, the average drug cost is Rp. 64,503, the average cost of nursing care is IDR. 64,500. Direct non-medical costs with the highest cost component are transportation costs on average Rp. 20,652, average consumption costs Rp. 16,965. Indirect costs in this type of loss of productivity with an average of Rp. 1,388,894. The research results can be concluded that direct medical costs are the highest costs compared to direct non-medical costs and indirect costs.

Keywords: *Cost analysis, Parkinson's, Patient perception,*

Abstrak Parkinson adalah penyakit neurodegenerative jangka panjang yang ditandai dengan gangguan pergerakan, dan tremor saat istirahat. Penyakit parkinson belum bisa disembuhkan dan hanya bisa di lakukan penanganan menggunakan obat dan terapi. Pengobatan yang dilakukan jangka panjang akan mempengaruhi pasien secara ekonomi secara langsung. Selain biaya yang dikeluarkan untuk obat, pasien Parkinson juga dapat kehilangan produktivitas karena meninggalkan pekerjaan akibat gejala dari penyakitnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis biaya berdasarkan persepsi pasien penderita parkinson yaitu biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung terdiri dari biaya pengobatan sedangkan biaya tidak langsung terdiri dari biaya hilangnya produktivitas. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif observasional dengan pengambilan data dari rekam medik dan wawancara kepada pasien. Data dianalisis untuk melihat besar atau rata-rata biasa langsung yaitu biaya medis langsung maupun non medis langsung dan biaya tidak langsung yaitu hilangnya produktivitas. Hasil penelitian ini adalah terdapat 23 sampel yang terdiri dari laki-laki 70% atau sebanyak 16 orang dan Perempuan sebesar 30% atau sebanyak 7 orang. Biaya medis langsung dengan komponen biaya tertinggi adalah biaya pemeriksaan dengan rata-rata Rp. 12.130, biaya obat rata-

rata Rp. 64.503, biaya asuhan perawat rata-rata Rp. 64.500. Biaya non medis langsung dengan komponen biaya tertinggi yaitu biaya transportasi rata-rata Rp. 20.652, biaya konsumsi rata-rata Rp. 16.965. Biaya tidak langsung pada jenis hilangnya produktivitas dengan rata-rata Rp. 1.388.894. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa biaya medis langsung merupakan biaya tertinggi dibandingkan biaya non medis langsung dan biaya tidak langsung.

Kata kunci: Analisis biaya, Parkinson, Persepsi pasien,

LATAR BELAKANG

Parkinson adalah penyakit yang mengganggu pergerakan dan keseimbangan tubuh penderita. Parkinson termasuk kedalam penyakit degenerative yang menyerang system saraf setelah Alzheimer. Penyakit parkinson pertama kali dijelaskan oleh James parkinson pada 1817 dengan ciri-ciri *bradikinesia* (melambatnya gerak anggota tubuh), kekakuan dan tremor, dan disertai gejala mental. Penyakit parkinson pada umumnya menyerang orang dengan usia 40-70 tahun (Suharti, 2020). Prevalensi penyakit Parkinson adalah 100 sampai 200 per 100.000 orang dengan perkiraan kejadian tahunan 15 per 100.000 dan prevalensi ini akan meningkat seiring bertambahnya usia (Qonita et al., 2022).

Penyakit parkinson tidak dapat disembuhkan, namun kondisi ini dapat ditangani dengan membantu pasien agar dapat menjalankan kehidupan sehari-hari dengan lebih baik. Pengobatan Parkinson yang dilakukan dalam jangka panjang menyebabkan pasien Parkinson harus mengeluarkan biaya untuk pengobatan dan terapi rawat jalan lainnya. Selain itu penderita Parkinson juga kehilangan produktivitas karena meninggalkan pekerjaannya akibat dari serangkaian gejala yang dialami oleh penderita Parkinson.

Sehingga latar belakang pada penelitian ini adalah untuk melihat biaya berdasarkan persepsi pasien parkinson seperti biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung meliputi biaya obat, biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, biaya penggunaan fasilitas rumah sakit, biaya laboratorium, dan biaya kesehatan lainnya. Biaya tidak langsung meliputi biaya transportasi, biaya makan pasien dan keluarga pasien, biaya hilangnya produktivitas pasien mulai dari waktu, dan biaya yang hilang selama meninggalkan pekerjaan.

