

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Gambaran Geografis

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Bara-baraya. Letaknya tidak jauh dari pusat Kota Makassar, yaitu di Kelurahan Bara-baraya tepatnya di jalan Abu Bakar Lambogo No.141 Makassar. Wilayah kerja Puskesmas Bara-baraya yang mencakup 6 Kelurahan dari 14 Kelurahan adalah 0,98 km² atau sekitar 43,5% dari luas Kecamatan Makassar yang seluruhnya seluas 2,25 km². Wilayah kerja Puskesmas Bara baraya terdiri atas enam kelurahan yaitu:

- a. Kelurahan Bara-baraya
- b. Kelurahan Bara-baraya Utara
- c. Kelurahan Bara-baraya Timur
- d. Kelurahan Bara-baraya Selatan
- e. Kelurahan Lariangbangi
- f. Kelurahan Barana

Dengan batas-batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah Timur : Kelurahan panakukang dan Rappocini
- b. Sebelah Utara : Kelurahan Bontoala
- c. Sebelah Selatan : Kelurahan Mamajang

- d. Sebelah barat : Kelurahan Maradekaya dan Pisang
Utara

2. Gambaran Demografi

Berdasarkan data yang saya dapatkan di Puskesmas Bara-baraya, jumlah penduduk sebanyak 37.796 jiwa , jumlah KK 11.447 jiwa, jumlah RW 27, jumlah RT 164. Adapun rasio jenis kelamin laki-laki penduduk Kelurahan Bara-Baraya adalah 18.826 dan rasio jenis kelamin perempuan penduduk Kelurahan Bara-Baraya sebanyak 18.869.

3. Gambaran Puskesmas Bara-Baraya

Puskesmas Bara-Baraya merupakan salah satu dari 3 puskesmas yang terletak di Kecamatan Makassar merupakan puskesmas yang melayani pelayanan gawat darurat, pelayanan pemeriksaan umum, dll. Puskesmas Bara-Baraya berdiri tahun 1961 dalam bentuk balai pengobatan paru-paru. Pada tahun 2006 Puskesmas Bara-Baraya menerapkan sistem manajemen mutu sesuai standar ISO 9001:2000 dan mendapatkan pengakuan standar ISO tersebut pada tahun 2008 serta mendapatkan sertifikat citra pelayanan public, dan pada tanggal 21 Desember 2023 oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Puskemas Bara-Baraya memiliki prasaranan satu unit gedung untuk puskesmas induk dan satu unit gedung yang berlantai 3

(tiga). Dengan kondisi baik dan layak huni, luas bangunan untuk puskesmas induk sebesar $\pm 820 \text{ m}^2$ sedangkan luas tanah 875 m^2 , yang mempunyai jarak tempuh sekitar 5 Km dari Kantor Dinas Kesehatan Kota Makassar.

Puskesmas Bara-Baraya menyediakan berbagai layanan kesehatan seperti pemeriksaan kesehatan (check up), pembuatan surat kesehatan sehat, raat jalan, lepas jahitan, ganti balutan, jahit luka, cabut gigi, pemeriksaan tensi, tes hamil, periksa anak, tes golongan darah, asam urat, kolesterol dan sebagainya. Sarana kesehatan milik pemerintah, swasta dan partisipasi masyarakat yang terdapat dalam wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya turut berperan dalam peningkatan status derajat kesehatan masyarakat dalam wilayah Puskesmas Bara-Baraya.

Jenis sarana kesehatan yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya terdiri dari:

1. Rumah Sakit Umum : 0 buah
2. Rumah Sakit Bersalin : 0 buah
3. Puskesmas : 3 buah
4. Puskesmas Pembantu : 0 buah
5. Balai / Klinik Pengobatan : 0 buah
6. Dokter Praktek : 6 orang
7. Bidan Praktek Swasta (BPS): 2 orang
8. Apotek : 9 buah

- 9. Posyandu : 47 buah
- 10. Posbindu : 6 buah
- 11. Pos lansia : 25 buah
- 12. Optik : 1 buah

Melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas ini, Puskesmas Bara-Baraya mampu mengubah hidup masyarakat dengan meningkatkan kesehatan mereka. Puskesmas Bara-Baraya memiliki peran penting dalam melaksanakan program kesehatan untuk meningkatkan pemahaman dan dedikasi hidup sehat di kalangan masyarakat, membantu individu mencapai kesehatan terbaik. Pasien yang dulu mengalami penyakit jangka panjang mampu sembuh dan kembali aktif dalam kehidupan sehari-hari. Ini jelas memberikan dampak yang baik bagi keluarga dan komunitas, serta kondisi ekonomi masyarakat.

a. Visi Puskesmas

Dalam menetapkan Visi Puskesmas Bara-Baraya berpedoman dan memperhatikan Visi Kota Makassar “Mewujudkan Makassar Kota Dunia yang Sombere dan Smart City dengan Imunitas Kota yang kuat untuk semua” bahwa hanya satu visi yang dipakai yaitu visi Kota Makassar 2021 - 2026

b. Misi Puskesmas

Demi terwujudnya masyarakat Bara-Baraya hidup sehat yang merupakan bagian tercapainya Makassar Sehat Menuju Kota Dunia harus ditunjang Misi Puskesmas yang dapat diukur serta tidak terpisahkan dari Visi Puskesmas. Adapun Misi Puskesmas Bara-Baraya sebagai berikut:

1. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan
2. Meningkatkan sistem informasi dan manajemen puskesmas
3. Meningkatkan kemitraan Meningkatkan upaya kemandirian masyarakat

c. Motto

Kepuasan kami jika terlayani dengan “PRIMA” Peduli Ramah
Ikhlas Mutu Amanah

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini diperoleh dengan membagikan kuesioner pada pasien tb di Wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya, penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2024. Data yang sudah dikumpulkan kemudian diolah menggunakan SPSS dan disajikan dalam bentuk dan distribusi antar variabel.

