

Keterjangkauan Biaya untuk Mendapatkan Pengobatan pada Anak dengan HIV AIDS dan Infeksi Oportunistik

Affordability Cost of Treatment for Children Living with HIV AIDS and Opportunistic Infections

Andi Leny Susyanty^{1*}, Rini Sasanti Handayani¹, dan Sugiharti²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: andileny.s@gmail.com

Submitted: 17-05-2015, Revised: 11-07-2017, Accepted: 06-09-2017

<http://dx.doi.org/10.22435/mpk.v27i3.6773.161-168>

Abstrak

Pengobatan HIV AIDS merupakan pengobatan seumur hidup, sehingga keberlangsungan pengobatan sangat berpengaruh terhadap hasil pengobatan. Keterjangkauan biaya adalah salah satu aspek yang dapat meningkatkan akses dan keberlangsungan pengobatan. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui keterjangkauan biaya pengobatan HIV dan IO pada ADHA di daerah penelitian. Penelitian dilakukan secara potong lintang di 5 provinsi, 10 kabupaten/kota dengan responden sebanyak 238 pendamping ADHA. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber biaya pengobatan masih bervariasi antara BPJS, gratis pmda, dan biaya sendiri, dengan nilai rata-rata biaya berobat sekali kunjungan mulai dari Rp. 52.773 hingga Rp. 222.042 dengan besar biaya maksimal Rp. 1.203.000. Persentase rata-rata biaya berobat dibanding pengeluaran rumah tangga selama 1 bulan berkisar 3,8–8,9% dengan nilai maksimal sebesar 56,7%. Biaya medis yang ditanggung ADHA paling besar adalah untuk pemeriksaan laboratorium, sementara biaya non medis yang masih bermasalah adalah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka pemerintah perlu memfasilitasi kebutuhan pengobatan HIV AIDS dalam bentuk satu paket pengobatan pada BPJS, mulai dari pendaftaran, pemeriksaan dokter, obat ARV dan IO, pemeriksaan laboratorium rutin serta pengobatan IO. Manajer kasus atau konselor sebaiknya mulai didekatkan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat dengan rumah pasien, sehingga pendamping ADHA tidak merasa khawatir dengan stigma selama menjalani pengobatan.

Kata Kunci: biaya, HIV AIDS, Infeksi Oportunistik, ADHA

Abstract

HIV AIDS treatment is a lifelong treatment, so the continuity of treatment is very influential on the treatment outcome. Affordability is one aspect that can improve access and continuity to HIV AIDS and opportunistic infections (OI) treatment in Children Living with HIV AIDS (CLWHA). This study was conducted to determine the affordability of HIV and OI treatment costs on CLWHA in the study area. The study was conducted cross sectional in 5 provinces, 10 districts / cities and 238 CLWHA companions as a responder. This study showed that source of medical cost still varies between health insurance (BPJS), free local government and out of pocket cost, with median cost of treatment for once visit was starting from Rp. 52,773 to Rp. 222,042 with maximum cost was Rp. 1,203,000. The average percentage of treatment costs compared to household expenditures for 1 month were ranged from 3.8 to 8.9% with a maximum value of 56.7%. The most medical costs covered by CLWHA was a laboratory tested, while the non-medical costs that were still problems was transportation cost to health facilities. Based on this study, the government needs to facilitate the HIV AIDS treatment in the BPJS treatment package starting from enrollment, doctor's examination, ARV and OI medication, routine laboratory tested and OI treatment. Case manager or counselor should begin to be brought closer to the health facility closest to the patient's home, so CLWHA's companion does not feel worried about the stigma during treatment.