KAJIAN TEORITIS

Penyakit Parkinson adalah gangguan gerak pada system saraf yang bersifat jangka panjang yang disebabkan oleh kematian neuron kematian neuron dopaminergic disubstansia nigra. Penyakit parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif progresif yang dicirikan dengan gangguan mototrik (seperti bradikinesia, tremor istirahat, kekuatan, dan instabilitas postural), onset gejala asimetri, dan respon yang baik untuk levodopa (Suharti, 2020). Prevalensi penderita parkinson diperkirakan kurang lebih 876.665 orang dengan total kematian akibat dari penyakit parkinson indonesia menempati urutan ke-12 di dunia dan peringkat ke-5 di Asia dengan prevalensi 1.100 kematian pada tahun 2002 (Rifky, 2020).

Penyebab Parkinson belum diketahui secara pasti. Berdasarkan penyebabnya, penyakit terbagi menjadi beberapa jenis, diantaranya Parkinson idiopatik (primer), Parkinson simtomatik (sekunder) yang merupakan gejala Parkinson akibat penggunaan obat, Parkinson plus (multiple system degeneration), dan Parkinson heredodegenerative (HAMIDAH, 2016). Penyakit parkinson diawali oleh gejala yaitu seperti tremor, yang disebabkan oleh hambatan pada aktivitas gamma motoneuron, tremor terjadi pada saat istirahat dan dapat menghilang pada saat tidur. Gejala lain seperti rigiditas, disebabkan oleh peningkatan tonus pada otot antagonis dan otot protagonis dan terdapat pada kegagalan inhibisi aktivitas motoneuron otot protagonis dan otot antagonis sewaktu gerakan. Bradikinesia, menyebabkan berkurangnya ekspresi muka serta mimik dan gerakan spontan berkurang sehingga wajah mirip topeng, kedipan mata berkurang, menelan ludah berkurang sehingga ludah keluar dari mulut. Gerakan volunter menjadi lamban sehingga gerak asosiatif menjadi berkurang misalnya : sulit mulai berjalan, lamban mengenakan pakaian atau mengkancingkan baju, lambat mengambil suatu obyek, bila berbicara gerak bibir dan lidah menjadi lamban (Robert Silitonga, 2007).

Penderita parkinson melakukan pengobatan secara farmakologi seperti Levodopa yang merupakan precursor dopamin yang dapat menembus *Blood Brain Barrier*. Levodopa umumnya ditambah dengan karbidopa yang merupakan inhibitor dekarboksilase perifer (PDI). sehingga memungkinkan untuk distribusi levodopa memberikan manfaat antiparkinson terbesar untuk tanda-tanda dan gejala motorik. Secara umum efek terapi levodopa untuk memperbaiki rigiditas, akan tetapi kurang efektif untuk mengatasi tremor dan gangguan keseimbangan. Terapi dengan levodopa

dimulai pada dosis rendah dan dinaikkan dosisnya perlahan-lahan. MAO (*Monoamine oxidase*)-B inhibitor dapat dipertimbangkan untuk pengobatan awal penyakit. Obat ini memberikan manfaat perbaikan gejala yang ringan, memiliki profil efek samping yang baik. Menurut penelitian Cocharane, MAO-B inhibitor telah meningkatkan indikator kualitas hidup sebesar 20-25% dalam jangka panjang. Agonis dopamin bekerja dengan menstimulasi dopamin reseptor di substansia nigra dan efektif untuk memperlambat munculnya komplikasi motorik seperti diskinesia jika dibandingkan dengan levodopa. Agonis dopamin dapat digunakan untuk mengatasi gejala motorik pada tahap awal dan kurang baik untuk mengatasi gejala motorik pada stadium akhir (Gunawan et al., 2017).

Menurut Hoehn dan Yahr, penderita parkinson memiliki perjalanan penyakit diantaranya : Stadium 1, gejala dan tanda pada satu sisi, terdapat gejala yaitu ringan. Stadium 2, terdapat gejala bilateral, terdapat kecacatan minimal, sikap/cara berjalan terganggu. Stadium 3, gerak tubuh nyata melambat, keseimbangan mulai terganggu saat berjalan/berdiri, disfungsi umum sedang. Stadium 4, terdapat gejala yang lebih berat, masih dapat berjalan hanya untuk jarak tertentu, rigiditas dan bradiginesia, tidak mampu berdiri sendiri, tremor dapat berkurang dibandingkan stadium sebelumnya. Stadium 5, stadium kakhetik (*cachcactic stage*), kecacatan total, tidak mampu berdiri dan berjalan walaupun dibantu, melakukan perawatan tetap (Hamidah, 2016).