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan distribusi frekuensi karakteristik variabel penelitian

dengan menggunakan statistic deskriptif.

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan
Jenis Kelamin Pasien Tuberkulosis di Puskesmas
Bara-Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	85	73,9
Perempuan	30	26,1
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer 2025

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien Tuberkulosis di Puskesmas Kota Makassar mayoritas adalah laki-laki sebanyak 85 orang (73,9%) dan perempuan dengan jumlah sebanyak 30 orang (26,1%).

Proporsi ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terkena tuberkulosis dibandingkan perempuan. Hal ini terjadi karena beberapa faktor, seperti laki-laki lebih sering beraktivitas di luar rumah dan berinteraksi dengan banyak orang, banyak di antara mereka yang merokok atau menjalani gaya hidup yang kurang sehat, serta kurang memperhatikan kebersihan diri dibandingkan dengan perempuan. Selain itu, perempuan cenderung lebih cepat tanggap mencari pengobatan jika merasa sakit, sehingga kasus tb pada perempuan dapat dicegah dan diobati lebih awal.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan
Kelompok Umur Pasien Tuberkulosis di Puskesmas
Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Umur	n	%
≥ 15 tahun	6	5,2
16-25 tahun	7	6,1
26-35 tahun	66	57,4
36-44 tahun	22	19,1
≥45 tahun	14	12,2
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan data distribusi umur responden sebanyak 115 orang, dapat dilihat bahwa mayoritas responden berada pada rentang usia 26–35 tahun, yaitu sebanyak 66 orang (57,4%). Namun, angka ini tampak tidak konsisten karena persentasenya lebih dari 50% dan melebihi jumlah kelompok sebelumnya. Kemungkinan terdapat kesalahan dalam pengelompokan atau penempatan nilai pada tabel tersebut, mengingat totalnya juga telah melebihi 100% jika dijumlahkan semua.

Selanjutnya, responden terbanyak kedua berasal dari kelompok usia 36–44 tahun, sebanyak 22 orang (19,1%). Usia ini termasuk dalam kategori dewasa muda yang umumnya telah memiliki pekerjaan tetap dan mulai membangun kehidupan keluarga atau karier secara lebih stabil.

Kemudian, terdapat 14 orang (12,2%) yang berusia $\geq$ 45 tahun. Demikian pula untuk kelompok usia di atas 16 – 25 tahun sebanyak 7 orang (6,1%) Kelompok usia ini merupakan kategori usia produktif awal, di mana umumnya sedang menempuh pendidikan tinggi atau awal memasuki dunia kerja. Kemudian yang terakhir kelompok usia yang paling sedikit $\geq$ 15 tahun sebanyak 6 orang (5,2 %)

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan
Kelompok Pendidikan Terakhir Pasien Tuberkulosis di
Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Pendidikan Terakhir	n	%
Tidak Tamat / Tidak Sekolah	14	12,2
SD s/d SMP	15	13,0
SMA	80	69,6
S1	6	5,2
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.3 Mayoritas pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 berpendidikan SMA (69,6%), sedangkan yang berpendidikan SD–SMP sebesar 13% dan tidak tamat/tidak sekolah 12,2%. Hanya 5,2% yang berpendidikan S1. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien memiliki pendidikan menengah, namun masih ada kelompok dengan pendidikan rendah yang perlu diperhatikan dalam penyuluhan kesehatan.

Oleh karena itu, materi penyuluhan yang disampaikan sebaiknya disusun dengan cara yang sederhana dan mudah dimengerti, terutama bagi kelompok yang memiliki tingkat pendidikan rendah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tuberkulosis sehingga segera mencari pengobatan jika mereka menunjukkan gejala tb agar mengurangi penyebaran penyakit tb.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan Pasien

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok
Penghasilan Pasien Tuberkulosis di Puskesmas
Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Penghasilan	n	%
Rendah $\leq$ UMK	86	74,8
Tinggi $>$ UMK	29	25,2
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.4, sebagian besar pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 memiliki penghasilan rendah ($\leq$ UMK) yaitu 74,8%, sedangkan pasien dengan penghasilan tinggi ($>$ UMK) hanya 25,2%. Hal ini menunjukkan mayoritas pasien berasal dari kelompok berpenghasilan rendah.

Hal ini menegaskan bahwa keterbatasan ekonomi dan pendapatan yang rendah sangat berkaitan dengan kasus tuberkulosis dalam masyarakat. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan pendapatan rendah cenderung lebih rentan terhadap tuberkulosis karena mereka sering kesulitan memenuhi kebutuhan dasar. Situasi

ini mengakibatkan penurunan sistem kekebalan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar bakteri tuberkulosis.

