
STRUKTUR BIAYA SENDIRI DAN FAKTOR PENENTU KESULITAN EKONOMI PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DENGAN TERAPI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT SENTRA MEDIKA CIBINONG

Suny Koswara Rahajeng¹, Prih Sarnianto², Hesty Utami Ramadaniati²

¹Program Magister Ilmu Kefarmasian Universitas Pancasila, Jakarta

²Fakultas Farmasi, Universitas Pancasila, Jakarta

Email : suny_koswara73@yahoo.co.id

ABSTRAK

Gagal ginjal kronis (GGK) mengharuskan terapi hemodialisis (HD) 2–3 kali per minggu. Walau biaya medis langsung telah ditanggung BPJS-K, pasien JKN harus mengeluarkan biaya sendiri dan pendapatan yang hilang saat menjalani HD. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui struktur biaya sendiri dan faktor penentu kesulitan ekonomi pasien GGK. Data primer diambil secara potong-lintang melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur terhadap 101 pasien GGK berusia ≥ 18 tahun yang telah menjalani HD selama ≥ 1 tahun, di RS Sentra Medika Cibinong, pada Desember 2017 sampai Januari 2018. Hasil penelitian menunjukkan biaya sendiri yang ditanggung [keluarga] pasien meliputi biaya transportasi termasuk parkir (rata-rata Rp316.673/bulan) dan konsumsi (Rp168.400/bulan). Sebagian pasien mengeluarkan biaya untuk membeli obat dan suplemen yang tidak dijamin BPJS-K (rata-rata Rp611.000/bulan) dan biaya untuk pendamping (Rp1.066.667/bulan). Terkait biaya *intangibile*, rerata pendapatan [keluarga] pasien yang hilang mencapai Rp905.365/bulan. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik menunjukkan tanggungan keluarga merupakan faktor penentu terjadinya kesulitan ekonomi ($p < 0,05$; OR = 2,74). Pasien *dengan* tanggungan keluarga, yaitu anak usia ≤ 15 tahun dan/atau orang tua usia ≥ 65 tahun, memiliki risiko 2,74 kali lebih besar mengalami kesulitan ekonomi dibanding pasien *tanpa* tanggungan keluarga

Kata kunci: gagal ginjal kronis (GGK), kesulitan ekonomi, pengeluaran sendiri, regresi logistik, tanggungan keluarga

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) which requires hemodialysis therapy (HD) of 2–3 times per week. Although their direct medical cost has been covered by BPJS-K, JKN patients still have to bear some costs, including that in the form of lost income for undergoing HD. This study was intended to assess the OOP cost structure and determinant factors of economic difficulties in CKD patients. Primary data were collected cross-sectionally by interviewing 101 CKD patients of ≥ 18 years-old who have been undergoing HD for ≥ 1 year, at Sentra Medika Hospital, Cibinong, using structured questionnaire, from December 2017 through January 2018. The results showed that OOP cost incurred by the patients [family] consisted of transportation cost including parking fee (in average Rp316,673/month) and foods & drinks (Rp168,400/month). Several patients had to spend money for drugs and supplements which were not covered by BPJS-K (in average Rp611,000/month) and to pay accompanying care-giver [s] (Rp1,066,667/month). In term of intangible cost, the patient [family]'s lost income was averaged Rp905,365/month. The results of multivariate analysis using logistic regression showed that dependent was the sole determinant factor for economic difficulties ($p < 0.05$; OR = 2.74). Patients with dependent, i.e. children of ≤ 15 years-old and/or adults of ≥ 65 years-old, were likely to experience economic difficulties 2.74 times as high as they who were with no dependent.