Penyakit Parkinson adalah salah satu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan hanya dapat dikontrol dengan konsumsi obat dan terapi lainnya sehingga terdapat biaya yang terus menerus untuk dikeluarkan. Analisis biaya ini termasuk dalam analisis farmakoekonomi yaitu *cost analisis*, merupakan metode atau cara untuk menghitung besarnya pengorbanan (biaya *cost*) dalam unit moneter (rupiah) baik yang langsung atau tidak langsung untuk mencapai tujuan (Dini Indriani et al, 2023). Biaya langsung meliputi biaya obat, biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, penggunaan fasilitas rumah sakit (rawat inap dan peralatan lain), uji laboratorium, dan biaya kesehatan lainnya. Biaya tidak langsung meliputi biaya transportasi, biaya hilangnya produktifitas termasuk anggota keluarga yang menemani pasien. *Cost Minimization Analysis* adalah suatu metode yang digunakan untuk menganalisis biaya dan membandingkan antara dua atau lebih intervensi yang menunjukkan ekivalen dalam outcome atau konsekuensinya. *Cost Effectiveness Analysis* adalah suatu pendekatan yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengukur,

dan membandingkan biaya yang mempunyai perbedaan yang signifikan dan akibat dari suatu intervensi alternatif (Andayani, T. M., 2013).

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan adalah jenis penelitian kuantitatif dengan pengambilan data secara deskriptif observasional. Model pendekatan subjek pada penelitian ini menggunakan model retrospektif. Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD Dr.M.Ashari Pemalang pada bulan juni sampai dengan agustus 2023 dengan jumlah 23 responden. Peneliti menerapkan kriteria inklusi yaitu pasien yang menjalani rawat jalan dengan usia lebih dari 25 tahun dan siap mengikuti wawancara. Kriteria eksklusi yaitu pasien yang tidak teratur rawat jalan (kontrol). Penelitian ini menggunakan cara pengumpulan data melalui metode wawancara dengan menggunakan *form cost analysis* yang berisi persepsi pasien, yaitu biaya tidak langsung yang meliputi : biaya hilangnya biaya produktivitas, biaya transport, hilangnya pekerjaan, biaya makan. dan berupa data dari rekam medik yang berisi identitas pasien parkinson di RSUD Dr.M.Ashari Pemalang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan sampel sejumlah 23 responden. Penelitian ini akan membahas mengenai karakteristik pasien, analisis biaya persepsi pasien terdiri dari biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung meliputi biaya medis langsung dan non medis langsung sedangkan biaya tidak langsung adalah biaya hilangnya produktivitas pada saat penderita meninggalkan pekerjaan. Karakteristik pasien berdasarkan usia, jenis kelamin dan pengobatan untuk Parkinson terdapat pada tabel berikut.

Tabel I. Karakteristik pasien penelitian berdasarkan usia, jenis kelamin, dan Terapi obat parkinson

Karakteristik	Responden	
	Jumlah	%
Usia		
44-58 tahun	4	17,39
60-78 tahun	19	82,61
Jenis kelamin		

Laki-laki	16	69,57
Perempuan	7	30,43
Jenis terapi		
Monoterapi	2	8,70
Kombinasi		
2 obat	7	30,43
3 obat	14	60,87
Terapi obat PD		
Levopar	19	39,58
Triheksifenidil	19	39,58
Pramifrol	10	20,83

