

ANALISIS KERUGIAN EKONOMI PADA PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS OESAPA

Diye F. M. Moinfani*, Dominirsep Ovidius Dodo, Tasalina Yohana Gustam, Petrus Romeo

¹Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana

*Corresponding author: Telp: 082146515776, email: fanimo@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular dengan prevalensi tinggi dan dikenal sebagai silent killer karena sering tidak bergejala tetapi berisiko menimbulkan komplikasi serius. Secara global, diperkirakan 1,4 miliar orang dewasa mengalami hipertensi, dan hampir setengahnya tidak mengetahui statusnya. Di Indonesia, prevalensi mencapai 29,2%, sedangkan di Nusa Tenggara Timur sebesar 26,4%. Di Kota Kupang, kasus hipertensi di Puskesmas Oesapa meningkat signifikan dari 4.985 kasus pada tahun 2022 menjadi 59.888 kasus pada 2024. Penelitian ini bertujuan mengetahui besarnya kerugian ekonomi pada penderita hipertensi di Puskesmas Oesapa. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Sampel penelitian berjumlah 352 pasien hipertensi yang dipilih menggunakan teknik *simple random sampling*. Analisis dilakukan secara deskriptif. Hasil menunjukkan total kerugian ekonomi sebesar Rp204.443.117 per tahun dengan rata-rata Rp580.803 per pasien per tahun. Sebagian besar responden berada pada kategori dampak biaya tak berwujud yang rendah, meskipun kekhawatiran terhadap komplikasi masih menjadi aspek yang paling dominan. Biaya tidak langsung merupakan komponen terbesar dalam kerugian ekonomi pasien hipertensi, sedangkan biaya tak berwujud relatif rendah. Temuan ini menunjukkan perlunya penguatan upaya promotif, preventif, serta peningkatan kepatuhan terapi untuk menekan beban ekonomi akibat hipertensi.

Kata Kunci: Hipertensi, Kerugian Ekonomi, Biaya Langsung, Biaya Tidak Langsung, Puskesmas

ABSTRACT

Hypertension is a highly prevalent non-communicable disease and is known as a silent killer because it is often asymptomatic but carries the risk of serious complications. Globally, an estimated 1.4 billion adults have hypertension, and nearly half are unaware of their status. In Indonesia, the prevalence reaches 29.2%, while in East Nusa Tenggara it is 26.4%. In Kupang City, hypertension cases at the Oesapa Community Health Center increased significantly from 4,985 cases in 2022 to 59,888 cases in 2024. This study aims to determine the magnitude of economic losses for hypertension sufferers at the Oesapa Community Health Center. This type of research is quantitative with a cross-sectional design. The study sample consisted of 352 hypertension patients selected using simple random sampling. The analysis was conducted descriptively. The results showed a total economic loss of IDR 204,443,117 (approximately USD 11,605) per year, with an average loss of IDR 580,803 (approximately USD 33) per patient per year. Most respondents fell into the low intangible cost impact category, although concerns about complications remained the most dominant aspect. Indirect costs constitute the largest

component of the economic losses of hypertension patients, while intangible costs are relatively low. These findings highlight the need to strengthen promotive and preventive efforts, as well as improve adherence to therapy, to reduce the economic burden of hypertension.

Keywords: Hypertension, Economic Loss, Direct Costs, Indirect Costs, Community Health Centers

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular dengan prevalensi tinggi dan dikenal sebagai silent killer karena sering tidak menimbulkan gejala, namun berisiko menyebabkan komplikasi serius seperti stroke, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal. Secara global, diperkirakan sekitar 1,4 miliar orang dewasa usia 30-79 tahun mengalami hipertensi, dengan hampir setengahnya tidak mengetahui status penyakitnya.¹ Di Indonesia, prevalensi hipertensi masih tinggi, yaitu 34,1% berdasarkan Riskesdas 2018 dan 29,2% berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia 2023, sedangkan di Nusa Tenggara Timur sebesar 26,4%.² Kondisi ini menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan baik di tingkat nasional maupun daerah.

Selain berdampak pada kesehatan, hipertensi juga menimbulkan beban ekonomi yang besar, baik berupa biaya langsung (pengobatan, pemeriksaan, laboratorium), biaya tidak langsung (kehilangan produktivitas), maupun biaya tak berwujud seperti kecemasan dan penurunan kualitas hidup. Beban ekonomi akibat hipertensi bahkan menyerap sebagian besar pembiayaan kesehatan, termasuk dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional.³

Peningkatan jumlah kasus penyakit, khususnya penyakit tidak menular, menuntut perhatian serius di tingkat pelayanan kesehatan primer. Beban kasus yang semakin besar secara langsung dihadapkan pada Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dan gatekeeper dalam sistem kesehatan. Dalam praktiknya, Puskesmas tidak hanya menangani jumlah pasien yang tinggi, tetapi juga

menghadapi keragaman latar belakang sosial ekonomi masyarakat. Variasi ini mencerminkan kompleksitas kondisi masyarakat, yang perlu dipahami sebagai dasar dalam upaya meningkatkan cakupan skrining dan deteksi dini.