Keywords: chronic kidney disease (CKG), dependent, economic difficulties, logistic regression, OOP cost

PENDAHULUAN

Gagal ginjal kronis (GGK) telah jadi penyebab mortalitas dan morbiditas yang semakin penting di seluruh dunia. Secara global, prevalensi GGK diperkirakan sekitar 10%¹, lebih lazim di negara sedang berkembang dan populasi tertentu². Di Indonesia, jumlah penderita CKD juga tinggi dan terus bertambah dengan laju yang tinggi. Menurut IRR, pada 2017 jumlah pasien baru dan pasien aktif hemodialisis adalah 30.831 dan 77.892 orang, masing-masing meningkat 6 dan 41 kali lipat lebih dibanding pada 2007, tahun pertama pendataan oleh Indonesian Renal Registry (IRR)³.

Gagal ginjal kronis berawal dari serangan akut maupun kronis yang menyebabkan rusaknya nefron, diikuti dengan hiperfiltrasi pada nefron yang tersisa guna mengkompensasi fungsi ginjal. Dalam jangka panjang, hiperfiltrasi adaptif akan menyebabkan proteinuria dan penurunan progresif fungsi ginjal—bersifat asimtomatik pada tahap awal dan baru menunjukkan gejala klinis gagal ginjal pada stadium yang cukup lanjut. Penurunan fungsi ginjal tersebut tidak dapat dicegah walau diberikan terapi medis optimal, sehingga definisi penyakit ginjal dikaitkan dengan ukuran fungsi (*glomerular filtration rate*, GFR) dan ukuran kerusakan (proteinuria, abnormalitas anatomi) organ penyaring tersebut⁴.

Penyakit ginjal dikatakan kronis jika abnormalitas struktur atau fungsi ginjal menetap selama lebih dari tiga bulan dan membawa akibat terhadap kesehatan⁵. Penyakit ginjal kronis dapat berkembang dari kondisi ringan yang asimtomatis (stadium-1 dan -2) menjadi sedang (stadium-3 dan -4) sampai parah (stadium-5). Penyakit ginjal kronis stadium-5 disebut juga penyakit ginjal stadium-akhir (*end-stage renal disease*, ESRD) atau, dalam penelitian ini, gagal ginjal kronis (GGK), yang ditandai dengan GFR <15 mL/menit sehingga memerlukan terapi

pengganti ginjal (TPG), yaitu transplantasi ginjal atau dialisis seumur hidup. Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, TPG yang paling lazim adalah hemodialisis (HD).

Bagi pasien GGK peserta JKN, HD termasuk terapi yang biayanya ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Pada 2016, pengeluaran BPJS-K untuk HD mencapai Rp3,49 triliun—kedua terbesar setelah pengeluaran untuk penyakit jantung walau, pada 2017, mengalami penurunan jadi Rp2.34 triliun atau ketiga terbesar setelah pengeluaran untuk penyakit jantung dan kanker⁶. Dengan biaya HD ditanggung oleh BPJS-K, para pasien GGK tentu sudah sangat terbantu. Namun demikian, karena pasien GGK umumnya harus menjalani terapi HD 2 kali per minggu atau setidaknya 8 kali per bulan—bahkan proporsi pasien JKN yang menjalani HD lebih dari 8 kali per bulan cukup tinggi, 38% pada 2017—biaya yang harus ditanggung oleh pasien GGK [dan keluarganya] diperkirakan masih cukup tinggi dibanding biaya yang harus ditanggung penderita penyakit kronis lainnya, seperti diabetes dan hipertensi, yang umumnya hanya memerlukan pemeriksaan 1 kali per bulan.

Menurut kaidah farmakoekonomi, biaya untuk penanganan penyakit terdiri dari tiga komponen: Biaya langsung medis, biaya langsung non-medis, dan biaya tidak langsung⁷. Terkait para peserta JKN, BPJS-K hanya menanggung biaya langsung medis, sementara biaya langsung non-medis (transportasi, akomodasi, pelayanan informal) dan biaya lain-lain seperti suplemen dan obat yang tidak mendapat penggantian dari BPJS-K menjadi biaya yang harus dibayar sendiri (*out-of-pocket*, OOP) oleh [keluarga] pasien. Selain itu, masih ada pula biaya tak langsung dan biaya yang *intangibile*, misalnya dalam bentuk produktivitas atau pendapatan yang hilang, yang harus ditanggung [keluarga] pasien GGK.

