

Annex 2 Definitive version of adapted Tool to Estimate Patient Costs in Bahasa Indonesia

Perangkat untuk memperkirakan biaya yang dikeluarkan pasien

Kuesioner

Nama Pewawancara :

No Registrasi Pasien di Fasilitas TB:

Tanggal wawancara (dd/mm/yy)	Nama Provinsi	Nama Kabupaten / Kota	Nama kelurahan	Tempat wawancara (rumah/nama fasilitas kesehatan)
Kategori Fasilitas Kesehatan tempat berobat	1. Puskesmas 2. Klinik swasta 3. RSUD/ Pemerintah 4. RS Swasta 5. RS lainnya, sebutkan.....			

Memperkenalkan diri kepada pasien:

Nama saya adalah.... Saya bekerja bersama dr. Ahmad Fuady, MSc dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Kami melakukan studi untuk mengetahui biaya yang dikeluarkan oleh pasien karena penyakit Tuberkulosis. Oleh karena itu, kami ingin menanyakan berapa banyak biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan, khususnya Tuberkulosis, saat sebelum dan selama diagnosis, serta sepanjang pengobatan. Kami memohon agar Anda dapat memberikan informasi dalam tiga bulan terakhir dan sebagian besar biaya yang terkait dengan TB yang dikeluarkan sebelumnya.

Sangat penting untuk Anda pahami bahwa partisipasi Anda dalam studi ini bersifat sukarela. Kami akan sangat berterima-kasih apabila Anda bersedia ikut serta dalam studi ini, namun Anda dapat menolaknya. Jika Anda tidak bersedia ikut serta, tidak akan ada konsekuensi untuk Anda dan Anda akan tetap menerima semua pelayanan dan pengobatan di fasilitas kesehatan seperti biasa. Jika Anda membatalkan keikutsertaan Anda, Anda tidak akan kehilangan manfaat yang seharusnya Anda terima seperti pelayanan dan pengobatan yang diberikan di klinik.

Jika Anda memilih untuk ikut-serta dalam studi, Anda perlu mengetahui bahwa Anda dapat mengundurkan diri pada setiap tahap studi tanpa harus memberikan penjelasan atas pengunduran diri Anda. Semua jawaban Anda akan dirahasiakan. Pada beberapa poin kami akan menanyakan tentang penghasilan pribadi dan penghasilan rumah tangga Anda. Kami TIDAK AKAN memberikan informasi ini kepada lembaga berwenang atas pajak dan kesejahteraan, hal ini berlaku pula setelah penelitian ini berakhir.

Survey ini membutuhkan waktu sekitar 30 menit.

Apakah Anda memiliki pertanyaan? Apakah Anda akan berpartisipasi? (lingkari) Ya / Tidak

Tanda tangan Responden:

Jika Ya : Terima kasih!

Jika Tidak : alasan tidak berpartisipasi? (lingkari) 1. Tidak cakap berbahasa 2. Kendala waktu
 3. Tidak nyaman 4. Lainnya, sebutkan

Informasi Pasien (diisi oleh Pewawancara, tambahkan keterangan dari kartu pasien; diisi juga bila pasien menolak diwawancarai untuk analisis non-response)	
Responden	1. Pasien 2. Pengawas Minum Obat (PMO) ¹ / wali yang tinggal di rumah tangga yang sama dengan pasien
1. Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Usia: tahun
2. Apakah pendidikan tertinggi Anda? 1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Diploma 6. Sarjana 7. Pasca sarjana	
3. Tipe TB (lingkari)	1. Paru BTA + 2. Paru BTA - 3. Paru, tidak tahu status BTA 4. Ekstra Paru
4. Regimen Terapi (lingkari)	1. Kat I (penderita baru) 2. Kat II (terapi kambuh atau gagal) 3. Terapi MDR
5. Fase terapi dan lama terapi?	1. Intensif 2. Lanjutan
6. Status HIV (lihat di kartu pasien!)	1. Positif 2. Negatif 3. Tidak dites 4. Tidak ada informasi
7. Tanggal pemeriksaan dahak atau Foto toraks pertama (dd/mm/yy)	
8. Tanggal mulai pengobatan (dd/mm/yy)	
9. Berapa lama waktu yang diperlukan untuk mencapai tempat pengobatan Anda saat ini dari rumah Anda? menit dengan berjalan kaki/bersepeda menit dengan kendaraan pribadi atau angkutan umum