Karakteristik pasien berdasarkan usia penelitian ini yaitu sebanyak 4 pasien pada rentang usia 44-58 tahun dengan rata-rata 17,3%, dan sebanyak 19 pasien pada rentang usia 60-78 tahun dengan rata-rata 82,6%. Penyakit parkinson umumnya terjadi pada usia 40-70 tahun dengan rata-rata usia diatas 55 tahun dan jarang dibawah usia 30 tahun maupun usia 80 tahun (Rifky, 2020). Dari tabel hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa Sebagian besar sampel penderita Parkinson adalah responden yang berusia 60-78 tahun sebanyak 19 orang atau 93%. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Qonita et al., 2022) menunjukkan bahwa rata-rata penderita parkinson adalah usia 61 tahun. Meskipun banyak terjadi pada usia lanjut namun penyakit ini tidak menuntut kemungkinan terjadi pada usia muda. Hal ini dihubungkan dengan gaya hidup penderita parkinson seperti kebiasaan makan-makanan yang tidak sehat juga menjadi faktor penyebab terjadinya penyakit parkinson. Hal ini menunjukkan bahwa penuaan menjadi salah satu faktor resiko terjadinya penyakit parkinson. Pertambahan usia mungkin memicu hilangnya sel saraf (neuron) pada bagian SNc yang menjadi penanda terjadinya parkinson (Hamidah, 2016). Degenerasi sel dopaminergik tersebut kemungkinan disebabkan oleh produksi radikal bebas oksigen yang berlebihan, akumulasi protein yang disebut dengan badan Lewy mengandung a-synuclein dan ubiquitin), disfungsi proteosomal dan lisosomal, disfungsi mitokondria, serta inflamasi pada mikroglia (Barcia, 2013).

Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin penelitian ini yaitu sebanyak 16 pasien berjenis kelamin laki-laki dengan rata-rata 69,5% dan sebanyak 7 pasien berjenis kelamin perempuan dengan rata-rata 30,4%. Hasil penelitian menunjukkan dari 23 responden menunjukkan bahwa penderita parkinson lebih banyak terjadi pada laki-laki. Penelitian (Qonita et al., 2022) juga menunjukkan bahwa laki-laki lebih mendominasi dari pada perempuan dengan penderita parkinson (72,3%). Menurut (Suharti, 2020) penyakit parkinson lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Hal ini karena jenis kelamin adalah salah satu faktor risiko penyakit parkinson. Penyakit ini sering terjadi pada laki-laki dari perempuan dengan rasio 3:2 seiring dengan meningkatnya angka harapan hidup, maka insiden dari penyakit neurodegeneratif, seperti penyakit parkinson akan meningkat. Risiko lebih tinggi laki-laki dibandingkan perempuan belum dapat diketahui dengan jelas penyebabnya, tetapi kemungkinan dikarenakan faktor hormonal estrogen yang berperan neuroprotektif pada perempuan dan exposure bahan kimia serta kerentanan gen resesif kromosom X pada laki-laki yang berhubungan dengan risiko penyakit parkinson lebih tinggi.

Berdasarkan jenis obat monoterapi sebanyak 2 pasien dengan rata-rata 8,70%, pada kombinasi obat 2 sebanyak 7 pasien dengan rata-rata 30,43%, kombinasi obat 3 sebanyak 14 pasien dengan rata-rata 60,87%. Berdasarkan data pada tabel I dapat di lihat bahwa setiap pasien dapat menerima lebih dari 1 macam obat parkinson atau kombinasi. Pasien mendapatkan terapi kombinasi yaitu seperti obat levopar, triheksifenidil dan pramifrol. Kombinasi triheksifenidil dan pramifrol diberikan sebagai terapi lanjutan kepada pasien usia < 60 tahun yang memiliki gejala tremor dominan daripada pemberian kombinasi dengan levopar karena pada pasien tersebut lebih cepat mengalami komplikasi fluktuasi motorik yang merupakan efek penggunaan levopar jangka panjang (Hamidah, 2016). Levopar dapat diberikan pada pasien usia < 60 tahun bila dengan peningkatan dosis triheksifenidil atau pramifrol yang digunakan, gejala parkinson yang dialami belum membaik. Pada kombinasi obat triheksifenidil – levopar sebanyak 9 pasien, kombinasi obat pramifrol – triheksifenidil sebanyak 2 pasien, kombinasi obat levopar – triheksifenidil - pramifrol sebanyak 7 pasien, kombinasi obat pramifrol – levopar sebanyak 3 pasien, dan 2 pasien lagi tidak mendapatkan kombinasi obat. penambahan obat pramifrol pada pasien pengguna levopar dapat dilakukan sebagai salah satu terapi fluktuasi motorik yang telah terjadi pada pasien parkinson. Selain itu, kombinasi

pramifrol – levopar lebih sesuai diberikan kepada pasien lansia dari pada kombinasi triheksifenidil – levodopa karena efek samping obat triheksifenidil dapat terjadi karena akumulasi beberapa obat yang memiliki efek tiheksifenidil (misal levopar) (Hamidah, 2016). Bila gejala parkinson yang dialami masih belum membaik dengan terapi kombinasi dua jenis, maka kombinasi tiga jenis antiparkinson bila pasien tersebut belum atau tidak mendapat perbaikan gejala parkinson yang optimal saat penggunaan dua jenis antiparkinson.