Biaya kesehatan dari saku sendiri tersebut, terutama biaya langsung non-medis, jika terlalu tinggi—mencapai 40% pengeluaran non-

pangan atau lebih, menurut definisi WHO—dapat menyebabkan apa yang disebut sebagai pengeluaran kesehatan katastrofik (*catastrophic health expenditure*, CHE)⁸. Batasan lain yang digunakan untuk menetapkan CHE adalah pengeluaran kesehatan dari saku sendiri yang mencapai atau lebih besar dari 10% dan 25% pengeluaran total rumah tangga⁹. Pasien yang mengalami CHE dikhawatirkan akan terganggu dalam memenuhi kebutuhan subsistennya, yaitu kemampuan minimum rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar dalam masyarakatnya, seperti sandang, pangan, dan papan serta peralatan rumah tangga tertentu¹⁰. Dengan demikian, CHE sering digunakan sebagai indikator kesulitan ekonomi, kemiskinan atau pemiskinan dalam banyak penelitian di bidang ekonomi kesehatan.

Batasan CHE yang beragam menunjukkan bahwa proporsi pengeluaran kesehatan dari saku sendiri yang menjadi ambang (*threshold*) ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup dasar tidak selalu sama untuk satu dan lain populasi, bahkan untuk satu dan lain waktu di yang populasi sama. Maka, dalam metode atau analisisnya, tak jarang sebuah penelitian menggunakan lebih dari satu batasan CHE dan menyerahkan kepada pembaca untuk memilih nilai ambang yang dianggap sesuai. Sebuah penelitian yang dilakukan di Kosovo, misalnya, menggunakan ambang pembayaran sendiri untuk kesehatan 5–25% kalau memakai pengeluaran konsumsi rumah tangga sebagai denominator dan 15–40% jika konsumsi rumah tangga non-pangan yang menjadi denominator¹¹. Sebuah penelitian lain, di Nigeria, menggunakan ambang pembayaran sendiri 10% pengeluaran total rumah tangga dan 40% pengeluaran non-pangan¹².

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui biaya kesehatan dari saku sendiri (pengeluaran sendiri) pasien GJK yang mendapat terapi HD di RS Sentra Medika Cibinong. Besaran OOP tersebut tidak untuk

mendapatkan CHE, sehingga analisis yang digunakan bebas dari asumsi nilai ambang. Ketidakmampuan [keluarga] pasien memenuhi kebutuhan hidup dasar—termasuk pendidikan anak, selain sandang, pangan dan papan—diperoleh langsung dari data primer yang diambil melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Sebagai faktor determinan kesulitan ekonomi adalah berbagai variabel sosiodemografi, klinis, keuangan dan kepemilikan aset, serta hal lain yang secara teoretis dapat berpengaruh terhadap kesejahteraan [keluarga] pasien, termasuk jarak dari rumah ke poli[klinik] HD.

BAHAN DAN CARA

Pada penelitian observasional ini diambil seluruh pasien dewasa, usia ≥ 18 tahun, yang terdiagnosis GJK dan telah melakukan terapi HD secara rutin setidaknya selama setahun di RS Sentra Medika, rumah sakit swasta tipe B yang merupakan satu-satunya rumah sakit rujukan bagi penderita GJK di Kecamatan Cibinong. Pasien yang menolak menandatangani *informed consent*, mengalami komplikasi, atau menderita penyakit penyerta yang mematikan dikecualikan, sehingga didapat 101 pasien sebagai sampel dari 160 pasien total. Pengambilan data primer dilakukan secara potong-lintang melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur yang telah divalidasi, pada Desember 2017 sampai dengan Januari 2018. Data sekunder terkait kondisi klinis pasien diperoleh dari rekam medis. Protokol induk penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komite Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia melalui Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Nomor: 528/UN2.F10/PPM.00.02/2017, tertanggal 10 Oktober 2017.