Keywords: Cost, HIV AIDS, Opportunistic Infection, CLWHA

Pendahuluan

Berdasarkan laporan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP&PL) per September 2013, jumlah infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) tahun 2010–2013 usia < 14 tahun adalah 3.080 (3,64%), dan usia 15–19 tahun adalah 2.908 (3,44%). Diperkirakan 76,7% anak usia < 14 tahun menerima *Antiretroviral* (ARV) dari jumlah anak yang seharusnya mendapatkan *Antiretroviral Therapy* (ART). Jumlah anak dengan HIV yang memenuhi syarat ARV ini melebihi estimasi pada tahun 2014.^{1,2} Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah berupaya untuk meningkatkan akses terhadap pengobatan dengan menyediakan rumah sakit (RS) rujukan pengobatan HIV *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), namun kemudahan akses dari segi jarak ternyata tidak selalu menjadi pilihan bagi orang tua/ wali untuk berobat. Mereka seringkali memilih fasilitas kesehatan (RS) yang jaraknya jauh untuk menghindari stigma dan diskriminasi.³ Selain jarak dan waktu tempuh, akses terhadap pengobatan HIV AIDS juga dipengaruhi oleh keterjangkauan dalam hal biaya. Biaya pengobatan HIV meliputi biaya pendaftaran/administrasi, biaya dokter/ jasamedis, obat ARV maupun obat infeksi oportunistik dan pemeriksaan laboratorium. Selain biaya pengobatan dibutuhkan juga biaya untuk mencapai fasilitas kesehatan seperti biaya transportasi dan akomodasi. Biaya tersebut harus selalu tersedia, karena minimal 6 kali dalam setahun sampai sebulan sekali pasien harus mengunjungi RS untuk mendapatkan pengobatan terkait HIV AIDS.⁴ Pengobatan HIV AIDS merupakan pengobatan seumur hidup, sehingga keberlangsungan pengobatan sangat berpengaruh terhadap hasil pengobatan.⁵ Studi yang dilakukan oleh UNICEF dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menunjukkan kesulitan yang dihadapi oleh anak-anak yang terinfeksi HIV AIDS untuk mengakses pelayanan pendidikan dan kesehatan salah satunya disebabkan oleh adanya kesulitan keuangan keluarga.⁶ Biaya pengobatan HIV AIDS juga bertambah jika pasien menderita Infeksi Oportunistik (IO), yaitu infeksi yang sering menyertai orang dengan HIV AIDS (ODHA) karena rusaknya sistem imun karena HIV. IO yang sering muncul antara lain tuberkulosis (TBC), diare kronis, *Kandidiasis oro faringeal*, *dermatitis generalisata*, dan *limfadenopati generalisata*

persisten.⁷ Anak dengan HIV adalah kelompok yang rentan, mengingat anak belum bisa mandiri dan sering kali menjadi beban keluarga atau kerabat disebabkan orangtuanya telah meninggal karena penyakit HIV AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keterjangkauan masyarakat dari segi biaya untuk mendapatkan pengobatan HIV AIDS dan IO di pelayanan kesehatan. Penelitian ini dilakukan dengan cara menghitung pengeluaran biaya berdasarkan pengakuan orang tua atau pendamping anak untuk mendapatkan pengobatan HIV dan IO, mulai dari biaya transportasi, biaya makan minum, biaya obat ARV dan IO, serta biaya pemeriksaan laboratorium.

Metode

Penelitian dilakukan dengan desain potong lintang (*cross sectional*) dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner yang ditanyakan kepada orang tua atau wali anak dengan HIV AIDS. Penelitian dilakukan di Provinsi DKI (Jakarta Utara dan Jakarta Barat), Jawa Timur (Kota Surabaya dan Kabupaten Malang), Bali (Kota Denpasar dan Kabupaten Badung) dan Papua (Kota Jayapura dan Kabupaten Jayapura) dan Sumatera Utara (Kota Medan dan Kabupaten Deli Serdang). Kelima provinsi tersebut termasuk 10 provinsi terbesar dalam jumlah ODHA. Penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai Desember 2015.

Populasi penelitian adalah orang tua/ wali anak dengan HIV AIDS (ADHA) usia < 18 tahun. Berdasarkan hasil perhitungan sampel, didapatkan jumlah sampel yang dibutuhkan sebanyak 267 orang tua/wali ADHA usia < 18 tahun yang tersebar di 5 provinsi berdasarkan perhitungan sampel dengan $Z=1,96$, $P=50\%$, $d=0,06$.⁸

Orang tua atau pendamping yang diwawancara diperoleh berdasarkan informasi dan koordinasi dari klinik Voluntary Counseling Testing-Care Support and Treatment (VCT-CST) di RS dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) serta Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) di tempat yang disepakati pasien, hal ini terkait dengan kerahasiaan status pasien. Dalam penelitian ini diperoleh 239 responden, target sampel tidak dapat dipenuhi karena sebagian orang tua/pendamping menolak untuk diwawancarai terkait stigma dan kerahasiaan status pasien.

Keterjangkauan biaya yang ditanyakan dalam penelitian ini adalah pengeluaran responden terkait kebutuhan pengobatan seperti biaya registrasi, biaya konsultasi dokter, biaya laboratorium dan biaya obat ARV ataupun obat infeksi oportunistik serta biaya non medis lainnya seperti biaya transportasi, biaya makan minum dan biaya pengantar selama menjalani pengobatan di RS.

Nilai biaya diperoleh hanya berdasarkan pengakuan responden, dan informasi petugas RS, karena tidak semua memiliki dan menyimpan bukti pengeluaran, terutama pasien yang diwawancara di tempat lain selain RS.

Hasil

Keterjangkauan pengobatan HIV dan IO dilihat dari kemampuan dan sumber biaya pasien dalam menjalani pengobatan, biaya pengobatan yang dibutuhkan termasuk biaya transportasi dan akomodasi serta kebijakan dan dukungan dari pemerintah daerah, KPAD dan LSM.