Pada tingkat lokal, tingginya kasus hipertensi di Puskesmas Oesapa Kota Kupang, yang meningkat dari 4.985 kasus pada tahun 2022 menjadi 59.888 kasus pada tahun 2024, menunjukkan potensi beban ekonomi yang signifikan pada masyarakat⁴. Berdasarkan register Puskesmas Oesapa, angka 59.888 merupakan jumlah kasus baru hipertensi yang teridentifikasi melalui kegiatan skrining. Peningkatan temuan kasus tersebut sejalan dengan implementasi Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang memperluas cakupan skrining faktor risiko penyakit tidak menular termasuk hipertensi,⁵ serta didukung oleh penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) BPJS Kesehatan yang menjadikan capaian pengelolaan hipertensi melalui Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) sebagai salah satu indikator penilaian kinerja puskesmas.⁶ Kebijakan tersebut mendorong peningkatan cakupan skrining dan deteksi kasus sehingga lebih banyak penderita hipertensi dapat diidentifikasi dan dicatat dalam register pelayanan kesehatan

Di wilayah kerja Puskesmas Oesapa sebagai kawasan perkotaan, kondisi tersebut semakin diperkuat oleh tingginya mobilitas dan arus urbanisasi. Perpindahan penduduk dari berbagai daerah mendorong perubahan pola hidup, di mana masyarakat cenderung mengadopsi gaya hidup modern yang serba instan. Perubahan perilaku ini, seperti pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan

meningkatnya stres, menjadi faktor risiko yang berkontribusi terhadap peningkatan beban epidemiologi penyakit tidak menular. Oleh karena itu, tingginya jumlah kasus di Puskesmas Oesapa tidak hanya dipengaruhi oleh faktor medis, tetapi juga oleh dinamika sosial, ekonomi, dan perubahan perilaku masyarakat akibat urbanisasi

Beberapa penelitian sebelumnya telah mengkaji *cost of illness* pada pasien hipertensi, namun cakupan komponen biaya yang dianalisis masih bervariasi. Beberapa penelitian hanya mengukur biaya medis langsung,⁷ sedangkan penelitian lain telah mencakup biaya medis langsung, biaya nonmedis langsung dan biaya tidak langsung.⁸ Penelitian di Puskesmas Simpang IV, Kota Jambi juga telah mengukur ketiga komponen tersebut, tetapi belum mengukur biaya tak berwujud (*intangible cost*).⁹ Selain itu, beberapa penelitian lain lebih berfokus pada pelayanan rumah sakit, pasien dengan komorbiditas tertentu, atau kelompok populasi yang berbeda.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kajian mengenai kerugian ekonomi hipertensi yang mengukur seluruh komponen biaya secara bersamaan di tingkat pelayanan kesehatan primer masih terbatas.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini memiliki kebaruan (*novelty*) dengan menganalisis kerugian ekonomi pasien hipertensi di puskesmas melalui pengukuran empat komponen biaya, yaitu biaya langsung medis, biaya langsung nonmedis, biaya tidak langsung, dan biaya tak berwujud (*intangible cost*). Pendekatan ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai beban ekonomi yang ditanggung pasien hipertensi di fasilitas pelayanan kesehatan primer dibandingkan penelitian-penelitian sebelumnya yang umumnya hanya mengukur satu hingga tiga komponen biaya.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya kerugian ekonomi pada penderita hipertensi di Puskesmas Oesapa, meliputi

biaya langsung, biaya tidak langsung, biaya tak berwujud, serta total kerugian ekonomi yang ditimbulkan. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat praktis sebagai dasar bagi puskesmas dan pemerintah dalam merancang strategi pencegahan dan pengelolaan hipertensi yang lebih efisien, serta meningkatkan efektivitas kebijakan pembiayaan kesehatan. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya kajian dalam bidang kesehatan masyarakat dan ekonomi kesehatan, khususnya terkait analisis beban ekonomi penyakit tidak menular di tingkat layanan primer.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross-sectional* yang dilakukan di Puskesmas Oesapa, Kota Kupang, pada Januari-Februari 2026. Populasi penelitian adalah seluruh pasien hipertensi yang tercatat melakukan kunjungan, sebanyak 4.206 pasien. Sampel berjumlah 352 responden yang ditentukan menggunakan rumus Lemeshow dengan tingkat kepercayaan 95% dan margin of error 5%, serta dipilih dengan teknik *simple random sampling*.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi : (1) pasien yang tercatat aktif berkunjung untuk pengobatan atau pemeriksaan di Puskesmas Oesapa, (2) pasien yang memiliki data rekam medis lengkap, dan (3) pasien yang telah terdiagnosis hipertensi dengan atau tanpa komorbid. Kriteria eksklusi adalah: (1) pasien yang tidak bersedia menjadi responden, (2) pasien yang tidak dapat diwawancarai atau berkomunikasi dengan baik, dan (3) pasien dengan data yang tidak lengkap pada saat pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan penelusuran rekam medis. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan menggunakan SPSS. Validitas diuji dengan korelasi Pearson (*Corrected Item-Total Correlation*) pada taraf signifikansi 5% (r tabel