Data keuangan yang diperoleh dari wawancara dengan para pasien dianalisis dengan metode akunting, menggunakan perangkat lunak Microsoft Excel. Beberapa

titik data yang tidak lengkap atau dalam rentang nilai direkonstruksi dengan mengambil data dari satu atau beberapa pasien lain dengan karakteristik serupa sebagai pembanding. Pasien dengan jarak dari rumah ke rumah sakit dan moda transportasi yang sama, misalnya, diasumsikan mengeluarkan biaya transportasi yang sama. Untuk komponen OOP yang hanya dikeluarkan oleh pasien tertentu, seperti biaya pembelian obat dan suplemen, nilai rerata hanya dihitung terhadap jumlah pasien yang secara rutin membeli perbekalan farmasi yang tidak ditanggung oleh BPJS-K itu. Biaya *intangible* dihitung berdasarkan jam kerja yang hilang karena pasien harus menjalani terapi HD secara rutin dan pendapatan bulanan atau upah minimum regional (UMR) setempat. Faktor penentu kesulitan ekonomi dianalisis dengan regresi logistik menggunakan perangkat lunak yang sesuai.

HASIL

Dari 160 pasien GGK yang pada Desember 2017–Januari 2018 mendapat terapi HD di RS Sentra Medika, satu-satunya rumah sakit rujukan untuk GGK di Kecamatan Cibinong, diperoleh 101 pasien yang memenuhi persyaratan untuk menjadi sampel pada penelitian ini. Karakteristik sosiodemografi pasien tersebut menunjukkan bahwa rentang usia penderita GGK di kawasan Cibinong sangat lebar, dari 24 tahun sampai 91 tahun, tetapi reratanya dalam usia produktif. Bahkan, dari proporsinya, 87% pasien tersebut berusia <60 tahun dan 53% berusia <50 tahun, dengan pasien usia dewasa muda, <40 tahun, yang mencapai 16%. Sebagian besar pasien tersebut perempuan (53,5%), kawin (96,0%), berpendidikan sekolah menengah (54,5%), dan aktif bekerja di luar rumah (58,4%) (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Sosiodemografi Pasien GGK

<i>Faktor sosiodemografi</i>	<i>Pasien GGK [n total = 101]</i>	
	n	Proporsi
• Usia [tahun]		
Rentang	24–91	
Rerata	50	
<40	16	15,9%
40–49	38	37,6%
50–59	34	33,7%
≥60	13	12,9%
• Jenis kelamin		
Perempuan	54	53,5%
Laki-laki	47	46,5%
• Status perkawinan		
Kawin	97	96,0%
Tidak kawin	2	2,0%
Janda/duda	2	2,0%
• Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	5	5,0%
Pendidikan dasar [SD]	14	13,8%
Pendidikan menengah [SMP, SMU, SMK]	55	54,5%
Pendidikan tinggi [Diploma, S1, S2, S3]	27	26,7%
• Jenis pekerjaan		
Pekerjaan padat pengetahuan	29	28,7%
Pekerjaan padat tenaga fisik	30	29,7%
Pekerjaan di rumah/pensiun	24	23,8%
Tidak bekerja	18	17,8%

Terkait faktor klinis, sebagian besar dari 101 pasien GGK tersebut, 75,2%, memiliki penyakit penyerta, bahkan 43,5% memiliki 2 atau lebih penyakit penyerta. Karakteristik klinis lain menunjukkan bahwa sebagian besar

pasien, 60,4%, merupakan pasien yang relatif baru, yaitu baru menjalani terapi HD selama 1–2 tahun terakhir—hanya 13,9% yang telah menjalani HD selama >4 tahun (Tabel 2).