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya Pada Pasien Tuberkulosis

Menariknya, seluruh pasien (100%) memiliki riwayat pengobatan sebelumnya, yang menunjukkan bahwa mereka bukanlah pasien TBC baru. seluruh pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 tercatat pernah menjalani pengobatan OAT (100%), dan tidak ada pasien yang belum pernah menjalani pengobatan sebelumnya. Hal ini dapat mengindikasikan adanya kasus kambuh atau pengobatan yang tidak tuntas pada episode sebelumnya, sehingga durasi pengobatan lebih panjang dan kemungkinan mengalami resistensi obat juga lebih tinggi. Menurut Hamzah et al. (2023), pasien dengan riwayat pengobatan TBC berulang akan menghadapi beban biaya tidak langsung yang lebih besar karena frekuensi kunjungan pengobatan lebih sering, kebutuhan transportasi meningkat, serta waktu produktif yang hilang bertambah.

Hal ini terjadi karena responden sebelumnya sudah mendapatkan OAT tetapi mereka mengalami kekambuhan atau menghadapi masalah dalam pengobatan sebelumnya, seperti putus obat sehingga mereka harus kembali menjalani pengobatan dari awal. Pengalaman pengobatan sebelumnya bisa memengaruhi tingkat

kepatuhan pasien selanjutnya, misalnya pasien yang pernah mengalami efek samping obat atau merasa bosan minum obat cenderung lebih sulit untuk patuh pada pengobatan berikutnya.

f. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Strategi Pengobatan Pasien

Tabel 5.5
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Strategi Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025

Strategi Pengobatan	n	%
DOT berbasis keluarga	113	98,3
DOT berbasis petugas kesehatan	2	1,7
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.5, hampir seluruh pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 menjalani pengobatan dengan strategi DOT berbasis masyarakat, yaitu PMO berasal dari keluarga atau kerabat terdekat, sebanyak 113 orang (98,3%). Hanya 2 orang (1,7%) yang menjalani pengobatan dengan strategi DOT berbasis petugas kesehatan.

Hal ini menggambarkan bahwa pemanfaatan peran keluarga dalam mendampingi pasien selama proses pengobatan tb sangat dominan. Peran aktif keluarga / kerabat sebagai PMO kemungkinan dipilih karena memiliki kedekatan emosional dengan pasien, dan dapat memberikan dukungan moral serta pengawasan sehari-hari yang intensif. Sedangkan strategi DOT berbasis petugas kesehatan

kurang diminati, mungkin karena keterbatasan waktu atau kenyamanan pasien dalam menjalani pengobatan.

g. Karakteristik Responden Berdasarkan Jarak

Tabel 5.6
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok
Jarak ke Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Jarak	n	%
Jauh: > 5 km	110	95,7
Dekat: ≤ 5 km	5	4,3
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.6, sebagian besar pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 berdomisili jauh dari puskesmas (>5 km) yaitu 110 orang (95,7%), sedangkan yang berdomisili dekat (≤ 5 km) hanya 5 orang (4,3%).

h. Distribusi Responden Berdasarkan Biaya Makan dan Minum

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Biaya
Makan dan Minum ke Puskesmas Bara
Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Biaya Makan dan Minum (Dalam Rp)	n	%
Rendah: ≤ Mean Rp. 13.700	70	60,9
Tinggi: > Mean Rp. 13. 700	45	39,1
Total	115	100,0

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.7, sebagian besar pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 memiliki biaya

makan dan minum rendah ($\leq$ mean Rp. 13. 700) yaitu 70 orang (60,9%), sedangkan pasien dengan biaya makan dan minum tinggi ($>$ mean Rp. 13. 700) sebanyak 45 orang (39,1%). Hal ini menunjukkan mayoritas pasien mengeluarkan biaya makan dan minum di bawah rata-rata.

i. Distribusi Responden Berdasarkan Biaya Transportasi dan Biaya Parkir

Tabel 5.8
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Biaya
Transportasi dan Biaya Parkir di Puskesmas
Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Biaya Transportasi dan Parkir (Dalam Rp)	n	%
Rendah: $\leq$ Mean Rp. 12.600	93	80,9
Tinggi: $>$ Mean Rp. 12.600	22	19,1
Total	115	100,0

Sumber Data : Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 5.8, sebagian besar pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025 mengeluarkan biaya transportasi dan parkir rendah ($\leq$ mean Rp. 12,600) yaitu 93 orang (80,9%), sedangkan yang memiliki biaya transportasi dan parkir tinggi ($>$ mean Rp. 12,600) hanya 22 orang (19,1%). Hal ini menunjukkan mayoritas pasien memiliki pengeluaran transportasi dan parkir yang relatif rendah.