= 0,361), dan seluruh item dinyatakan valid (r hitung $>$ r tabel). Reliabilitas diuji menggunakan Cronbach's Alpha dengan batas $\geq 0,60$, dengan hasil nilai alpha 0,645–0,953, sehingga seluruh instrumen dinyatakan reliabel.

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik (*ethical clearance*) dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana (FKM Undana) Kupang dengan nomor: 005556/KEPK FKM UNDANA/2025.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menghitung total dan rata-rata biaya pada setiap komponen. Hasil disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk menggambarkan besarnya kerugian ekonomi pada penderita hipertensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 1, sebagian besar responden tidak bekerja (42,3%) dan bekerja di sektor informal (38,6%), sedangkan hanya sebagian kecil yang bekerja di sektor formal (19,0%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok dengan pekerjaan tidak tetap atau ketergantungan ekonomi, yang berpotensi meningkatkan kerugian ekonomi, terutama biaya tidak langsung akibat kehilangan pendapatan selama menjalani pengobatan hipertensi. Jenis pekerjaan diketahui memengaruhi besarnya kehilangan produktivitas, terutama pada pekerja informal yang bergantung pada kehadiran kerja.⁷

Sebagian besar responden telah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (98,9%), yang menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan sudah cukup baik. Kepemilikan JKN berperan dalam menurunkan beban biaya medis langsung karena sebagian besar biaya pelayanan kesehatan ditanggung oleh jaminan kesehatan. Dari sisi pembiayaan iuran JKN, mayoritas responden membayar iuran di bawah Rp150.000 (92,9%). Meskipun nilai iuran ini relatif terjangkau, tingginya partisipasi kepesertaan tetap memberikan perlindungan dasar terhadap biaya medis langsung.

Mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah UMK (60,2%), yang menunjukkan bahwa sebagian besar berada pada kelompok ekonomi rendah. Kondisi ini dapat meningkatkan kerentanan terhadap beban ekonomi akibat hipertensi, terutama pada biaya nonmedis dan biaya tidak langsung seperti transportasi dan kehilangan pendapatan. Pendapatan merupakan faktor penting yang memengaruhi kemampuan individu dalam mengakses pelayanan kesehatan dan menanggung biaya pengobatan.¹⁰

Berdasarkan kategori beban biaya, seluruh responden (100%) memiliki total biaya pengobatan $\leq 40\%$ dari UMK. Hal ini menunjukkan bahwa beban biaya pengobatan hipertensi masih tergolong rendah, yang kemungkinan dipengaruhi oleh tingginya kepemilikan JKN dan biaya pelayanan puskesmas yang relatif terjangkau.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Sosial Ekonomi Pasien Hipertensi di Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja	149	42,3
Sektor informal	136	38,6
Sektor formal	67	19,0
Status Kepemilikan JKN		
Ya	348	98,9

Tidak	4	1,1
Pendapatan		
< Rp2.500.000	212	60,2
≥ Rp2.500.000	140	39,8
Iuran JKN		
< Rp150.000	327	92,9
≥ Rp150.000	21	6,0
Kategori Beban Biaya		
≤40% UMK	352	100
>40% UMK	0	0

Beban Iuran JKN sebagai Indikator Kerentanan Finansial Peserta PBPU

Meskipun iuran JKN tidak dihitung sebagai komponen *cost of illness* akibat hipertensi karena bukan merupakan biaya yang timbul secara langsung akibat penyakit, iuran tersebut tetap penting untuk dibahas sebagai indikator kerentanan finansial peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU). Berbeda dengan biaya medis yang muncul sebagai konsekuensi dari penyakit, iuran JKN merupakan kewajiban pembayaran premi yang harus dipenuhi secara rutin oleh peserta untuk mempertahankan status kepesertaan, sehingga tidak termasuk biaya inkremental yang secara metodologis dihitung dalam studi *cost of illness*. Bagi kelompok masyarakat berpendapatan rendah, kewajiban membayar iuran setiap bulan tetap menjadi salah satu bentuk pengeluaran kesehatan rumah tangga yang dapat memengaruhi kemampuan memenuhi kebutuhan dasar lainnya.