Tabel 2. Karakteristik Sosioekonomi dan Klinis Pasien GGK

<i>Karakteristik pasien</i>	<i>Pasien GGK [n total = 101]</i>	
	n	Proporsi
• Status kepala keluarga		
Ya	50	49,5%
Tidak	51	50,5%
• Anggota keluarga [selain pasien]		
0 [tidak ada]	1	1,0%
1–2 orang	13	12,9%
3–5 orang	59	58,4%
>5 orang	28	27,7%
• Tanggungan keluarga		
Punya	30	29,7%
Tidak punya	71	70,3%
• Pendapatan		
≤Rp2.000.000	38	37,6%
>Rp2.000.000 – 4.000.000	39	38,6%
>Rp4.000.000	24	23,8%
• Kepemilikan rumah		
Ada	84	83,2%
Tidak ada	17	16,8%
Faktor klinis		
• Lama menjalani hemodialisis [tahun]		
1–2	61	60,4%
>2–3	18	17,8%
>3–4	8	7,9%
>4	14	13,9%
• Penyakit penyerta		
0 [tidak ada]	25	24,8%
1 penyakit	32	31,7%
2 penyakit	27	26,7%
≥3 penyakit	13	16,8%
• Moda transportasi		
Angkutan umum [angkot, ojek, taksi]	17	16,8%
Kendaraan pribadi roda dua	48	47,6%
Kendaraan pribadi roda empat	36	35,6%
• Jarak tempuh ke rumah sakit		
≤5 km	38	37,6%
>5–10 km	31	30,7%
>10–20 km	24	23,8%
>20 km	8	7,9%

• Pengeluaran kesehatan		
≤Rp2.000.000	24	23,8%
>Rp2.000.000– 4.000.000	47	46,5%
>Rp4.000.000	30	29,7%
• Persepsi terhadap kondisi keuangan		
Sejahtera/cukup nyaman	31	30,7%
Pas-pasan/miskin	65	64,4%
Tidak tahu	5	5,0%
Variabel independen		
• Kesulitan ekonomi		
Ya	67	66,3%
Tidak	34	33,7%

Secara sosioekonomi, mayoritas pasien GGK berpendapatan kurang dari Rp4 juta/bulan (76,2%), sekitar separuhnya merupakan kepala keluarga (49,5%), dan sebagian besar memiliki anggota keluarga 3–5 orang (58,4%), walau hanya 29,7% yang punya tanggungan keluarga, yaitu anggota keluarga berusia <15 tahun dan/atau >65 tahun yang umumnya belum atau tidak bekerja sehingga membebani keuangan keluarga. Namun, walau pendapatan pasien GGK tersebut umumnya relatif kecil, sebagian besar memiliki rumah sendiri (83,2%). Banyak dari mereka juga mengaku memiliki kendaraan bermotor (83,2%), termasuk mobil pribadi (35,6%), yang digunakan sebagai alat transportasi ke rumah sakit yang sebagian besar berjarak ≤10 km dari tempat tinggal (68,3%).

Sebagian besar (38,6%) berpendapatan Rp2–4 juta/bulan dan hanya 23,8% yang berpendapatan >Rp4 juta/bulan, mayoritas pasien GGK tersebut (46,5%) menanggung pengeluaran kesehatan Rp2–4 juta/bulan, bahkan 29,7% terbebani pengeluaran kesehatan >Rp4 juta/bulan. Tingginya proporsi pasien dengan pengeluaran kesehatan yang mendekati, bahkan mungkin melebihi, kisaran pendapatan bulanan itu bukan hanya tercermin pada persepsi mereka terhadap kondisi keuangan yang mereka tanggung, melainkan juga kondisi obyektif kesulitan ekonomi yang mereka alami. Sebagian besar pasien GGK tersebut (64,4%) merasa kondisi keuangan mereka pas-

pasan/miskin. Selain itu, sebagian besar pasien GGK tersebut (66,3%) juga mengaku bahwa dalam setahun terakhir mereka pernah tidak dapat memenuhi satu atau lebih kebutuhan primer—atau mereka harus berutang, minta bantuan, menggunakan tabungan dan/atau menjual aset guna membayar biaya untuk kebutuhan penting yang tidak dapat ditunda tersebut, termasuk utilitas (listrik, ledeng, gas), cicilan rumah, uang sekolah anak, dan transportasi.