Pengobatan Sebelumnya	
10. a) Pernahkah Anda mendapatkan pengobatan TB sebelumnya? Cocokkan dengan kartu pasien; <i>Jika Tidak, lanjut ke11</i>	1. Ya. (mm/yy pengobatan selesai)..... 2. Tidak
b) Jika YA: Apakah Anda menyelesaikan pengobatan TB Anda terdahulu?	1. Ya 2. Tidak
c) Jika TIDAK, mengapa?	1. Kekurangan biaya untuk pengobatan 2. Efek samping obat 3. Jarak tempuh ke fasilitas kesehatan 4. Lainnya (sebutkan):

Keterlambatan, Biaya Pradiagnosis dan Diagnosis	
11. Gejala apa yang Anda alami sehingga Anda memutuskan pergi berobat untuk penyakit Anda yang sekarang? Berapa lama Anda mengalami gejala-gejala tersebut sebelum Anda pergi mencari pengobatan?	
1. Batuk YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> _____ minggu	4. Berat badan turun YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> _____ minggu
2. Keringat malam YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> _____ minggu	5. Lainnya (Jelaskan) YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> _____ minggu
3. Batuk berdarah YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> _____ minggu	

¹ PMO: Pengawas Minum Obat yang secara khusus ditunjuk oleh pasien/penyedia layanan

12. Ke mana saja Anda mencari pengobatan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut? Centang semua yang sesuai

1. RSUD	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>	4. Klinik Swasta	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>
2. RS Swasta	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>	5. Lainnya (Jelaskan	<input type="checkbox"/> _____
3. Puskesmas	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>		

Ke mana Anda pergi pertama kali? Lingkari tempat pertama pengobatan tersebut di atas

Jika selain dari fasilitas kesehatan pemerintah yang dipilih di 12):

13. Mengapa Anda tidak pergi ke fasilitas kesehatan pemerintah, seperti Puskesmas atau RSUD, ketika Anda pertama kali ingin berobat? Lingkari yang paling sesuai.

1. Jarak terlalu jauh	5. Tidak percaya pada kualitas fasilitas kesehatan pemerintah
2. Biaya terlalu mahal	6. Tidak ada obat-obatan tersedia
3. Waktu tunggu terlalu lama	7. lainnya (Jelaskan) : _____
4. Fasilitas tidak lengkap/tersedia	

14. Berapa banyak biaya yang Anda habiskan untuk setiap kunjungan sebelum Anda didiagnosis TB, termasuk kunjungan ketika Anda benar-benar menerima diagnosis Anda?

Untuk pasien MDR-TB, tanyakan hanya tentang biaya untuk diagnosis MDR-TB; untuk pasien TB lainnya, tanyakan tentang biaya untuk diagnosis TB. Untuk semua yang tidak berhubungan, tandai dengan N/A, isi satu baris per kunjungan. Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan

	Penyedia Layanan	Total Waktu tiap kunjungan (dalam jam, termasuk waktu perjalanan)	Biaya Administrasi (konsultasi, pendaftaran)	Biaya Tes Lab (untuk tes dahak atau lainnya kecuali Foto toraks)	Biaya Foto toraks (termasuk pengiriman Foto toraks ke spesialis radiologi, perjalanan dan biaya-biaya)	Biaya Obat-obatan (total semua jenis)	Biaya perjalanan (total pulang pergi, termasuk untuk ke lab, Foto toraks dll)	Biaya Makan (total)	Biaya Akomodasi (total)	Sub-Total biaya tiap kunjungan
Kunjungan 1										
Kunjungan 2										
Kunjungan 3										
Kunjungan 4										
Kunjungan 5										
Kunjungan 6										
Kunjungan 7										
Kunjungan 8										
TOTAL										

	Kehilangan penghasil-an pasien	Reimbursement Asuransi <i>Jika ya: jumlah dan untuk apa, jika tidak n/a</i>	Diantar oleh Orang lain <i>(lingkari jawaban yang tepat)</i>	Biaya perjalanan untuk pengantar (total pulang pergi)	Biaya akomodasi untuk pengantar (total)	Kehilangan pendapatan yang dialami Pengantar
Kunjungan 1			Ya / Tidak			
Kunjungan 2			Ya / Tidak			
Kunjungan 3			Ya / Tidak			
Kunjungan 4			Ya / Tidak			
Kunjungan 5			Ya / Tidak			
Kunjungan 6			Ya / Tidak			
Kunjungan 7			Ya / Tidak			
Kunjungan 8			Ya / Tidak			
TOTAL			Ya / Tidak			

Total Biaya Pra-Diagnosis & Diagnosis (jumlah subtotal) dikurangi Biaya yang diganti asuransi = Rupiah

1

Biaya Pengobatan (Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan)