Dalam penelitian ini, rata-rata iuran JKN yang dibayarkan responden adalah sebesar Rp63.081 per bulan. Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan data pendapatan responden, nilai tersebut setara dengan 7,06% dari rata-rata pendapatan bulanan kelompok responden yang berpendapatan di bawah UMK, yang mencakup 60,2% dari total sampel penelitian. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun iuran JKN tidak termasuk dalam perhitungan *cost of illness*, kewajiban membayar iuran secara rutin tetap menjadi

pengeluaran yang harus ditanggung rumah tangga setiap bulan.

Dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC), perlindungan finansial merupakan salah satu tujuan utama agar masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan ekonomi.¹¹ Salah satu indikatornya adalah *catastrophic health expenditure* (CHE) pada SDG 3.8.2, yaitu pengeluaran kesehatan yang membebani kemampuan ekonomi rumah tangga.¹² Oleh karena itu, meskipun tidak termasuk dalam perhitungan *cost of illness*, besarnya proporsi iuran JKN terhadap pendapatan dapat digunakan sebagai indikator adanya potensi kerentanan finansial, khususnya pada peserta PBPU berpendapatan rendah.

Biaya Langsung Medis

Biaya langsung medis merupakan pengeluaran secara langsung yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan, meliputi biaya pembelian obat, pemeriksaan dengan tenaga medis, pemeriksaan laboratorium, serta berbagai layanan kesehatan lainnya.¹³ Dalam penelitian ini, biaya langsung medis dihitung berdasarkan beberapa komponen biaya yang dikeluarkan pasien hipertensi. Distribusi biaya langsung medis pada pasien hipertensi per tahun di Puskesmas Oesapa dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Biaya Langsung Medis Pada Pasien Hipertensi Per Tahun di Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Komponen Biaya	Rata-rata (Rp)	Minimum (Rp)	Maksimum (Rp)	SD
Biaya Pemeriksaan	116.788	60.000	210.000	41.227
Biaya Obat	15.093	9.600	52.224	5.641
Biaya Laboratorium	8.216	0	70.000	16.113
Total Biaya Langsung Medis	140.097	69.600	249.600	42.022

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah biaya langsung medis pasien hipertensi per tahun sebesar Rp140.097, dengan rentang Rp69.600 hingga Rp249.600 dan standar deviasi Rp42.022. Variasi biaya ini dipengaruhi oleh frekuensi kunjungan dan kondisi klinis pasien, dimana pasien dengan tekanan darah tidak terkontrol cenderung melakukan kunjungan lebih sering sehingga meningkatkan kebutuhan obat dan pemeriksaan. Komponen terbesar berasal dari biaya pemeriksaan, yang menunjukkan pentingnya pemantauan rutin dalam pengelolaan hipertensi.

Biaya obat relatif rendah karena sebagian besar pasien memperoleh obat antihipertensi dari puskesmas. Obat yang umum diberikan

antara lain amlodipine dan captopril sebagai terapi utama hipertensi. Di sisi lain, biaya tetap muncul pada sebagian pasien yang perlu membeli obat tambahan di luar puskesmas akibat keterbatasan stok.

Secara deskriptif hasil ini menunjukkan adanya variasi biaya medis langsung pada pasien hipertensi. Temuan lain juga melaporkan bahwa pasien hipertensi memerlukan terapi dan pemantauan kesehatan secara berkelanjutan sehingga memerlukan pengeluaran pelayanan kesehatan secara rutin.¹⁴ Dalam penelitian ini biaya dihitung berdasarkan jumlah kunjungan tanpa pemisahan proporsi biaya untuk masing-masing penyakit penyerta karena keterbatasan instrumen dan data klinis yang lebih rinci.

Tabel 3. Distribusi Biaya Langsung Nonmedis Pada Pasien Hipertensi Per Tahun di Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Komponen Biaya	Rata-rata (Rp)	Minimum (Rp)	Maksimum (Rp)	SD
Biaya transportasi	132.977	0	300.000	80.607
Biaya parkir	955	0	40.000	4.824
Biaya lain-lain	9.878	0	220.000	40.872
Total biaya langsung nonmedis	143.809	0	544.000	95.318

Tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah biaya langsung nonmedis pasien hipertensi per tahun sebesar Rp143.809, dengan rentang Rp0 hingga Rp544.000 dan standar deviasi biaya langsung nonmedis

sebesar Rp95.318 yang menunjukkan adanya variasi biaya antar responden.

Komponen biaya langsung nonmedis terbesar berasal dari biaya transportasi dengan rata-rata sebesar Rp132.977, diikuti biaya lain-lain sebesar Rp9.878 dan biaya parkir

sebesar Rp955. Besarnya proporsi biaya transportasi menunjukkan bahwa pengeluaran untuk perjalanan menuju fasilitas pelayanan kesehatan menjadi komponen utama dalam biaya langsung nonmedis pasien hipertensi. Beragam jenis transportasi yang digunakan pasien mulai dari kendaraan pribadi, transportasi umum, hingga berjalan kaki menjadi salah satu faktor yang menyebabkan perbedaan besarnya pengeluaran antar responden.