Karakteristik pasien berdasarkan penggunaan obat yang paling banyak digunakan adalah obat levopar dan triheksifenidil dengan rata-rata 39,5%, 1 pasien bisa mendapatkan lebih dari 1 obat dan sebanyak 10 pasien mendapatkan terapi obat pramifrol dengan rata-rata 20,8%. Levopar lebih dominan menjadi terapi gold standart dalam mengobati penyakit parkinson. Levopar merupakan precursor dopamin yang dapat menembus *Blood Brain Barrier*. Levopar menjadi dopamin dalam sirkulasi sistemik, sehingga memungkinkan untuk distribusi levopar memberikan manfaat antiparkinson terbesar untuk tanda-tanda dan gejala motorik, dengan efek samping paling sedikit dalam jangka pendek. Efek terapi levopar untuk memperbaiki rigiditas. Levopar yang diubah menjadi dopamin di otak akan meningkatkan kadar dopamin otak, levopar dapat mengurangi tremor, kaku dan gerakan lambat pada orang dengan idiopatik parkinson disease (Gunawan et al., 2017).

Pemberian triheksifenidil sebagai pencegahan, menurut para ahli adalah dengan tujuan untuk mencegah efek samping yang ditimbulkan obat-obat antipsikotik konvensional seperti gejala parkinson, serta kekakuan otot-otot alat gerak yang bisa disebut sindrom ekstrapiramidal. Selain itu, efek samping dari triheksifenidil yang bekerja menghambat reseptor asetilkolin muskarinik dapat berupa gejala-gejala sebagai berikut : pandangan mata menjadi kabur, konstipasi, produksi air liur berkurang, fotofobia, berkurangnya produksi keringat, hipertermia, sinus takikardi, retensi urin, penurunan daya ingat, mencetuskan asma, mencetuskan glaukoma sudut sempit, menimbulkan hambatan ejakulasi, menimbulkan retrograt ejakulasi dan dapat menimbulkan delirium hingga koma. Oleh karena itu dengan diketahuinya berbagai efek samping yang dapat ditimbulkan akibat penggunaan obat triheksifenidil, maka WHO mengeluarkan sebuah konsensus yang memberi panduan tentang penggunaan

triheksifenidil tersebut (Rahaya & Cahaya, 2016). Sedangkan pramifrol bekerja dengan menstimulasi dopamin reseptor di substansia nigra dan efektif untuk memperlambat munculnya komplikasi motorik seperti diskinesia jika dibandingkan dengan levodopa. Pramifrol dapat digunakan untuk mengatasi gejala motorik pada tahap awal dan kurang baik untuk mengatasi gejala motorik pada stadium akhir. Efek samping seperti mengantuk, halusinasi, edema, dan gangguan kontrol impuls (Gunawan et al., 2017).

A. Analisis Biaya Berdasarkan Persepsi Pasien

Analisis biaya persepsi pasien bertujuan untuk melihat besarnya biaya medis langsung, biaya non medis langsung dan biaya tidak langsung pada pasien penderita parkinson di RSUD Dr.M.Ashari Pemalang. Biaya medis langsung yang diukur yaitu biaya rawat jalan yang terdiri biaya pemeriksaan, biaya obat, biaya asuhan perawat (Urfiyya et al., 2022). Biaya non medis langsung yang diukur dalam penelitian ini adalah biaya transportasi yaitu biaya yang dihabiskan oleh penunggu untuk pulang pergi dari rumah menuju rumah sakit, dan biaya konsumsi yaitu biaya yang dihabiskan bagi penunggu atau keluarga pasien saat rawat jalan. Sedangkan biaya tidak langsung yang diukur dalam penelitian ini adalah biaya hilangnya produktivitas akibat ketidakhadiran kerja pasien atau penunggu pasien saat menjalani rawat jalan (Fatkhia et al., 2021).