1. Biaya Pengobatan

Biaya pengobatan HIV dan IO dalam penelitian ini meliputi: (1) Biaya medis yang terdiri dari biaya pendaftaran/registrasi, jasa medis, jasa konselor/dokter, obat, pemeriksaan laboratorium; dan (2) Biaya non medis yang meliputi transportasi, dan biaya lain seperti makanan, minuman selama di RS, termasuk membeli majalah/koran, jajan/mainan anak selama menunggu pemeriksaan di RS.⁹

Hasil wawancara terstruktur dengan orang tua/wali ADHA menunjukkan bahwa sumber biaya pengobatan bervariasi antar

Kabupaten/Kota (Tabel 1). Biaya lain-lain diperoleh responden melalui bantuan dari teman, LSM, KDS dan Gereja.

Penelitian ini murni menggunakan perspektif pasien untuk mendapatkan persepsi mengenai keterjangkauan orang tua atau wali ADHA untuk menjalani pengobatan HIV AIDS pada anak. Sehingga pada pasien yang sudah mendapatkan jaminan pengobatan dari BPJS dan gratis dari pemerintah daerah (Pemda), maka nilai biaya pengobatannya akan terhitung 0, kecuali pasien yang ditanggung BPJS namun fasilitas tersebut tidak digunakan. Sumber biaya pengobatan pasien bisa lebih dari satu, biasanya pasien menggunakan sumber biaya dari BPJS untuk pengobatan penyakit oportunistiknya, sementara untuk pengobatan HIV AIDS menggunakan biaya sendiri. Hal ini dilakukan karena ada sebagian pasien ingin menutupi status HIV AIDS saat meminta surat rujukan dari puskesmas atau klinik. Orang tua atau wali tidak ingin masyarakat sekitar mengetahui kondisi HIV AIDS pada anak.³ Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa masih ada pasien yang mendapat fasilitas BPJS tapi masih mengeluarkan biaya sendiri untuk pengobatan HIV AIDS seperti biaya pendaftaran, pemeriksaan dokter, biaya obat ARV, biaya obat IO, serta biaya pemeriksaan laboratorium.

Setelah biaya pendaftaran, biaya yang sering dikeluarkan oleh orang tua ADHA adalah biaya pemeriksaan laboratorium. Hal ini karena sebagian RS belum memiliki fasilitas laboratorium pemeriksaan HIV AIDS sehingga pemeriksaan ini dilakukan di laboratorium klinik swasta dengan biaya sendiri.

Tabel 1. Sumber Biaya Pengobatan Pasien ADHA di Rumah Sakit

| Kabupaten/kota | BPJS | | Kabupaten/Kota | | | | Lain-lain | |
|-------------------|------|------|----------------|------|---------------|------|-----------|-----|
| | N | % | Gratis Pemda | | Biaya sendiri | | N | % |
| Jakarta Utara | 27 | 60,0 | 4 | 8,9 | 22 | 48,9 | 1 | 2,2 |
| Jakarta Barat | 13 | 61,9 | 7 | 33,3 | 8 | 38,1 | 0 | 0,0 |
| Kota Surabaya | 13 | 29,5 | 4 | 9,1 | 29 | 65,9 | 0 | 0,0 |
| Kab. Malang | 8 | 50,0 | 3 | 18,8 | 6 | 37,5 | 0 | 0,0 |
| Kota Denpasar | 8 | 37,5 | 6 | 25,0 | 18 | 75,0 | 2 | 8,3 |
| Kab. Buleleng | 0 | 0,0 | 12 | 63,2 | 11 | 57,9 | 0 | 0,0 |
| Kota Jayapura | 4 | 18,2 | 14 | 63,6 | 3 | 13,6 | 1 | 4,5 |
| Kab. Jayapura | 7 | 46,7 | 6 | 40,0 | 1 | 6,7 | 1 | 6,7 |
| Kota Medan | 9 | 40,9 | 0 | 0,0 | 12 | 54,5 | 2 | 9,1 |
| Kab. Deli Serdang | 8 | 72,7 | 1 | 9,1 | 3 | 27,3 | 0 | 0,0 |

Tabel 2. Pasien Peserta BPJS yang Masih Menggunakan Sumber Biaya Sendiri untuk Pengobatan HIV AIDS

| Kabupaten/Kota | Membayar Biaya Pendaftaran | | Membayar Biaya Dokter | | Membayar Biaya Obat ARV | | Membayar Biaya Obat IO | | Membayar biaya Laboratorium | |
|--------------------|----------------------------|------|-----------------------|-----|-------------------------|-----|------------------------|------|-----------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Kota Medan | 2 | 9,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 9,1 | 0 | 0,0 |
| Kab.Deli Serdang | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Kota Jakarta Utara | 10 | 22,2 | 0 | 0,0 | 1 | 2,2 | 2 | 4,4 | 4 | 8,9 |
| Kota Jakarta Barat | 1 | 4,8 | 0 | 0,0 | 1 | 4,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Kota Surabaya | 4 | 9,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 4 | 9,1 |
| Kota Malang | 2 | 12,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 6,3 |
| Kota Denpasar | 6 | 25,0 | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 3 | 12,5 | 4 | 16,7 |
| Kab. Buleleng | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Kota Jayapura | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Kab. Jayapura | 1 | 6,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Biaya medis pada ADHA berdasarkan biaya yang dikeluarkan pasien dapat dilihat pada Tabel 3. Biaya dokter untuk pengobatan HIV AIDS adalah biaya pendaftaran dan biaya konsul dokter anak dan VCT. Biaya dokter bernilai 0 untuk pasien yang mendapatkan fasilitas gratis dari Pemda ataupun menggunakan BPJS.