<i>Biaya untuk pengambilan obat, baik yang langsung diminum di fasilitas tersebut, atau diminum di rumah</i>	
15. Seberapa sering Anda pergi ke fasilitas kesehatan untuk mengambil obat TB Anda? a. Fase intensif b. Fase lanjutan kali / bulan kali / bulan
16. Berapa lama waktu yang Anda butuhkan untuk sampai ke tempat tersebut (sekali perjalanan)? menit berjalan kaki menit dengan kendaraan pribadi menit dengan angkutan umum
17. Berapa rata-rata total waktu yang dibutuhkan untuk sekali kunjungan, termasuk waktu perjalanan dan waktu tunggu (total waktu hingga selesai)? menit
18. Dari rumah ke fasilitas kesehatan, berapa biaya transportasi yang Anda keluarkan? (pulang pergi)
19. Jika Anda pergi ke fasilitas kesehatan untuk mengambil obat Anda, berapa biaya yang Anda keluarkan untuk makanan dan minuman pada hari tersebut? (di jalan, saat menunggu, dll)	Total
20. a) Apakah Anda harus membayar biaya administrasi pada saat mengambil obat TB? <i>Jika TIDAK, lanjut ke P 21.</i> b) Jika YA, berapa?	1. Ya 2. Tidak
21. a) Apakah ada biaya akomodasi yang harus Anda tanggung saat mengambil obat TB Anda? <i>Jika TIDAK, lanjut ke P 22.</i> b) Jika YA: berapa?	1. Ya 2. Tidak

2

3

<i>Biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan dan tes selama pengobatan.</i>	
<p>22. Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan/tes untuk evaluasi pengobatan sejak pengobatan dimulai? Jika TIDAK, lanjut ke P 23.</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum /Tes lab Berapa kali? _____ kali Biaya Sputum (total) Rp _____</p> <p><input type="checkbox"/> Foto toraks Berapa kali? _____ kali Biaya foto toraks (total) Rp _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan lain Berapa kali? _____ kali Biaya Pemeriksaan lain (total) Rp _____</p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>

4

Biaya yang dikeluarkan untuk pengantar saat mengambil obat dan pemeriksaan/tes evaluasi atau tindak lanjut selama pengobatan. Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan	
<p>23. a) Apakah ada yang menemani Anda pada waktu mengambil obat dan melakukan pemeriksaan laboratorium/Foto toraks lanjutan, atau menggantikan Anda untuk mengambil obat Anda? Jika tidak, lanjut ke P 244.</p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>
<p>b) Jika YA, Apakah orang tersebut kehilangan pendapatannya karena pergi menemani Anda?</p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p> <p>Jika ya, berapa jumlah total</p>
<p>c) Jika YA, berapa kali orang tersebut menemani atau menggantikan Anda?</p>	<p>..... kali</p>

5

Rawat Inap Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan	
<i>Catatan untuk pewawancara: jika pasien masih dirawat inap, tanyakan tentang kondisi terkini termasuk saat diwawancarai.</i>	
<p>24. Apakah Anda pernah dirawat sebelumnya (karena TB) atau selama pengobatan TB Anda? Jika TIDAK, lanjut ke P30.</p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>
<p>25. Jika YA: berapa hari Anda dirawat di rumah sakit atau Puskesmas?</p>	<p>..... Hari</p>

26. Berapa biaya yang Anda keluarkan selama dirawat di rumah sakit atau Puskesmas?	Total: Rp
27. Apakah ada keluarga / teman yang menemani Anda selama di rumah sakit? Jika Tidak, lanjut ke P30.	1. Ya 2. Tidak
<p>28. Jika YA: Berapa hari ia tinggal bersama Anda (menginap di rumah sakit)?</p> <p>..... Hari</p> <p>29. Apakah ada biaya lain yang dikeluarkan untuk keluarga/teman Anda selama tinggal di rumah sakit?</p> <p>1. Ya 2. Tidak</p> <p>Akomodasi (rumah sakit atau lainnya): Makanan:</p> <p>Transportasi: Kehilangan Pendapatan:</p> <p>Lain-lain:</p>	<p>Total Biaya:</p>

6

Biaya Pindah Tempat Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan

30. Apakah Anda harus pindah untuk dapat menerima pengobatan TB ?	1. Ya 2. Tidak
<p>a) Jika YA: Anda menyewa:</p> <p><input type="checkbox"/> Per Minggu</p> <p><input type="checkbox"/> Per Bulan</p> <p><input type="checkbox"/> Per Tahun</p>	<p>Biaya Sewa</p> <p>Rp</p>