1. Analisis Biaya Medis Langsung

Biaya medis langsung adalah biaya yang terkait langsung dengan layanan kesehatan. Biaya medis langsung yang terdiri dari biaya pemeriksaan, biaya obat, dan biaya asuhan perawat.

**Tabel II. Biaya medis langsung pada pasien parkinson di RSUD Dr.M.Ashari
Pemalang**

Komponen biaya	total	rata-rata tiap pasien
Biaya pemeriksaan	Rp. 279.000	Rp.12.130
Biaya obat	Rp. 1.483.584	Rp. 64.503
Biaya asuhan perawat	Rp. 1.483.500	Rp. 64.500

Biaya medis langsung yang merupakan biaya tertinggi adalah biaya obat sebesar Rp. 64.503 dibandingkan biaya pemeriksaan dan biaya asuhan perawat. Biaya jasa perawat merupakan biaya tertinggi nomor dua sebesar Rp. 64.500. Biaya terendah yaitu biaya pemeriksaan sebesar Rp. 12.130. biaya obat nilainya paling tinggi dikarenakan pasien setiap kontrol akan mendapatkan beberapa macam obat terutama pada pasien yang mempunyai penyakit tambahan selain parkinson, oleh karena itu biaya obat menjadi biaya tertinggi karena pasien mengeluarkan biaya obat yang berjumlah besar. Pada biaya asuhan perawat menjadi biaya tertinggi kedua karena pada saat kunjungan ulang (kontrol) memerlukan asuhan perawat yang membantu dokter dalam menangani penanganan lain pada pasien dikarenakan pasien memiliki penyakit lain selain parkinson, penanganan lain yang biasa dilakukan perawat seperti cek gula darah, tensi darah dan sebagainya, oleh karena itu pasien mengeluarkan biaya asuhan perawat cukup besar. Sedangkan biaya pemeriksaan menjadi biaya terendah dikarenakan, pasien menjalankan pemeriksaan rawat jalan tanpa menjalankan perawatan dari dokter, hanya memerlukan pemeriksaan dari dokter dan melakukan konsultasi. Pada saat pemeriksaan tidak memerlukan waktu yang cukup lama tidak seperti rawat inap yang harus menjalankan pemeriksaan dan perawatan yang lama.

Pada biaya obat dihasilkan nilai yang paling tinggi dibandingkan biaya pemeriksaan dan biaya jasa perawat, dikarenakan pasien mendapatkan beberapa macam obat pada saat kontrol oleh sebab itu, pasien mengeluarkan biaya obat dengan jumlah yang besar. Pada biaya asuhan perawat menjadi biaya tertinggi kedua dikarenakan pada saat kontrol pasien memerlukan asuhan perawat yang membantu dokter dalam menangani penanganan lain yang dibutuhkan setiap masing-masing pasien, oleh sebab itu pasien mengeluarkan biaya asuhan perawat yang cukup besar. Sedangkan pada biaya pemeriksaan dmenjadi biaya terendah dikarenakan pasien menjalankan pemeriksaan rawat jalan yang hanya dibutuhkan pemeriksaan dan konsultasi dokter tanpa harus menjalankan perawatan seperti rawat inap oleh sebab itu, biaya yang dikeluarkan tidak banyak atau sedikit.

B. Analisis Biaya Non Medis Langsung (*Direct non Medical Cost*)

Biaya non medis langsung (*direct non medical cost*) adalah biaya yang harus dikeluarkan secara langsung yang terkait langsung dengan hilangnya produktivitas akibat menderita suatu penyakit. Biaya yang termasuk didalamnya adalah biaya produktivitas, biaya transportasi, dan biaya konsumsi untuk keluarga pasien dan penunggu pasien selama rawat jalan. Berikut biaya non medis langsung yang meliputi biaya produktivitas, biaya transportasi dan biaya konsumsi bagi penunggu pasien yang telah disesuaikan dengan waktu dan nilai uang.