Hal ini dikarenakan sebagian responden yang tinggal disekitar puskesmas cenderung mengeluarkan biaya transportasi rendah bahkan tanpa biaya, karena mereka lebih memilih jalan kaki,

sementara responden yang tinggal di wilayah cukup jauh perlu menggunakan transportasi. Karena mereka cenderung mengeluarkan biaya transportasi yang lumayan tinggi. Tergantung pada transportasi yang digunakan seperti menggunakan kendaraan pribadi maupun angkutan umum (bentor).

j. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Years Live With Disability (YLD)

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Years
Live With Disability (YLD) ke Puskesmas
Bara Baraya Kota Makassar
Tahun 2025

Years Live With Disability (YLD)	n	%
Produktif: < 1 Tahun	114	99,1
Tidak Produktif: ≥ 1 Tahun	1	0,9
Total	115	100,0

Sumber Data : Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel distribusi YLD, dari total 115 pasien tuberkulosis di Puskesmas Bara Baraya Kota Makassar Tahun 2025, terdapat 144 pasien (99,1%) yang termasuk kategori produktif dengan Years Lived with Disability (YLD) antara < 1 tahun, dan hanya 1 pasien (0,9%) yang tergolong tidak produktif dengan YLD lebih dari 1 tahun.

YLD merupakan jumlah tahun yang dihabiskan seseorang dalam kondisi sakit atau mengalami disabilitas akibat suatu penyakit. Dalam konteks ini, kebanyakan pasien tetap bisa menjalani aktivitas produktif dalam waktu singkat setelah pengobatan. Hal ini menunjukkan

bahwa mayoritas pasien TB masih mengalami gangguan kesehatan dalam skala ringan yang mempengaruhi produktivitas mereka kurang dari satu tahun, sehingga dampak negatif terhadap aktivitas sehari-hari dan kapasitas kerja relatif terbatas. Namun, tetap ada pasien yang mengalami dampak jangka panjang, sehingga perlu perhatian khusus dalam pengelolaan dan pemulihan pasien ini.

Kondisi ini sejalan dengan gambaran epidemiologi TB di Indonesia yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan beban kasus tinggi, tetapi upaya pengobatan dan deteksi dini makin diperkuat untuk menekan derajat keparahan penyakit. Pemerintah Indonesia telah menetapkan target tinggi dalam eliminasi TB pada tahun 2025, inisiasi pengobatan agar produktivitas pasien dan dampak komplikasi dapat ditekan semaksimal mungkin. Sebuah studi di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar (2025) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dalam mengurangi stres pada pasien TB, yang pada gilirannya berkontribusi terhadap tingkat kepatuhan pengobatan dan kemampuan mempertahankan produktivitas. Sebaliknya, pasien dengan pekerjaan tidak tetap atau penghasilan rendah cenderung mengalami stres lebih tinggi dan kehilangan produktivitas yang lebih lama.

Tabel 5.10
Total Nilai Ekonomis *Years Lived With Disability* (YLD)
Responden di Puskesmas Bara-Baraya

Nomor Responden	Kategori Penyakit	Jumlah Hari Tidak Produktif	Total YLD (Rp)
1	TB	60	2.100.000
2	TB	4	2.000.000
3	TB	3	210.0000
5	TB	5	356.000
27	TB	3	2100.000
29	TB	7	6.050.000
32	TB	365	13.700.000
34	TB	60	2.100.000
41	TB	1	750.000
42	TB	3	2.100.000
43	TB	6	4.670.000
44	TB	30	1.050.000
45	TB	14	986.000
49	TB	7	1.655.000
50	TB	30	1.050.000
52	TB	7	1.672.000
53	TB	14	1.984.000
61	TB	8	1.897.000
77	TB	2	1.178.000
78	TB	4	1.320.000
90	TB	2	740.000
93	TB	15	3.894.000
95	TB	7	678.000
96	TB	30	1.050.000
99	TB	21	2.650.000
100	TB	14	990.000
103	TB	7	677.000
104	TB	3	210.000
105	TB	7	784.000
109	TB	2	1.147.000
Total		681	60.788.000
Rata-Rata		23	2.026.266

Sumber data:primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.10, Mayoritas responden memiliki nilai YLD antara ratusan ribu hingga sekitar dua juta rupiah, yang mencerminkan kerugian produktivitas selama beberapa hari hingga sekitar satu bulan. Beberapa responden memiliki nilai YLD yang jauh lebih tinggi, misalnya responden nomor 32 dengan 365 hari tidak produktif dan kerugian ekonomi Rp 13.700.000. Beberapa responden lain menunjukkan nilai YLD di atas Rp 4 juta, seperti responden 29 (Rp 6.050.000) dan responden 43 (Rp 4.670.000). Kasus-kasus dengan nilai YLD besar ini sangat mempengaruhi total keseluruhan.

Selama satu tahun pengobatan TB pada responden di Kota Makassar tahun 2015, tercatat 681 hari tidak produktif dengan total nilai ekonomis YLD mencapai Rp 60.788.000. Rata-rata per pasien setara dengan 23 hari tidak produktif atau Rp 2.026.266 kerugian ekonomi. Distribusi menunjukkan sebagian besar pasien mengalami kerugian moderat, namun beberapa pasien dengan kondisi lebih berat berkontribusi signifikan terhadap total beban ekonomi.

C. Pembahasan

1. Gambaran Karakteristik Pada Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Bara-Baraya

Karakteristik pasien dalam penelitian ini memberikan gambaran penting untuk memahami beban biaya tidak langsung (indirect cost) yang ditanggung oleh pasien tuberkulosis selama menjalani pengobatan. Biaya tidak langsung mencakup kehilangan pendapatan karena tidak bekerja, biaya transportasi, dan waktu yang

hilang akibat jauhnya lokasi layanan kesehatan. Profil responden dalam konteks ini menjadi dasar dalam menilai kelompok mana yang paling rentan mengalami beban finansial selama proses pengobatan berlangsung.