7

Biaya Lain-lain Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan

31. a) Apakah Anda membeli suplemen khusus untuk diet Anda dikarenakan penyakit TB, contohnya vitamin, daging, minuman berenergi, minuman ringan, buah-buahan, atau obat-obatan? Jika Tidak, lanjut ke P32.	<p>1. Ya 2. Tidak</p> <p>3. Tidak tahu/tidak jawab</p>
<p>b) Jika YA: Apakah jenisnya? (sebutkan)</p> <p>1. Buah-buahan 2. Susu 3. Vitamin/Herbal 4. Daging 5. Lainnya (sebutkan):</p>	
c) Berapa perkiraan biaya yang Anda keluarkan untuk membeli barang-barang tersebut dalam 30 hari terakhir?

<p>32. a) Apakah Anda mengalami efek samping atau keluhan akibat minum obat TB selama pengobatan (MDR-)TB? <i>(Efek samping adalah permasalahan kesehatan tambahan yang muncul selama pengobatan (MDR-) TB dan kemungkinan berhubungan dengan pengobatan) Jika Tidak, lanjut ke P33</i></p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>
<p>b) Jika YA: Apakah Anda sampai menghentikan minum obat TB karena keluhan tersebut dan butuh pengobatan untuk mengatasinya? Termasuk perubahan regimen obat TB!</p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>
<p>c) Jika YA, Berapa perkiraan biaya yang Anda keluarkan untuk membeli obat untuk mengatasi efek samping obat TB?</p>	<p>Total: Rp</p>

8

<p>Asuransi <i>Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan</i></p>	
<p>33. a) Apakah Anda memiliki asuransi kesehatan baik dari pemerintah maupun swasta? <i>Jika Tidak, lanjut ke P 34</i></p>	<p>1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu/tidak jawab</p>
<p>b) Jika YA: Tipe Asuransi?</p> <p>1. BPJS Kesehatan (Penerima Bantuan Iuran) 2. BPJS Kesehatan (Ditanggung Institusi) 3. BPJS Kesehatan (Mandiri) 4. Asuransi Swasta (Reimbursement) 5. Asuransi Swasta (Tanpa Reimbursement)</p>	
<p>c) Apakah Anda telah mendapatkan penggantian biaya yang berkaitan dengan penyakit TB? <i>Cocokkan dengan P 14 (tabel biaya pra-diagnosis & diagnosis) Jika Tidak, lanjut ke Poin 34</i></p>	<p>1. Ya 2. Tidak</p>
<p>d) Jika ya, berapa jumlah penggantian biaya yang telah Anda terima?</p> <p>Untuk diagnosis:</p> <p>Untuk pengobatan:</p> <p>Untuk biaya transportasi:.....</p> <p>Lainnya:</p>	<p>Total:</p>

9

<p>Penyelesaian Masalah Keuangan <i>Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan</i></p>

34. Se jauh mana penyakit TB mempengaruhi kondisi keuangan keluarga?* (<i>lingkari</i>)	0 = tidak ada masalah 1 = kecil 2 = cukup serius 3 = serius 4 = sangat serius
35. a) jika Anda meminjam uang untuk membantu pembiayaan penyakit Anda, berapa jumlah uang yang Anda pinjam? Jika Tidak meminjam, lanjut ke P36. b) Kepada siapa Anda melakukan pinjaman (paling banyak)? <i>Lingkari yang paling sesuai</i> 1. Keluarga 2. Tetangga/Teman 3. Bank Swasta 4. Koperasi 5. Lainnya (sebutkan):	Jumlah uang yang dipinjam:
c) Berapa besar bunga dari hutang tersebut? (%)	1. % 2. Saya tidak membayar bunga. 3. Saya tidak diminta mengembalikan pinjaman uang tersebut.
36. a) Apakah Anda menjual properti Anda untuk membayar biaya dari penyakit TB? <i>Jika Tidak, lanjut ke P37.</i>	1. Ya 2. Tidak
b) Jika YA: Apa yang telah Anda jual? <i>Lingkari yang paling sesuai</i> 1. Tanah 2. Ternak 3. Alat Transportasi/Kendaraan 4. Alat rumah tangga 5. Hasil Pertanian 6. Lainnya (sebutkan):	
c) Berapa jumlah yang Anda dapatkan dari hasil penjualan properti Anda? Rp	
d) Apakah harga tersebut sesuai dengan harga pasaran? 1. Ya, sesuai harga pasar 2. Lebih rendah dari harga pasaran 3. Lebih tinggi dari harga pasaran	
e) Jika TIDAK: berapa perkiraan harga pasarnya? Rp	