Biaya obat ARV adalah biaya yang dikeluarkan pasien untuk mendapatkan obat ARV di RS atau puskesmas. Pasien tidak mengeluarkan biaya untuk ARV, namun untuk pengobatan HIV AIDS pada anak di beberapa kabupaten/kota memerlukan biaya tambahan, seperti RS di Jakarta Barat dan Jakarta Utara ada biaya tambahan untuk resep racikan sebesar 10.000 sampai 20.000 rupiah, sehingga masih ada pasien yang mengeluarkan tambahan biaya untuk mendapatkan obat ARV.

Biaya obat oportunistik adalah biaya yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh obat penyakit penyerta yang dideritanya, seperti tuberkulosis, infeksi jamur, serta penyakit lainnya yang umumnya adalah penyakit infeksi yang membutuhkan antibiotik, diharapkan pasien selain mendapat ARV, juga mendapatkan antibiotik dengan jenis dan jumlah yang sesuai untuk mengobati penyakit infeksi yang dideritanya termasuk mencegah terjadinya resistensi.⁹

Biaya laboratorium yang didapatkan pada penelitian ini adalah biaya laboratorium terakhir yang dibayarkan pasien. Jika pasien tidak melakukan pemeriksaan laboratorium atau belum pernah melakukan pemeriksaan laboratorium, maka tidak diperoleh informasi biaya laboratorium. Biaya laboratorium termahal digunakan untuk melakukan pemeriksaan *Viral Load*, biaya tes lainnya digunakan untuk pemeriksaan CD4, Rontgen dan pemeriksaan fungsi hati. Beberapa pasien tidak mengeluarkan biaya untuk pemeriksaan laboratorium karena

ada program dari LSM atau KDS atau kebijakan dari pemerintah daerah. Biaya medis yang dikeluarkan pasien paling rendah di Kabupaten Jayapura, hal ini terjadi karena hampir sebagian besar memiliki ADHA di Kabupaten Jayapura menggunakan sumber biaya BPJS atau fasilitas gratis dari Pemda dan memanfaatkan fasilitas itu dengan baik, tidak ada ADHA peserta BPJS yang masih menggunakan biaya sendiri untuk pengobatan (Tabel 2).

Biaya non medis lainnya adalah biaya makan/jajan selama menjalani pengobatan di pelayanan kesehatan. Biaya ini diperlukan karena pelayanan untuk pengobatan ADHA terkadang harus menunggu lama, atau permintaan ADHA kepada orang tuanya ketika menjalani pengobatan. Biaya ini termasuk makanan dan minuman serta makanan kecil yang dikonsumsi ADHA maupun pendampingnya selama menjalani pengobatan rutin di pelayanan kesehatan (Tabel 3-5).

Untuk melihat keterjangkauan pengobatan HIV AIDS pada anak, maka dilakukan analisis dengan membandingkan biaya berobat ADHA setiap bulan sekali kunjungan dengan rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan (Tabel 6).

Jika dibandingkan dengan tingkat pengeluaran, maka rerata biaya untuk pengobatan HIV AIDS pada anak relatif rendah, karena tidak sampai 10% dari pengeluaran, namun ada responden dengan biaya pengobatan mencapai 56,7% dari total pengeluaran per bulan. Rerata biaya pengeluaran perbulan didapat dengan memperhitungkan frekuensi pengobatan dalam sebulan. Pengeluaran biaya pengobatan pada penelitian ini tidak dapat dijadikan standar, karena beberapa responden ada yang belum melakukan pemeriksaan rutin laboratorium seperti CD4 dan *viral load*.