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar pasien dalam penelitian ini adalah laki-laki sebanyak 85 orang (73,9%), sedangkan perempuan hanya berjumlah 30 orang (26,1%). Temuan ini sejalan dengan studi dari Wahyuni et al. (2021) yang menyatakan bahwa laki-laki lebih sering terkena tuberkulosis karena lebih aktif di luar rumah, baik untuk bekerja maupun aktivitas sosial, sehingga lebih besar kemungkinan mereka terpapar kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kondisi ini juga memengaruhi beban biaya tidak langsung karena laki-laki umumnya merupakan pencari nafkah utama dalam keluarga. Ketika mereka sakit dan harus menjalani pengobatan jangka panjang, kehilangan penghasilan yang terjadi menjadi signifikan, terlebih bagi mereka yang bekerja di sektor informal tanpa jaminan kerja.

Dilihat dari aspek usia, mayoritas pasien merupakan kelompok usia produktif, dengan persentase tertinggi pada rentang usia 26–35 tahun sebesar 57,4%, diikuti oleh kelompok usia 36–45 tahun sebanyak 19,1%. Usia produktif merupakan kelompok yang aktif secara ekonomi, dan ketika mereka terdampak penyakit TBC, maka risiko kehilangan pendapatan akibat ketidakhadiran di tempat

kerja sangat tinggi. Faridah et al. (2022) menyatakan bahwa beban biaya tidak langsung akan lebih terasa pada kelompok usia produktif karena selain harus tetap memenuhi kebutuhan ekonomi, mereka juga harus menanggung biaya pengobatan yang bersifat jangka panjang, termasuk biaya perjalanan dan waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan yang menyita waktu kerja.

Dalam hal tingkat pendidikan, mayoritas pasien memiliki pendidikan terakhir SMA (69,6%), sedangkan hanya sebagian kecil yang menempuh pendidikan tinggi hingga sarjana (5,2%). Rendahnya tingkat pendidikan ini berimplikasi pada rendahnya pemahaman terhadap pentingnya pengobatan TBC secara tuntas serta kurangnya kemampuan mengakses informasi terkait program pengobatan gratis dari pemerintah. Hal ini diperkuat oleh penelitian Natsir & Sari (2021) yang menjelaskan bahwa individu dengan pendidikan rendah lebih rentan mengalami hambatan dalam menjalani pengobatan TBC, terutama jika mereka juga bekerja pada sektor informal yang tidak fleksibel terhadap waktu kontrol ke puskesmas, sehingga memperbesar biaya tidak langsung seperti transportasi dan kehilangan waktu kerja.

Dari segi pendapatan, mayoritas pasien berpenghasilan rendah, yaitu di bawah atau setara Upah Minimum Kota (UMK), sebanyak 86 orang (74,8%). Kondisi ini menggambarkan kerentanan ekonomi pasien TBC yang tinggi.

Ketika seseorang dengan pendapatan terbatas harus menjalani pengobatan jangka panjang, mereka berpotensi kehilangan sebagian besar penghasilan hariannya karena waktu yang digunakan untuk pengobatan. Nursalam et al. (2020) menegaskan bahwa kelompok berpenghasilan rendah sering kali menunda atau bahkan menghentikan pengobatan karena tidak sanggup menanggung biaya tidak langsung seperti ongkos transportasi yang terus berulang serta waktu kerja yang hilang secara kumulatif.

Menariknya, seluruh pasien (100%) memiliki riwayat pengobatan sebelumnya, yang menunjukkan bahwa mereka bukanlah pasien TBC baru. Hal ini dapat mengindikasikan adanya kasus kambuh atau pengobatan yang tidak tuntas pada episode sebelumnya, sehingga durasi pengobatan lebih panjang dan kemungkinan mengalami resistensi obat juga lebih tinggi. Menurut Hamzah et al. (2023), pasien dengan riwayat pengobatan TBC berulang akan menghadapi beban biaya tidak langsung yang lebih besar karena frekuensi kunjungan pengobatan lebih sering, kebutuhan transportasi meningkat, serta waktu produktif yang hilang bertambah.

Strategi pengobatan yang dijalani oleh pasien didominasi oleh pendekatan *DOT* berbasis masyarakat (*Directly Observed Treatment*) sebanyak 113 orang (98,3%), sementara hanya 2 orang (1,7%) yang mengikuti *DOT* berbasis petugas

kesehatan. Strategi berbasis masyarakat ini pada dasarnya dirancang untuk mempermudah akses pasien terhadap layanan pengobatan, dengan harapan dapat mengurangi biaya transportasi dan waktu tempuh yang menjadi bagian dari biaya tidak langsung. Namun, efektivitas strategi ini tetap dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti ketersediaan kader pengawas minum obat (PMO) dan lokasi tempat tinggal pasien. Amiruddin & Asfarina (2022) menjelaskan bahwa strategi DOT berbasis masyarakat dapat menekan biaya tidak langsung secara signifikan jika pelaksanaannya berjalan optimal di wilayah tempat pasien tinggal.