Selain itu, terdapat biaya lain-lain yang mencerminkan pengeluaran tambahan, seperti kompensasi kepada anak ketika ibu rumah tangga pergi berobat, serta biaya transportasi

bagi pendamping pada pasien lansia dan pengeluaran untuk pulsa/kuota yang digunakan untuk komunikasi. Secara deskriptif, temuan ini menggambarkan bahwa pengeluaran responden tidak hanya berasal dari kebutuhan medis, tetapi juga mencakup kebutuhan pendampingan dan aktivitas pendukung selama proses memperoleh pelayanan kesehatan. Pola tersebut sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa biaya transportasi merupakan komponen dominan dalam biaya langsung nonmedis, dengan rata-rata total biaya nonmedis sebesar Rp175.385 per pasien per tahun, dalam rentang Rp132.000 hingga Rp252.000.¹⁴

Biaya Tidak Langsung

Tabel 4. Distribusi Biaya Tidak Langsung Pada Pasien Hipertensi Per Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Komponen Biaya	Rata-rata $\pm$ SD (Rp)	Median (Q1-Q3) (Rp)	Minimum-Maksimum (Rp)
Pendapatan Pasien yang hilang	296.897 $\pm$ 476.567	0 (0-600.000)	0-2.700.000

Tabel 4 menunjukkan bahwa rata-rata biaya tidak langsung pasien hipertensi sebesar Rp296.897 per tahun dengan standar deviasi Rp476.567. Nilai median sebesar Rp0 (IQR Rp600.000; Q1=Rp0 dan Q3=Rp600.000), dengan rentang biaya antara Rp0 hingga Rp2.700.000. Median sebesar Rp0 menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden tidak mengalami kehilangan pendapatan, sedangkan sebagian responden lainnya mengalami kehilangan pendapatan yang cukup besar sehingga distribusi data menjadi tidak normal.

Biaya tidak langsung merujuk pada besarnya pendapatan pasien yang hilang akibat tidak dapat bekerja selama menderita hipertensi beserta penyakit penyerta. Kehilangan tersebut mencakup nilai ekonomi

dari ketidakhadiran kerja (*absenteeism*) yang berdampak pada penurunan produktivitas.¹⁵

Secara deskriptif, nilai minimum sebesar nol menunjukkan bahwa beberapa pasien tidak mengalami kehilangan pendapatan, karena masih dalam status tidak bekerja atau tidak terikat pada jam kerja yang ketat dan terdapat juga pasien yang tidak mengalami kehilangan pendapatan karena bekerja sebagai pegawai tetap dengan sistem gaji bulanan, sehingga pendapatan tetap diterima walaupun tidak masuk kerja. Sementara nilai maksimum yang tinggi menggambarkan bahwa terdapat responden dengan kehilangan pendapatan yang lebih besar, terutama pada mereka yang bekerja di sektor informal atau sebagai wiraswasta yang ketergantungan pada kehadiran fisik untuk menghasilkan pendapatan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa biaya tidak langsung merupakan salah satu komponen penting dalam *cost of illness* pada pasien hipertensi, karena mencerminkan kehilangan

produktivitas selama menjalani pengobatan.⁸ Pola tersebut menunjukkan bahwa selain biaya medis, kehilangan pendapatan juga merupakan bagian dari beban ekonomi yang dialami pasien hipertensi.

Total Kerugian Ekonom

Tabel 5. Distribusi Kerugian Ekonomi Pada Pasien Hipertensi Per Tahun di Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Komponen Biaya	Rata-rata (Rp)	Minimum (Rp)	Maksimum (Rp)
Biaya langsung medis	140.097	69.600	249.600
Biaya langsung nonmedis	143.809	0	544.000
Biaya tidak langsung	296.897	0	2.700.000
Total kerugian ekonomi	580.803	69.600	3.069.600

Tabel 5 menunjukkan bahwa rata-rata total kerugian ekonomi pasien hipertensi per tahun sebesar Rp580.803, dengan rentang Rp69.600 hingga Rp3.069.600. Jika dibandingkan dengan dengan Upah Minimum Kota Kupang sebesar Rp2.500.000 per bulan (Rp30.000.000 per tahun), maka kerugian tersebut setara dengan sekitar 1,93% dari pendapatan tahunan. Sebagian besar responden (60,2%) memiliki pendapatan di bawah UMK. Berdasarkan hasil penelitian ini, proporsi tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden berasal dari kelompok berpendapatan rendah. Kondisi ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang melaporkan bahwa kelompok berpendapatan rendah cenderung menghadapi beban ekonomi yang lebih besar dalam menghadapi penyakit kronis.