Tabel 3. Biaya Medis Pengobatan ADHA Berdasarkan Pengeluaran Pasien

| Kab/Kota | N | Biaya Dokter (Rupiah) | | Biaya ARV (rupiah) | | Biaya Obat IO (rupiah) | | Biaya Laboratorium (rupiah) | |
|---------------|----|-----------------------|---------|--------------------|--------|------------------------|---------|-----------------------------|-----------|
| | | X | Maks | X | Maks | X | Maks | X | Maks |
| Jakarta Utara | 44 | 19.091 | 80.000 | 667 | 20.000 | 15.618 | 450.000 | 23.864 | 225.000 |
| Jakarta Barat | 21 | 17.381 | 195.000 | 2.857 | 20.000 | 2.238 | 30.000 | 38.095 | 800.000 |
| Surabaya | 44 | 10.841 | 15.000 | 0 | 0 | 7.977 | 200.000 | 40.955 | 400.000 |
| Kab. Malang | 15 | 7.333 | 50.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10.000 | 150.000 |
| Denpasar | 24 | 23.271 | 40.000 | 0 | 0 | 31.458 | 150.000 | 104.875 | 1.100.000 |
| Buleleng | 19 | 15.368 | 100.000 | 0 | 0 | 16.842 | 150.000 | 0 | 0 |
| Kota Jayapura | 22 | 1.136 | 25.000 | 0 | 0 | 5.455 | 120.000 | 4.545 | 100.000 |
| Kab. Jayapura | 15 | 667 | 10.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medan | 22 | 17.205 | 50.000 | 0 | 0 | 32.182 | 250.000 | 41.227 | 200.000 |
| Deli Serdang | 11 | 5.455 | 55.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabel 4. Biaya Transport ke Pelayanan Kesehatan

| Kabupaten/Kota | N | Biaya Transport (Rupiah) | | |
|-------------------|----|--------------------------|---------|----------|
| | | X | Minimum | Maksimum |
| Jakarta Utara | 44 | 24.982 | 6.000 | 100.000 |
| Jakarta Barat | 20 | 31.950 | 5.000 | 150.000 |
| Kota Surabaya | 44 | 29.768 | 0 | 150.000 |
| Kab. Malang | 15 | 68.800 | 10.000 | 300.000 |
| Kota Denpasar | 24 | 28.270 | 8.000 | 100.000 |
| Kab. Buleleng | 19 | 20.868 | 0 | 60.000 |
| Kota Jayapura | 22 | 30.182 | 0 | 200.000 |
| Kab. Jayapura | 15 | 42.267 | 7000 | 160.000 |
| Kota Medan | 22 | 28.209 | 6.000 | 100.000 |
| Kab. Deli Serdang | 11 | 26.864 | 7.500 | 75.000 |

Tabel 5. Biaya Akomodasi Makan/Jajan Selama Berobat

| Kabupaten/Kota | N | Biaya Transport (Rupiah) | | |
|-------------------|----|--------------------------|---------|----------|
| | | X | Minimum | Maksimum |
| Jakarta Utara | 44 | 20.636 | 0 | 90.000 |
| Jakarta Barat | 20 | 29.475 | 0 | 100.000 |
| Kota Surabaya | 44 | 24.386 | 0 | 150.000 |
| Kab. Malang | 15 | 16.933 | 0 | 50.000 |
| Kota Denpasar | 24 | 34.167 | 0 | 90.000 |
| Kab. Buleleng | 19 | 13.684 | 0 | 50.000 |
| Kota Jayapura | 22 | 16.909 | 0 | 100.000 |
| Kab. Jayapura | 15 | 42.333 | 0 | 200.000 |
| Kota Medan | 22 | 25.000 | 0 | 100.000 |
| Kab. Deli Serdang | 11 | 20.455 | 0 | 50.000 |

Tabel 6. Biaya Berobat Sekali Kunjungan dan Persentase Biaya Berobat Dibanding Pengeluaran Per Bulan

| Kabupaten/Kota | Biaya Berobat Sekali Kunjungan | | | Persentase Biaya Berobat Dibanding Pengeluaran | | |
|----------------|--------------------------------|---------|-----------|--|---------|----------|
| | X | Minimum | Maksimum | X | Minimum | Maksimum |
| Jakarta Utara | 105.444 | 0 | 590.000 | 6,1 | 0,0 | 40,8 |
| Jakarta Barat | 119.262 | 0 | 1.089.000 | 6,6 | 0,0 | 43,6 |
| Surabaya | 115.745 | 15.000 | 450.000 | 8,1 | 1,0 | 56,7 |
| Malang | 102.875 | 0 | 350.000 | 8,3 | 0,0 | 40,0 |
| Denpasar | 222.042 | 20.000 | 1.203.000 | 8,9 | 1,0 | 48,1 |
| Buleleng | 66.816 | 18.000 | 273.000 | 3,9 | 0,9 | 14,0 |
| Kota Jayapura | 61.864 | 0 | 353.000 | 4,2 | 0,0 | 20,0 |
| Kab. Jayapura | 85.267 | 7.000 | 280.000 | 5,8 | 0,4 | 21,3 |
| Medan | 152.277 | 20.000 | 360.000 | 7,3 | 0,9 | 25,1 |
| Deli Serdang | 52.773 | 15.000 | 115.000 | 3,8 | 0,8 | 11,5 |

Pembahasan

Hasil penelitian ini hanya melihat komponen biaya secara kuantitatif dari sisi pasien, dan tidak bisa melihat komponen biaya program untuk pengadaan ARV dan pemeriksaan laboratorium. Jika dilihat dari sisi pasien, maka pengeluaran terbesar justru untuk pengeluaran non medis seperti transport dan makan, karena biaya medis seperti pemeriksaan dokter dan obat ARV sebagian besar sudah ditanggung oleh pemerintah.