Terakhir, berdasarkan jarak tempat tinggal ke Puskesmas Bara-Baraya, ditemukan bahwa sebagian besar pasien (95,7%) tinggal lebih dari 5 km dari puskesmas. Jarak yang jauh ini merupakan salah satu penyumbang terbesar terhadap biaya tidak langsung yang ditanggung pasien, terutama dalam bentuk biaya transportasi dan waktu tempuh yang lama. Dalam penelitian Nurlina et al. (2021), disebutkan bahwa aksesibilitas geografis menjadi salah satu hambatan utama dalam kepatuhan pengobatan TBC. Semakin jauh jarak ke fasilitas kesehatan, semakin tinggi kemungkinan pasien mengalami beban ekonomi tambahan dan menurunnya motivasi untuk kontrol rutin.

Secara keseluruhan, karakteristik pasien menunjukkan bahwa pasien TBC di Puskesmas Bara-Baraya didominasi oleh

laki-laki usia produktif dengan latar belakang pendidikan menengah dan penghasilan rendah. Mayoritas tinggal cukup jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan dan memiliki riwayat pengobatan sebelumnya. Kondisi ini berkontribusi besar terhadap tingginya beban biaya tidak langsung yang mereka alami, terutama dalam bentuk kehilangan waktu kerja, biaya transportasi, dan risiko ketidakpatuhan terhadap jadwal pengobatan. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang tepat sasaran dalam bentuk dukungan sosial ekonomi dan penguatan strategi pengobatan berbasis masyarakat yang berkelanjutan.

2. Gambaran Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*) Dari Segi Biaya Perjalanan Dan Parkir Pada Pengobatan Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Bara-Baraya

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bara-Baraya tahun 2025, didapatkan bahwa mayoritas pasien (80,9%) mengeluarkan biaya transportasi dan parkir yang rendah (kurang dari rata-rata Rp 12,36 ribu per kunjungan), sedangkan hanya 19,1% yang memiliki biaya transportasi dan parkir yang tinggi.

Sebagian besar pasien berdomisili jauh (>10 km) dari puskesmas (95,7%), namun tetap mampu menekan biaya perjalanan dan parkir dengan memanfaatkan transportasi umum, ojek pangkalan dengan sistem langganan, atau dibantu keluarga/kerabat.

Hasil penelitian mengenai Gambaran Biaya Tidak Langsung dari Segi Biaya Perjalanan dan Parkir pada Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar Tahun 2025 menunjukkan bahwa mayoritas responden (80,9%) termasuk dalam kategori biaya perjalanan dan parkir yang rendah, yaitu kurang dari nilai rata-rata Rp 12,36 ribu per kunjungan, sedangkan 19,1% responden lainnya berada pada kategori biaya perjalanan dan parkir tinggi. Temuan ini menarik karena sebagian besar responden ternyata berdomisili di wilayah yang relatif jauh dari Puskesmas Bara-Baraya, bahkan 95,7% responden menyatakan jarak tempuhnya lebih dari 10 km.

Analisis deskriptif pada penelitian ini menunjukkan adanya fenomena efisiensi dalam pengeluaran transportasi dan parkir. Hal ini didukung oleh beberapa faktor yaitu pemanfaatan transportasi umum dengan pola langganan atau rute tetap yang lebih murah dibandingkan transportasi pribadi, dukungan keluarga atau kerabat yang mengantar pasien secara bergantian, sehingga biaya parkir dan bensin dapat ditekan, kebijakan parkir Puskesmas yang relatif terjangkau dibandingkan fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit.

Hasil ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya. Annisa Iswari (2020) melaporkan bahwa biaya perjalanan dan parkir pasien TB di Puskesmas Sewon I Yogyakarta

tidak dominan dibandingkan biaya medis langsung. Penelitian tersebut menemukan bahwa sebagian besar pasien memanfaatkan transportasi umum yang terjangkau, sehingga biaya perjalanan hanya menjadi komponen kecil dari total biaya pengobatan.

Begitu pula dengan penelitian Anisa Nova Puspitaningrum dkk. (2024) yang mereview berbagai studi *cost of illness* pada pasien TB non-MDR. Mereka menemukan bahwa komponen biaya tidak langsung seperti transportasi dan parkir memberikan kontribusi terhadap total biaya, namun persentasenya relatif kecil dibandingkan komponen biaya medis langsung. Temuan ini menunjukkan adanya kesamaan pola, yaitu pasien di fasilitas pelayanan kesehatan primer cenderung memiliki beban biaya perjalanan dan parkir yang lebih rendah.

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan temuan Setiawan et al. (2021) yang menyatakan bahwa di beberapa daerah biaya tidak langsung, termasuk biaya perjalanan, bahkan lebih tinggi dibandingkan biaya langsung. Hal tersebut biasanya terjadi pada pasien yang tinggal di daerah terpencil dengan akses transportasi yang terbatas, sehingga harus mengeluarkan biaya besar untuk mencapai fasilitas kesehatan.

Demikian juga dengan laporan Gurung (2012) di Nepal yang menunjukkan bahwa pada beberapa komunitas pedesaan, biaya transportasi dapat mencapai lebih dari 50% dari total biaya

perawatan TB. Ketidaksesuaian ini dapat dipahami karena konteks geografis dan sosial ekonomi yang berbeda.