Komponen biaya terbesar berasal dari biaya tidak langsung sebesar Rp296.897 diikuti biaya langsung nonmedis Rp143.809 dan biaya langsung medis Rp140.097. Secara deskriptif, biaya tidak langsung merupakan komponen terbesar dalam total kerugian ekonomi pasien hipertensi. Temuan ini menggambarkan bahwa kehilangan pendapatan akibat berkurangnya produktivitas selama menjalani pengobatan menjadi bagian pengeluaran yang paling dominan dalam kerugian ekonomi yang dialami responden.

Cost of illness atau biaya total akibat penyakit adalah keseluruhan biaya yang dikeluarkan oleh pasien, baik biaya langsung maupun tidak langsung.¹⁰ Variasi beban ekonomi yang cukup besar antar responden yang dipengaruhi oleh perbedaan kondisi klinis, frekuensi kunjungan, serta kemampuan ekonomi pasien. Komponen biaya terbesar berasal dari biaya tidak langsung, dengan rata-rata Rp296.897 per tahun. Besarnya biaya tidak langsung tersebut menggambarkan adanya kehilangan produktivitas dan pendapatan yang dialami sebagian responden akibat keterbatasan dalam menjalankan aktivitas pekerjaan selama menjalani pengobatan hipertensi. Komponen ini terutama berkaitan dengan kehilangan pendapatan pada responden yang masih bekerja, khususnya kelompok pekerja yang memiliki ketergantungan terhadap kehadiran fisik dalam memperoleh penghasilan.

Temuan ini sejalan dengan konsep *cost of illness* yang menyatakan bahwa penyakit kronis tidak hanya menimbulkan biaya medis langsung, tetapi juga dapat menghasilkan beban ekonomi melalui kehilangan produktivitas (*productivity loss*) akibat penurunan kemampuan bekerja, ketidakhadiran kerja (*absenteeism*), maupun berkurangnya kapasitas aktivitas ekonomi (*presenteeism*).¹⁴ Penelitian lain juga

melaporkan bahwa hipertensi sebagai penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan dan pemantauan jangka panjang dapat menimbulkan beban ekonomi bagi pasien, baik melalui biaya pelayanan kesehatan maupun kehilangan produktivitas¹⁶.

Biaya tidak langsung dalam penelitian ini menggambarkan bahwa aspek kehilangan pendapatan menjadi salah satu bagian penting dari kerugian ekonomi yang dialami pasien hipertensi. Secara umum hasil penelitian ini menegaskan pentingnya upaya pencegahan dan pengendalian terhadap hipertensi serta penyakit tidak menular. Upaya tersebut didasarkan pada temuan bahwa hipertensi tidak hanya menimbulkan dampak kesehatan, tetapi juga memberikan beban ekonomi bagi pasien, serta mendukung peningkatan

kesadaran masyarakat mengenai risiko kesehatan dan beban ekonomi yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi.

Biaya Tak Berwujud

Biaya tak berwujud (*intangible cost*) merupakan komponen biaya penyakit yang tidak dapat diukur secara langsung dalam satuan moneter karena berkaitan dengan penderitaan, ketidaknyamanan, kecemasan, stres, dan penurunan kualitas hidup pasien.¹⁷ Dalam penelitian ini, biaya tak berwujud diukur melalui beberapa aspek penilaian yang menggambarkan kondisi psikologis dan sosial pasien hipertensi. Distribusi Tingkat biaya tak berwujud pada pasien hipertensi di Puskesmas Oesapa Tahun 2026 dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi Tingkat Biaya Tak Berwujud Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Oesapa Tahun 2026

Aspek Penilaian	Tidak pernah		Kadang-kadang		Sering		Sangat sering	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Saya merasa cemas tentang kondisi tekanan darah saya.	161	45,7	140	39,8	42	11,9	9	2,6
Saya merasa stres/tekanan emosional akibat harus rutin berobat atau mengonsu msi obat.	211	59,9	91	25,9	45	12,8	5	1,4
Saya merasa khawatir akan kemungkinan komplikasi serius.	99	28,1	61	17,3	79	22,4	113	32,1
Aktivitas sosial saya terganggu akibat hipertensi.	157	44,6	141	40,1	33	9,4	21	6,0
Saya merasa kualitas hidup saya menurun.	144	40,9	148	42,0	53	15,1	7	2,0
Kondisi hipertensi membuat saya mengurangi aktivitas harian (pekerjaan, rumah, aktivitas luar).	195	55,4	124	35,2	28	8,0	5	1,4
Saya mengurangi kegiatan	202	57,4	111	31,5	24	6,8	15	4,3

Aspek Penilaian	Tidak pernah		Kadang-kadang		Sering		Sangat sering	
	n	%	n	%	n	%	n	%
sosial (bertemu keluarga/teman) karena kondisi saya.								
Saya merasa penyakit ini membuat saya kurang bahagia dalam menjalani hari.	151	42,9	108	30,7	62	17,6	31	8,8
Rata-rata %		46,8		32,8		13,0		7,3