Tabel III. Biaya Non Medis Langsung Pada Pasien Parkinson Di RSUD DR.M Ashari Pemalang

Biaya non medis langsung	total	rata-rata
Biaya transportasi	Rp. 475.000	Rp. 20.652
Biaya konsumsi	Rp. 390.000	Rp. 16.965

Pada tabel III biaya non medis langsung ini meliputi biaya transportasi menjadi biaya tertinggi dibandingkan biaya konsumsi. Biaya transportasi dikeluarkan pasien untuk datang dan pergi dari RSUD Dr.M. Ashari Pemalang saat pasien kontrol. Biaya transportasi dihitung berdasarkan jenis kendaraan yang digunakan pasien dan jarak yang ditempuh pasien dari tempat tinggal ke rumah sakit. Total biaya transportasi dikeluarkan sebesar Rp. 475.000 dengan rata-rata Rp. 20.652. jumlah ini didapatkan dari jarak rumah pasien dan rumah sakit serta besarnya bahan bakar yang dikeluarkan pada jarak tersebut (liter) yang tergantung pada jenis kendaraan yang digunakan. Jenis kendaraan yang digunakan pasien yaitu kendaraan pribadi berupa motor dan mobil, dan kendaraan umum berupa bus dan angkot. Karena kebanyakan jarak rumah pasien sebagian besar cukup jauh dengan rumah sakit oleh karena itu biaya transportasi yang dikeluarkan cukup besar.

Biaya konsumsi menjadi biaya paling rendah dibandingkan biaya transportasi. Biaya konsumsi dikeluarkan pasien selama menunggu antrian kontrol selama di rumah sakit. Biaya makan dihitung berdasarkan lama menunggu kontrol, biaya dihabiskan dalam setengah hari dari pagi sampai sore atau 1 kali makan dan jumlah anggota keluarga yang menemani kontrol. Dalam penelitian ini diasumsikan biaya yang dikeluarkan satu kali

makan Rp. 20.000, total biaya konsumsi pada 23 pasien sebesar Rp. 390.000 dengan rata-rata Rp. 16.965. Biaya konsumsi ada sebagian pasien yang membawa makan, minum dari rumah, sehingga biaya konsumsi yang dikeluarkan tidak cukup besar. Oleh karena itu pasien tidak cukup banyak mengeluarkan biaya konsumsi dibandingkan biaya transportasi.

2. Analisis Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*)

Biaya tidak langsung (*indirect cost*) adalah biaya yang dapat mengurangi produktivitas pasien maupun keluarga, kehilangan pendapatan karena tidak biasa bekerja akibat sakit, kehilangan waktu. Biaya hilangnya produktivitas didapatkan berdasarkan pekerjaan masing-masing pasien. Biaya ini menjadi tanggungan tersendiri bagi pasien dan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan bahwa biaya tidak langsung merupakan pengeluaran sendiri oleh pasien (*out of pocket*) (Dini Indriani et al 2023).

Tabel IV. Biaya Tidak Langsung Pada Pasien Parkinson Di RSUD Dr.M.Ashari Pemalang

Jenis biaya	total	rata-rata
Tidak langsung	(N : 23)	tiap pasien
Hilangnya Biaya produktivitas	Rp. 31.944.566	Rp. 1.388.894

Karena ada perbandingannya langsung, biaya hilangnya produktivitas dikeluarkan sebanyak Rp. 31.944.566 dengan rata-rata Rp. 1.388.894 biaya produktivitas dikeluarkan pasien atau keluarga pasien untuk setiap kontrol. Biaya di lihat dari masing-masing pekerjaan pasien. Biaya dihitung berdasarkan pasien atau keluarga pasien yang meninggalkan pekerjaannya untuk kontrol di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang. Hal ini sesuai dengan (Fatkhya et al., 2021) bahwa ini sangat mempengaruhi hidup pasien dengan meninggalkan pekerjaannya dan kehilangan produktivitasnya, terutama pada pasien yang menjadi tulang punggung keluarga yang harus memenuhi kebutuhan keluarganya, dan pasien yang menjadi ibu rumah tangga yang meninggalkan anak-

anaknya dirumah, dan meninggalkan aktivitasnya, oleh sebab itu hal ini sangat mempengaruhi produktivitas pasien.