Di Puskesmas Bara-Baraya, meskipun jarak tempuh sebagian besar pasien cukup jauh, fasilitas transportasi di Kota Makassar relatif lebih baik sehingga biaya dapat ditekan. Sementara itu, di daerah yang dilaporkan oleh penelitian Gurung (2012) infrastruktur transportasi tidak memadai sehingga pasien terpaksa menggunakan jasa transportasi khusus dengan biaya mahal.

3. Gambaran Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*) Dari Segi Biaya Makanan dan Minuman Pada Pengobatan Pasien Tuberkolosis Di Puskesmas Bara-Baraya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total pasien , 60,9% pasien TB di Puskesmas Bara-Baraya mengeluarkan biaya makan dan minum ekstra yang tergolong rendah (kurang dari rata-rata Rp 13.700 per kunjungan), sedangkan 39,1% pasien berada pada kategori biaya makan dan minum tinggi. Temuan ini memberikan gambaran bahwa sebagian besar pasien mampu menekan pengeluaran untuk konsumsi saat berobat, namun terdapat proporsi pasien yang mengalami beban biaya tambahan cukup besar.

Biaya makan dan minum termasuk dalam kategori biaya tidak langsung (*indirect cost*) karena tidak berhubungan langsung dengan tindakan medis, tetapi tetap dikeluarkan selama

proses pengobatan. Pasien TB umumnya harus datang ke puskesmas secara rutin dalam jangka waktu lama (minimal 6 bulan). Proses pelayanan yang memerlukan waktu tunggu, jarak yang jauh, atau kondisi pasien yang lemah sering kali memaksa pasien maupun pendamping untuk membeli makanan atau minuman tambahan di sekitar fasilitas kesehatan.

Analisis deskriptif dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa: Mayoritas pasien mampu mengelola biaya konsumsi selama pengobatan, kemungkinan karena membawa bekal dari rumah atau memanfaatkan fasilitas keluarga di sekitar puskesmas.

Sebagian pasien (39,1%) yang mengeluarkan biaya lebih tinggi umumnya memiliki faktor-faktor pendukung seperti jarak rumah yang jauh, status ekonomi yang lebih baik sehingga memilih makanan yang lebih mahal, atau durasi menunggu yang lama sehingga memerlukan konsumsi tambahan.

Biaya makan dan minum ekstra ini tidak ditanggung oleh program nasional, sehingga menjadi beban out-of-pocket yang menambah total biaya pengobatan TB.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Annisa Iswari (2020) yang menyatakan bahwa selain biaya transportasi dan parkir, konsumsi makanan dan minuman saat pengobatan merupakan salah satu komponen biaya tidak langsung yang turut mempengaruhi total pengeluaran pasien TB.

Sejalan pula dengan penjelasan Pratiwi (2014) yang menyebutkan bahwa kebutuhan makanan yang bergizi sangat penting untuk mempertahankan daya tahan tubuh selama sakit, sehingga pasien biasanya mengalokasikan dana khusus untuk makanan dan minuman ekstra.

Di sisi lain, hasil penelitian ini berbeda dengan Hosoumi (2011) dan Gurung (2012) yang menemukan bahwa biaya makan dan minum dianggap kecil dan tidak signifikan dibandingkan biaya langsung seperti obat, pemeriksaan laboratorium, dan rawat inap. Dalam konteks penelitian tersebut, fokus utama pembiayaan TB lebih diarahkan pada biaya medis langsung, sedangkan biaya konsumsi tidak menjadi perhatian utama.

Perbedaan ini dapat dijelaskan dari konteks lokal Di Puskesmas Bara-Baraya, pasien datang dari berbagai jarak dengan waktu tunggu yang cukup lama, sehingga pengeluaran untuk makan/minum menjadi cukup nyata.

Implikasi kebijakan dari temuan ini adalah perlunya Upaya mengurangi beban pasien, misalnya menyediakan makanan tambahan atau program *nutritional support* di puskesmas, Memberikan edukasi kepada pasien untuk membawa bekal dari rumah, atau mengoptimalkan waktu pelayanan agar pasien tidak perlu menunggu terlalu lama.

Dengan langkah-langkah tersebut, diharapkan biaya makan dan minum tidak menjadi penghalang dalam kepatuhan pasien untuk menyelesaikan pengobatan TB secara tuntas.

4. Gambaran Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*) Dari Segi Kehilangan Produktivitas Akibat Sakit Pada Pengobatan Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Bara-Baraya

1) Years of Life Lost (YLL)

Years of Life Lost (YLL) pada penelitian ini tidak dapat dihitung sebab selama penelitian berlangsung tidak ada responden yang meninggal, sehingga nilai ekonomis YLL = Rp.0.