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Oesapa Tahun 2026 berada pada kategori “Tidak Pernah” mengalami dampak biaya tak berwujud dengan rata-rata sebesar 46,8%, diikuti kategori “Kadang-kadang” sebesar 32,8%, kategori “Sering” sebesar 13,0%, dan kategori “Sangat sering” sebesar 7,3%. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden jarang mengalami dampak psikologis terkait hipertensi, meskipun sebagian responden lainnya tetap melaporkan adanya pengalaman kecemasan, stres, dan kekhawatiran terhadap komplikasi. Temuan tersebut menggambarkan bahwa meskipun hipertensi sering kali tidak disertai gejala fisik yang berat, sebagian pasien tetap melaporkan adanya dampak psikologis selama menjalani kondisi penyakitnya.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa pasien hipertensi memiliki risiko lebih tinggi mengalami *psychological distress*, terutama setelah mengetahui diagnosisnya.¹⁸ Selain itu, penelitian sebelumnya melaporkan bahwa persepsi terhadap penyakit dan kekhawatiran terhadap komplikasi berhubungan dengan kondisi psikologis serta kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi.¹⁷ Temuan lain juga menunjukkan bahwa hipertensi dapat memengaruhi kualitas hidup pasien, baik dari aspek fisik, psikologis, maupun sosial.¹⁹

Secara deskriptif, sebagian besar pasien melaporkan frekuensi dampak psikologis pada kategori tidak pernah dan kadang-kadang. Namun, masih terdapat sebagian responden yang melaporkan adanya kecemasan, stres, serta kekhawatiran terhadap komplikasi hipertensi. Perbedaan pengalaman psikologis antar responden dapat berkaitan dengan variasi kondisi kesehatan, keberadaan penyakit penyerta, maupun karakteristik sosial pasien sebagaimana dilaporkan dalam penelitian terdahulu¹⁸.

Keterbatasan penelitian ini terletak pada pengukuran biaya tak berwujud yang belum menggunakan instrumen standar yang tervalidasi secara luas serta tidak diukur dalam satuan moneter dan hanya dinilai berdasarkan persepsi responden, sehingga dapat memengaruhi ketepatan pengukuran, keterbandingan hasil dengan penelitian lain, serta belum sepenuhnya menggambarkan beban ekonomi secara menyeluruh. Selain itu, data biaya dikumpulkan melalui wawancara retrospektif dengan periode ingatan selama satu tahun, sehingga terdapat potensi *recall bias* akibat ketidakakuratan responden dalam mengingat besaran pengeluaran maupun frekuensi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor psikososial, seperti dukungan keluarga dan kondisi mental pasien, juga tidak dianalisis secara mendalam sehingga belum dapat menggambarkan secara komprehensif faktor-faktor yang memengaruhi biaya tak

berwujud. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif sehingga tidak dirancang untuk menguji hubungan asosiatif maupun kausal antarvariabel. Oleh karena itu, interpretasi mengenai kemungkinan keterkaitan antara karakteristik sosiodemografi dan besaran kerugian ekonomi dalam penelitian ini bersifat deskriptif, didasarkan pada pola distribusi data, serta didukung oleh temuan penelitian terdahulu.

SIMPULAN

Rata-rata biaya langsung medis pasien hipertensi sebesar Rp140.097 per tahun dan biaya langsung nonmedis sebesar Rp143.809 per tahun. Biaya tidak langsung akibat kehilangan pendapatan merupakan komponen terbesar, yaitu Rp296.897 per tahun. Sementara itu, biaya tak berwujud umumnya berada pada tingkat rendah hingga sedang, namun kekhawatiran terhadap komplikasi masih cukup tinggi pada sebagian pasien. Secara keseluruhan, rata-rata total kerugian ekonomi pasien hipertensi mencapai Rp580.803 per tahun, dengan dominasi biaya tidak langsung sebagai penyumbang utama beban ekonomi.

SARAN

Upaya pengendalian hipertensi perlu ditingkatkan melalui pendekatan promotif dan preventif di fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya melalui edukasi rutin, pemantauan berkelanjutan, dan peningkatan kepatuhan pasien dalam pengobatan. Dukungan pemerintah daerah dan program jaminan kesehatan juga diperlukan untuk memastikan akses layanan yang merata dan pembiayaan yang komprehensif guna menekan beban ekonomi pasien. Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan kesadaran dalam menerapkan pola hidup sehat serta kepatuhan terhadap kontrol dan pengobatan.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk memperluas cakupan wilayah, menambahkan