Pada penelitian ini diketahui bahwa biaya medis yang terbesar adalah untuk pemeriksaan laboratorium dan IO, hal ini terjadi karena di beberapa RS pemerintah mengalami kendala pemeriksaan yang disebabkan ketidakterdediaan reagen atau alat yang rusak, sehingga pemeriksaan dilakukan di laboratorium atau RS swasta dengan biaya yang lebih besar. Obat-obat IO memerlukan biaya yang cukup besar, karena tidak semua tertutup oleh dukungan gratis Pemda atau BPJS. Biaya untuk pengobatan penyakit IO relatif besar karena sebagian besar membutuhkan antibiotik dengan harga yang relatif mahal. Jika pasien melakukan pengobatan infeksi oportunistik yang tidak tepat, maka akan terjadi risiko resistensi yang akan membutuhkan biaya yang lebih besar lagi.¹⁰ Sementara konsumsi ADHA untuk ARV relatif kecil, bahkan sebagian besar responden tidak mengeluarkan biaya untuk ARV, kecuali sebagian yang harus membayar biaya embalase (pengemasan/pengepakan) atau jasa racik terutama untuk resep-resep racikan.

Masih ditemui keterbatasan fasilitas dan biaya untuk deteksi virus HIV pada bayi, sementara hal itu merupakan prioritas penatalaksanaan infeksi HIV pada anak. Pemeriksaan baku deteksi virus menggunakan biakan HIV, PCR DNA maupun *assays* RNA sangat terbatas dan mahal. Keberlangsungan pembiayaan pengobatan HIV pada anak memerlukan perhatian dan kebijakan khusus dari pemerintah pusat dan daerah, baik dari segi pelayanan maupun akses pengobatan.¹¹

Keadaan ekonomi penderita, sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS tidak mengalami perubahan secara signifikan karena dalam penelitian yang dilakukan oleh Dewa Putu,¹² responden penderita HIV AIDS menyatakan bahwa obat yang dikonsumsi membuat mereka bisa mengembalikan kondisi fisik menjadi normal kembali sehingga mereka bisa bekerja secara rutin untuk memenuhi kebutuhan ekonominya. Disamping itu, obat yang diberikan kepada penderita HIV AIDS

oleh pemerintah dan bantuan asing adalah obat gratis, sehingga penderita HIV AIDS tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli obat ini. Hal ini merupakan salah satu bentuk tanggung jawab dan perhatian pemerintah beserta donatur asing terhadap penderita HIV AIDS.¹²

Sementara hasil penelitian yang dilakukan Aang¹³ secara umum menyimpulkan bahwa secara makro dampak epidemi HIV belum terlalu besar tetapi pada tingkat rumah tangga sudah sangat memprihatinkan. ODHA serta rumah tangganya cenderung dibebani berbagai masalah antara lain menderita berbagai penyakit kronis, kehilangan pekerjaan dan pendapatan, peningkatan pengeluaran untuk kesehatan, menipisnya tabungan atau aset lainnya. Beratnya beban ekonomi yang harus ditanggung ditambah dengan pengeluaran kesehatan anggota rumah tangga yang terinfeksi HIV membuat anak usia sekolah terpaksa harus berhenti.

Sebelum tahun 2015 proposi biaya program HIV AIDS sebagian besar berasal dari hibah GF (*Global Fund*) yang merupakan bagian terpenting dari keseluruhan dana untuk program ATM (AIDS, TB dan Malaria), permasalahan yang terkait dengan pendanaan donor berdampak secara langsung terhadap kinerja program. Mengurangi dana hibah GF dengan pendanaan dalam negeri (APBN/APBD dan sumber lainnya) merupakan bagian yang sangat penting dari *exit strategy*, hal ini akan berpengaruh terhadap komitmen peningkatan dana dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah.¹⁴

Untuk pengobatan antiretroviral (ART), telah dilakukan kajian terkait akses pengobatan di negara berpenghasilan rendah dan menengah yang dimulai pada tahun 2004. Diperkirakan 5,2 juta orang terinfeksi HIV AIDS telah menerima ART, dan kelanjutan pengobatan terkait akses akan sangat bergantung pada ketersediaan anggaran program dan biaya pengobatan per pasien setiap tahunnya, terutama di negara-negara dengan angka infeksi HIV AIDS tinggi.¹⁵ Sampai saat ini, kebutuhan ART di Indonesia masih dipenuhi dari subsidi pemerintah, sehingga masyarakat masih terbantu dengan ini. Setelah obat-obatan ARV, komponen biaya yang paling penting lainnya adalah pemeriksaan laboratorium.¹⁵

ART pediatrik secara substansial telah terbukti mengurangi morbiditas dan mortalitas pada bayi dan anak-anak yang terinfeksi HIV AIDS. Untuk dapat memroyeksikan biaya program secara akurat, perlu estimasi akurat biaya obat antiretroviral (ARV) untuk anak-anak.