Biaya hilangnya produktivitas memiliki nilai tertinggi jika dibandingkan dengan biaya transportasi dan biaya konsumsi, dikarenakan biaya hilangnya produktivitas ini sangat berpengaruh dalam hidup pasien. Sedangkan biaya transportasi dan biaya konsumsi tidak berpengaruh dalam hidupnya karena bisa dijangkau sendiri. Pada biaya transport bisa menggunakan kendaraan sendiri saat kontrol ke rumah sakit dan biaya konsumsi bisa membawa makanan sendiri dari rumah, sehingga biaya yang dikeluarkan tidak cukup banyak dan tidak berpengaruh dalam hidup pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan biaya medis langsung dengan komponen biaya tertinggi adalah biaya pemeriksaan dengan rata-rata Rp. 12.130, biaya obat rata-rata Rp. 64.503, biaya asuhan perawat rata-rata Rp. 64.500. Biaya non medis langsung dengan komponen biaya tertinggi yaitu biaya transportasi rata-rata Rp. 20.652, biaya konsumsi rata-rata Rp. 16.965. Biaya tidak langsung pada jenis hilangnya produktivitas dengan rata-rata Rp. 1.388.894.

Saran

Dapat dilakukan pengembangan dalam penelitian yaitu analisis biaya berdasarkan pespektif lain

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada terkait yang terlibat dalam melakukan penelitian dan pengambilan data.

DAFTAR REFERENSI

Andayani, T. M. (2013). *Farmakoekonomi : Prinsip Dan Metodologi*. Bursa Ilmu.

Barcia, C. (2013). Glial-Mediated Inflammation Underlying Parkinsonism. *Scientifica*,

2013, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2013/357805>

Dini Indriani, Musa Fitri Fatkhiya, G. U. (2023). Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Antibiotik Seftriakson Dan Sefotaksim Pada Pasien Rawat Inap Demam Tifoid Anak Di Rsud Dr.M.Ashari Pematang. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 240–251. <https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/441>

Fatkhiya, M. F., Perwitasari, D. A., & Febriana, S. A. (2021). ANALISIS BIAYA SAKIT PERSPEKTIF MASYARAKAT PADA PENDERITA DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) DI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA. *Media Farmasi: Jurnal Ilmu Farmasi*, 17(1), 49. <https://doi.org/10.12928/mf.v17i1.15928>

Gunawan, G., Dalhar, M., & Kurniawan, S. N. (2017). Parkinson and Stem Cell Therapy. *MNJ (Malang Neurology Journal)*, 3(1), 39–46. <https://doi.org/10.21776/ub.mnj.2017.003.01.7>

HAMIDAH, S. N. (2016). *STUDI PENGGUNAAN ANTIPARKINSONIAN PADA PASIEN PARKINSONISM.*

Qonita, W. N., Setyawati, M. B., & Suandika, M. S. (2022). Gambaran Persepsi Pasien Parkinson Tentang Penyakit Yang Dideritanya Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Mitra Siaga Tegal. *BIMIKI (Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia)*, 10(2), 75–84. <https://doi.org/10.53345/bimiki.v10i2.307>

Rahaya, A., & Cahaya, N. (2016). Studi Retrospektif Penggunaan Trihexyfenidil Pada Pasien Skizofrenia Rawat Inap Yang Mendapat Terapi Antipskodik Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. *Jurnal Farmasi Galenika (Galenika Journal of Pharmacy) (e-Journal)*, 2(2), 124–131. <https://doi.org/10.22487/j24428744.2016.v2.i2.5986>

Rifky, A. M. (2020). *KARAKTERISTIK PASIEN PENYAKIT PARKINSON DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE JANUARI 2018 – JULI 2020.*

ROBERT SILITONGA. (2007). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN*

*DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA PENYAKIT PARKINSON di
POLIKLINIK SARAF RS DR KARIADI.*

Suharti, S. (2020). Patofisiologi Penurunan Kognitif pada Penyakit Parkinson. *UMI Medical Journal*, 5(1), 1–11. <https://doi.org/10.33096/umj.v5i1.76>

Urfiyya, Q. A., Fatkhiya, M. F., Perwitasari, D. A., Febriana, S. A., & Dahlan, U. A. (2022). *Cost analysis of patients with Severe Cutaneous Adverse Reactions (SCARs) Analisis biaya pasien Severe Cutaneous Adverse Reactions (SCARs) Severe Cutaneous Adverse Reactions (SCARs) merupakan reaksi idiosinkratik yang paling sering disebabkan karena.* 18(2), 123–133.