10

Informasi Sosial-Ekonomi Situasi dan Pendapatan

Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan

37. Siapa pencari nafkah utama dalam rumah tangga? 1. Pasien 2. Lainnya (sebutkan):	
38. Apakah Anda bekerja sebelum didiagnosis TB (termasuk pekerjaan non-formal)?	1. Ya 2. Tidak (lanjut ke P 43)
39. Bagaimana biasanya Anda digaji sebelum didiagnosis TB? 1. Digaji 2. Tidak menentu (misalnya, berdagang atau parkir) 3. Dibayar barang 4. Tidak dibayar 5. Lainnya	
40. Apakah Anda harus mengganti atau berhenti dari pekerjaan pada saat Anda mengidap TB?	1. Ya 2. Tidak
41. Bila Anda masih bekerja, berapa hari rata-rata Anda absen dari pekerjaan Anda dalam sebulan, pada 3 bulan terakhir, sejak Anda sakit TB hari
<i>Jika jawaban untuk P 41 adalah "1 hari" atau lebih:</i> 42. Apakah seseorang melakukan pekerjaan yang seharusnya Anda kerjakan?	1. Ya, anggota keluarga 2. Ya, orang lain 3. Tidak ada
43. Apakah ada orang lain yang melakukan pekerjaan rumah tangga Anda dan Anda membayarnya karena Anda mengidap TB? 1. Tidak 2. Ya, jumlah total (sampai sekarang)?	Jumlah Total:
44. a) Berapa anggota keluarga yang tinggal bersama Anda dalam satu rumah? b) Apakah ada seorang yang khusus tinggal di rumah Anda untuk mengurus Anda? <i>Jika TIDAK, lanjut ke P47</i> <i>Jika YA:</i> c) untuk berapa lama? d) Apakah mereka berhenti mencari nafkah untuk tinggal di rumah dan mengurus Anda? e) Apakah Anda membayar seseorang untuk mengurus Anda? Jika ya, berapa nilai tunai atau dalam nilai ? orang 1. Ya 2. Tidak Minggu 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak Total Nilai/Jumlah:
45. Apakah ada anggota keluarga (termasuk anak-anak atau anak di bawah usia sekolah) yang harus bekerja atau bekerja lebih untuk membayar biaya yang disebabkan karena penyakit TB?	1. Ya 2. Tidak
46. Apakah penyakit TB menyebabkan Anda kehilangan pekerjaan atau pendidikan? 1. Tidak 2. Kehilangan Pekerjaan 3. Putus Sekolah 4. Cuti di luar tanggungan 5. Cuti sekolah	

11

Pendapatan dan Pengeluaran Rumah Tangga

Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan

47. Berapa perkiraan penghasilan rumah tangga Anda rata-rata per bulan SEBELUM mengidap TB ? (untuk seluruh anggota keluarga, termasuk pasien, untuk semua orang di rumah, termasuk pasien) 1. Pendapatan pasien : 2. Pendapatan anggota rumah tangga lainnya: 3. Jaminan kesejahteraan (klaim asuransi kecacatan, dll): 4. Bantuan pemerintah: 5. Lainnya: TOTAL:	
48. Berapa perkiraan penghasilan rumah tangga Anda rata-rata per bulan SEKARANG ? 1. Pendapatan pasien : 2. Pendapatan anggota rumah tangga lainnya: 3. Jaminan kesejahteraan (klaim asuransi kecacatan, dll):: 4. Bantuan pemerintah: 5. Lainnya: TOTAL:	
49. Jika penghasilan di 47 berbeda dengan 48: Apakah perubahan ini sebagai akibat dari penyakit TB?	1. Ya 2. Tidak

12

Indikator Sosial-Ekonomi <i>Untuk pertanyaan biaya, bila pasien tidak bisa menjawab, tulis "tidak tahu". Jangan hanya dikosongkan</i>		
50. Apakah ada anggota keluarga yang saat ini memiliki aset berikut yang dapat digunakan ?	Isi dengan: 1. Ya 2. Tidak	Sebutkan perkiraan nilai dari kekayaan tersebut saat ini (diusahakan) Jika tidak dapat menyebutkan nilainya, sebutkan jenis, jumlah atau ukurannya
1. Mobil		
2. Sepeda motor		
3. Kulkas/ freezer		
4. AC		
5. Perhiasan emas		
6. Rumah		
7. Tanah		
8. Tanah pertanian		
9. Telepon / HP		
10. Saham perusahaan/Investasi		
11. Ternak		
12. Alat pertanian		
13. Bisnis non pertanian		
14. Daya listrik di rumah (Watt)		450 900