Namun, penetapan biaya terapi ARV pediatrik rumit karena rekomendasi dosis berdasarkan berat badan yang berubah selama pertumbuhan anak-anak.¹⁶

Dari sisi pandang ekonomi kesehatan, ketidakpatuhan berobat meningkatkan biaya berobat dengan mahalnya harga obat pengganti dan lamanya hospitalisasi. Biaya pengobatan antiretroviral cukup tinggi, terutama jika pasien mengalami kegagalan virologik pada lini pertama, diperlukan terapi lini kedua yang harganya jauh lebih mahal.¹⁷ Harapan hidup meningkat sebesar 30% dengan menggunakan ART lini kedua setelah kegagalan rejimen lini pertama.¹⁸

Biaya non medis yang dikeluarkan oleh pasien pada penelitian ini adalah biaya transportasi dan makan/minum selama pengobatan di fasilitas kesehatan. Di beberapa kota seperti Kabupaten Malang, Kota Jayapura, dan Kabupaten Jayapura rerata biaya non medis lebih besar dibanding rerata biaya medis, hal ini karena sebagian besar biaya pengobatan sudah ditanggung oleh pemerintah namun akses transportasi masih menjadi kendala. Rerata persentase biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan selama sebulan masih dibawah 10% pengeluaran rumah tangga, menurut Mardiaty Najdib dan Pujiyanto¹⁹ rumah tangga dengan pengeluaran kesehatan 0-10% untuk pelayanan kesehatan rawat jalan termasuk kategori pengeluaran sangat kecil, namun jika dilihat per rumah tangga, ada yang pengeluarannya cukup besar, karena lebih dari 50% digunakan hanya untuk pengobatan HIV anak, belum lagi ditambah dengan pengobatan kedua orang tuanya. Walaupun biaya obat ARV sudah ditanggung oleh pemerintah, namun pengeluaran terbanyak justru dari biaya untuk menjangkau fasilitas pengobatan, sehingga diperlukan pendekatan akses obat ARV ke pasien.²⁰ Pengobatan HIV AIDS membutuhkan kunjungan pasien sedikitnya 6 kali dalam setahun setelah memulai pengobatan dengan ARV, sehingga perlu dipertimbangkan biaya transportasi dan biaya waktu tunggu yang dikeluarkan oleh pendamping ADHA selama pengobatan.⁴

Untuk meningkatkan keterjangkauan dari segi biaya bagi ADHA, sebaiknya pemerintah mulai memikirkan paket pengobatan HIV AIDS, dengan memasukkan paket pengobatan minimum HIV AIDS dalam jaminan kesehatan, mulai dari pemeriksaan HIV, konsultasi dokter, pemeriksaan laboratorium dan perawatan di RS jika dibutuhkan.²¹ Pemeriksaan laboratorium

merupakan paket pengobatan penting bagi penderita HIV AIDS. Selain untuk penegakan diagnosis, pemeriksaan laboratorium juga digunakan untuk memantau kemajuan terapi. Kebutuhan biaya untuk pemeriksaan laboratorium di negara-negara berpenghasilan terendah sebesar 14% dari biaya keseluruhan, di negara-negara berpenghasilan menengah kebawah, biaya laboratorium sebesar 20% dari biaya keseluruhan, sementara pada negara-negara berpenghasilan menengah atas, biaya laboratorium berkisar 10% dari biaya ART.¹⁵

Kesimpulan

Biaya medis untuk pengobatan HIV AIDS dan IO sebagian besar sudah mendapat dukungan dari pemerintah, baik itu melalui BPJS maupun Pemda, namun ada sebagian ADHA peserta BPJS yang masih menggunakan biaya sendiri. Biaya medis yang ditanggung ADHA paling besar adalah untuk pemeriksaan laboratorium, hal ini terjadi karena keterbatasan sarana di pelayanan kesehatan rujukan HIV AIDS milik pemerintah. Sementara itu, biaya non medis masih mengalami masalah, terutama biaya transportasi ke fasilitas kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap biaya pengobatan HIV AIDS pada ADHA jika dibandingkan pengeluaran rata-rata rumah tangga relatif terjangkau, namun belum memperhitungkan pemeriksaan laboratorium rutin sesuai kebutuhan.