2) Years Lived with Disability (YLD)

Tahun produktif yang disesuaikan dengan disabilitas atau YLD adalah ukuran ringkasan kesehatan masyarakat yang banyak digunakan untuk mengukur beban penyakit. Dalam filosofinya setiap orang dilahirkan dengan sejumlah tahun kehidupan yang berpotensi hidup dalam kesehatan yang optimal. Sebagian orang dapat kehilangan tahun-tahun kehidupan produktif ini karena hidup dengan penyakit dan/atau mati sebelum mencapai usia harapan hidup (Devleesschauwer et al., 2014)

Berdasarkan Hasil penelitian di Puskesmas Bara-Baraya menunjukkan bahwa sebagian pasien mengalami kehilangan produktivitas selama menjalani pengobatan TB. Kehilangan produktivitas diukur dengan menghitung waktu kerja pasien atau pendamping yang hilang karena harus

menghadiri kontrol, mengambil obat, atau mengalami penurunan kondisi fisik. Pendekatan yang digunakan adalah human capital, yakni memperkirakan nilai moneter dari hari kerja yang hilang (lost income) akibat tidak bekerja.

Sebagian pasien TB di Puskesmas Bara-Baraya melaporkan harus cuti dari pekerjaan atau mengurangi jam kerja untuk menjalani pengobatan rutin. Hal ini berdampak langsung pada penurunan pendapatan keluarga. Dari hasil distribusi Years Lived with Disability (YLD), terdapat pasien yang masuk kategori tidak produktif ≥ 1 tahun, meskipun proporsinya kecil (0,9%), sedangkan sebagian besar pasien tercatat tetap produktif dalam rentang YLD < 1 tahun.

Sehingga, hal tersebut menggambarkan bahwa selain biaya langsung seperti obat dan pemeriksaan, biaya tidak langsung akibat kehilangan produktivitas juga menambah beban ekonomi pasien. Kehilangan produktivitas tidak hanya terjadi pada pasien tetapi juga pendamping (keluarga) yang harus meninggalkan aktivitas produktifnya untuk menemani pasien.

Jika dilihat dari karakteristik pasien, Jenis kelamin dan usia sebagian besar pasien TB di Puskesmas Bara-Baraya berada pada usia produktif (26–45 tahun). Hal ini berarti dampak ekonomi kehilangan produktivitas menjadi lebih terasa

karena mereka biasanya merupakan tulang punggung keluarga.

Kemudian, Pekerjaan pasien yang bekerja sebagai buruh harian, pedagang kecil, atau pekerja sektor informal melaporkan kehilangan pendapatan yang lebih signifikan karena sistem kerja mereka berbasis kehadiran harian.

Selain itu, Durasi dan frekuensi pengobatan pasien yang memerlukan kunjungan lebih sering atau memiliki efek samping obat lebih berat mengalami kehilangan produktivitas yang lebih besar dibanding pasien dengan regimen terapi lancar.

Kondisi ini menunjukkan bahwa biaya tidak langsung akibat kehilangan produktivitas bukan sekadar angka, melainkan mempengaruhi keberlangsungan ekonomi keluarga, kualitas hidup pasien, serta kepatuhan pasien dalam menyelesaikan terapi.

Penelitian ini, sejalan dengan Zawudie (2020) menemukan bahwa pada pasien hipertensi, biaya tidak langsung berupa kehilangan produktivitas cukup signifikan karena waktu perjalanan dan ketidakhadiran kerja. Semakin jauh jarak pasien dari fasilitas kesehatan, semakin besar kehilangan produktivitas yang dialami.

Selain itu, Mattke (2021) juga mendukung bahwa kehilangan produktivitas akibat penyakit kronis (termasuk TB) dapat diukur dari hari kerja yang hilang karena konsultasi atau pengambilan obat. Mereka menegaskan bahwa aspek ini harus diperhitungkan dalam perhitungan total beban ekonomi pasien dan Respati (2021) menekankan bahwa waktu kerja yang hilang karena sakit berkontribusi pada kehilangan pendapatan dan mempengaruhi keputusan pasien untuk mencari pengobatan lebih awal.

Tetapi, beberapa penelitian juga tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di puskesmas bara-baraya diantaranya adalah Hosoumi (2011) dan Gurung (2012) melaporkan bahwa komponen biaya terbesar adalah biaya langsung medis, sedangkan biaya tidak langsung, termasuk kehilangan produktivitas, relatif kecil dan tidak signifikan dalam total pembiayaan.

Studi di Yogyakarta menunjukkan biaya tidak langsung pasien TB sebesar Rp. 70.850, dengan faktor jenis kelamin dan status bekerja mempengaruhi biaya secara signifikan. Biaya tidak langsung termasuk kehilangan produktivitas yang merupakan komponen beban biaya TB. Studi internasional juga menegaskan bahwa beban biaya tidak langsung sangat mempengaruhi kesembuhan pasien dan kepatuhan

pengobatan serta menjadi faktor utama dalam beban ekonomi TB di masyarakat.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan peneliti saat melakukan penelitian:

1. Pasien merasa jenuh pada saat pengisian kuesioner dikarenakan pertanyaan yang diajukan relative banyak.
2. Memerlukan waktu yang cukup lama dalam pelaksanaan penelitian.
3. Penelitian hanya dilakukan di Puskesmas Bara-Baraya sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan ke seluruh wilayah atau fasilitas kesehatan lain dengan kondisi berbeda.
4. Masih minimnya penelitian yang membahas pentingnya mengetahui biaya tidak langsung (*indirect cost*) seperti biaya kehilangan produktivitas, biaya makan dan minum, biaya transportasi.