variabel seperti tingkat keparahan penyakit, kepatuhan pengobatan, dan penyakit penyerta, serta menggunakan pendekatan metode campuran agar diperoleh gambaran *cost of illness* yang lebih komprehensif, termasuk aspek biaya tak berwujud.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. A Global Brief on Hypertention (World Healthy Day), World Health Organization. *Temas salud Hipertens.* Published online 2025. <https://www.who.int/news/item/23-09-2025-uncontrolled-high-blood-pressure-puts-over-a-billion-people-at-risk>
2. Survei Kesehatan Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia 2023 (SKI). *Kemendes.* Published online 2023:235.
3. Solida A, Noerjoedianto D, Mekarisce AA, Widiastuti F. Analisis Cost Of Illnes dan Dampak Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Mengurangi Beban Ekonomi Pasien Hipertensi. 2022;2018:1-7.
4. Kupang DKK. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2023.* Dinas Kesehatan Kota Kupang; 2023. <https://www.scribd.com/document/796608620/Profil-Kesehatan-Kota-Kupang-2023>
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jelang Implementasi, Petunjuk Teknis Pemeriksaan Kesehatan Gratis Diterbitkan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Published 2025. <https://kemkes.go.id/id/jelang-implementasi-petunjuk-teknis-pemeriksaan-kesehatan-gratis-diterbitkan>
6. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. KBK, Inovasi BPJS Kesehatan yang Mengukur Kinerja Fasilitas Kesehatan. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. <https://www.menpan.go.id/site/berita->

- terkini/kbk-inovasi-bpjs-kesehatan-yang-mengukur-kinerja-fasilitas-kesehatan
7. Lolo WA, Wiyono WI, Mpila DA. Cost of Illness Pasien Hipertensi Rawat Inap di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *e-CliniC*. 2024;12(3):414-420. doi:10.35790/ecl.v12i3.58444
 8. Etika T, Pristianty L, Hidayati IR. Analisis Cost-of-Illness pada Pasien Hipertensi Peserta BPJS Rawat Jalan di Puskesmas Banyuwangi Cost-of-Illness Analysis in Hypertension Outpatients with BPJS (Universal Coverage) in Banyuwangi Primary Healthcare Centre. *Pharm J Indones*. 2020;6(1):41-46. <https://doi.org/10.21776/ub.pji.2020.006.01.7>
 9. Marbun M. *Gambaran Cost of Illness Dari Perspektif Pasien Hipertensi Rawat Jalan Di Puskesmas Simpang IV Sipin Kota Jambi Tahun 2022*. Universitas Jambi; 2023. <https://repository.unja.ac.id/47025/>
 10. Sabrina D, Iqbal M, Suri N. Komponen Biaya yang Mempengaruhi Total Cost of Illness pada Pasien Hipertensi Rawat Inap: Narrative Review. 2026;4(3):218-223. doi:10.63004/snsmed.v4i3.902
 11. World Health Organization. Tracking Universal Health Coverage:2023 Global Monitoring Report. In: World Health Organization; 2023. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3d4572d2-30a5-4cf0-bf73-0062d677bbf0/content>
 12. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(2):e169–e179. doi:10.1016/S2214-109X(17)30429-1
 13. Sitanggang ML. *Pedoman Penerapan Kajian Farmakoeкономи*. (Drs. Prih Sarnianto, M.Sc A dr. ZF, Erie Gusnellyanti, S.Si, Apt M, eds.). Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.; 2012. <https://farmalkes.kemkes.go.id/unduh/pedoman-penerapan-kajian-farmakoekonomi/>
 14. Andriani Y. Cost of Illness pada Pasien Hipertensi Rawat Jalan di Puskesmas Gamping 2. *J Ekon Kesehat Indones*. 2025;10(1). doi:10.7454/eki.v10i1.1117
 15. Ashari M. Analisis Kerugian Ekonomi (Economic Loss) Penderita Penyakit Hipertensi dengan Penyakit Penyerta Peserta BPJS di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Budi Agung Kota Palu. *J Heal Educ Lit*. 2022;5(1):40-48. doi:10.31605/j-healt.v5i1.1737
 16. Dewi S. *Analisis Beban Ekonomi Penyakit Melalui Pendekatan Cost Of Illness:Studi Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kemiling Periode Tahun 2025*. 2026. <http://digilib.unila.ac.id/id/eprint/96179>
 17. Baharvand P, Malekshahi F, Babakhani A dkk. Persepsi tentang hipertensi dan kepatuhan terhadap pengobatan hipertensi di kalangan pasien yang berobat di sebuah rumah sakit di Iran bagian barat: Sebuah studi potong lintang. *Heal Sci Reports*. 2023;6(8):1-8. doi:10.1002/hsr2.1501
 18. Gultom & Siregar D. Korelasi Stress dan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi. *J Kesehat Vokasional*. 2018;3(2):90. doi:10.22146/-38151
 19. Pertiwi, Anggriani dkk. Kualitas Hidup Pasien Hipertensi. *Br Med J*. 2020;2(5474):1333-1336.