Saran

Pemerintah perlu memfasilitasi kebutuhan pengobatan HIV AIDS dalam bentuk satu paket pengobatan pada BPJS, mulai dari pendaftaran, pemeriksaan dokter, obat ARV dan IO, pemeriksaan laboratorium rutin sesuai kebutuhan serta pengobatan IO. Manajer kasus atau konselor sebaiknya mulai didekatkan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat dengan rumah pasien, sehingga pendamping ADHA tidak merasa khawatir dengan stigma selama menjalani pengobatan.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala, manajemen dan seluruh tim Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat atas terselenggaranya kegiatan penelitian. Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit di wilayah penelitian yang telah menyediakan data dan memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian.

Daftar Pustaka

1. Ditjen PP & PL Kemenkes RI. Laporan perkembangan HIV-AIDS triwulan III tahun 2013. Jakarta: Ditjen PP & PL Kemenkes RI; 2013.
2. Ditjen PP & PL Kemenkes RI. Data statistik HIV di Indonesia 2014. Jakarta: Ditjen PP & PL Kemenkes RI; 2014. p. 1–3.
3. Handayani R, Herman M, Mujiati, Masitoh S. Accessibility of children living with HIV/AIDS to hospitals in ten districts in Indonesia. *Asian J Med Heal* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 24];4(4):1–10. Available from: <http://www.sciencedomain.org/abstract/19449>.
4. Rosen S, Ketlhapile M, Sanne I, Desilva MB. Cost to patients of obtaining treatment for HIV / AIDS in South Africa. *S Afr Med* [Internet]. 2007 [cited 2017 August 1];97(7):524–9. Available from: <https://www.bu.edu/cghd/files/2010/10/Rosen-2007-Cost-to-Patients-Treatment.pdf>.
5. Departemen Kesehatan. Pedoman pelayanan kefarmasian untuk orang dengan HIV / AIDS (ODHA). Jakarta: Departemen Kesehatan; 2006. 85 p.
6. UNICEF Indonesia. Ringkasan kajian respon terhadap HIV/AIDS [Internet]. 2012 [cited 2017 January 9]. 2 p. Available from: http://www.unicef.org/indonesia/id/A4_-_B_Ringkasan_Kajian_HIV.pdf.
7. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328 Tahun 2013 Tentang Formularium Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
8. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies a practice manual. Geneva: World Health Organization;1991. p. 38.
9. Vogenberg FR. Introduction to applied pharmacoconomics. Vol. 120. USA: McGraw-Hill Companies; 2009. 2005-2006 p.
10. Onah OP, Pharm D, Pharm FPC. Affordability of antibiotic therapy of bacterial opportunistic infections in HIV/AIDS. 2016;5(9):147–59.
11. Greener R. AIDS and macroeconomic impact. *State Art AIDS Econ IAEN*. 2006;49–55.
12. Pardita DPY. Analisis dampak sosial, ekonomi, dan psikologis penderita HIV AIDS di Kota Denpasar. Program Pasca Sarjana Universitas Udayana. Denpasar. 2014.
13. Sutrisna A. Dampak HIV pada pendidikan anak di Indonesia. In: *Child Poverty and Sosial Protection Conference*. 2009. p. 1–24.
14. Direktorat Jenderal P2PL. Pembiayaan AIDS, TB dan Malaria (ATM) “Menyongsong BPJS 2014.” *Warta Tuberkulosis Indonesia*. 2013;23(April 2013-23/IV/2013):1–8.
15. Galarraga O, Wirtz VJ, Figueroa-Lara A, Santa-Ana-Tellez Y, Coulibaly I, Viisainen K, et al. Delivery Unit Costs for Antiretroviral Treatment and Prevention of Mother-to-Child-Transmission of HIV: A Systematic Review for Low and Middle Income Countries. *Pharmacoeconomics*. July 2011;29(7).
16. Doherty K, Essajee S, Penazzato M, Holmes C, Resch S, Ciaranello A. Estimating age-based antiretroviral therapy costs for HIV-infected children in resource-limited settings based on World Health Organization weight-based dosing recommendations. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:201(1):1–12.
17. Departemen Kesehatan. Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Jakarta: Departemen Kesehatan; 2006. 85 p.
18. Goldie SJ, Yazdanpanah Y, Losina E, Weinstein MC, Anglaret X, Walensky RP, et al. Cost-Effectiveness of HIV Treatment in Resource-Poor Settings -- The Case of Cote d'Ivoire. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 [cited 2017 January 17];355(11):1141–53. Available from: www.nejm.org.
19. Nadjib M, Pujiyanto. Pola pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan. *Makara Kesehatan*. 2002;6(2):35–46.
20. Apanga S, Punguyire D, Adjei G. Estimating the cost to rural ambulating HIV/AIDS patients on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in rural Ghana: a pilot study. *Pan Afr Med J*. 2012;8688(12:21):1–6.
21. Moon S, Van Leemput L, Durier N, Jambert E, Dahmane a, Jie Y, et al. Out-of-pocket costs of AIDS care in China: are free antiretroviral drugs enough? *AIDS Care* [Internet]. 2008;20(8):984–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18777223>. Diakses tanggal 31 Juli 2017