Dari hasil perhitungan akunting didapatkan bahwa rerata biaya transportasi yang harus dikeluarkan oleh [keluarga] pasien untuk menjalani terapi HD mencapai Rp316.673 per bulan, sementara rerata biaya makan dan akomodasi Rp168.400 per bulan. Dengan demikian, rerata biaya minimal yang harus dikeluarkan oleh 101 [keluarga] pasien GGK yang mendapat terapi HD di RS Sentra Medika Cibinong pada akhir 2017 atau awal 2018 itu adalah Rp485.073 per bulan. Karena biaya per bulan didasarkan pada biaya untuk 4 minggu dan pasien GGK tersebut harus menjalankan terapi HD 2 kali per minggu, rerata biaya minimal untuk setiap terapi HD ke RS Sentra Medika Cibinong sekitar Rp60.634.

Di antara 101 pasien tersebut, sebagian besar merasa perlu ditemani oleh pendamping—biasanya keluarga, tetapi ada yang menggunakan jasa *care-giver* (yang umumnya bukan perawat)—ketika ke rumah sakit. Untuk itu, mereka rata-rata harus

mengeluarkan lagi biaya tambahan sebesar Rp611.000 per bulan. Beberapa pasien juga perlu mengkonsumsi suplemen dan obat yang tidak ditanggung oleh BPJS-K. Biaya yang harus dikeluarkan untuk vitamin, herbal, dan sebagainya itu rata-rata mencapai Rp1.066.667 per bulan. Dengan demikian, sebagian pasien ada yang harus mengeluarkan biaya sampai Rp2.162.740 per bulan, dari kantung sendiri.

Jumlah ini adalah rerata biaya *tangible* maksimal yang harus dikeluarkan oleh pasien GGK yang mendapat terapi HD di RS Sentra Medika Cibinong pada akhir 2017 atau awal 2018, yang menggunakan jasa *care-giver* dan mengkonsumsi suplemen dan obat yang tidak ditanggung oleh BPJS-K (Tabel 3).

Tabel 3. Struktur Biaya Sendiri Pasien GGK

<i>Jenis biaya yang dibayar sendiri</i>	<i>Rerata per bulan</i>
Biaya <i>tangible</i>	
• Transportasi dan parkir	Rp316.673
• Makan dan akomodasi	Rp168.400
Subtotal	Rp485.073
• Upah untuk pendamping pasien (<i>care-giver</i>)	Rp611.000
• Obat dan suplemen yang tidak ditanggung BPJS-K	Rp1.066.667
Subtotal	Rp1.677.667
Total	Rp2.162.740
Biaya <i>intangibile</i>	
• Pendapatan yang hilang [akibat waktu hilang untuk menjalani HD]	Rp905.365

Biaya yang harus ditanggung pasien GGK tersebut menjadi lebih besar lagi jika memperhitungkan penurunan produktivitas dalam bentuk hilangnya pendapatan akibat berkurangnya jam kerja karena harus menjalani HD sampai 5 jam atau lebih untuk sekali terapi. Biaya *intangibile* yang harus ditanggung seluruh pasien ini mencapai rata-rata Rp905.365 per bulan.

Seluruh biaya terkait kesehatan, baik yang *tangible* maupun *intangibile*—juga pendapatan pasien [dan keluarganya]—dipengaruhi oleh berbagai faktor. Hasil analisis bivariat dengan Pearson’s *correlation* menunjukkan bahwa 8 variabel memenuhi syarat untuk masuk dalam permodelan awal, yaitu jenis kelamin dan pekerjaan (faktor sosiodemografi), pendapatan,

tanggungan keluarga, kepemilikan rumah, dan jarak tempuh ke rumah sakit (sosioekonomi), serta penyakit penyerta dan lama menjalani HD (klinis). Selanjutnya, hasil analisis multivariat menggunakan regresi logistik menunjukkan bahwa faktor risiko yang berpengaruh secara signifikan terhadap kesulitan ekonomi yang dialami oleh penderita GGK yang menjalani terapi HD 2 kali/minggu di RS Sentra Medika Cibinong adalah tanggungan keluarga. Pasien GGK dengan tanggungan keluarga memiliki risiko 2,74 kali lipat mengalami kesulitan ekonomi untuk dibanding pasien GGK yang tidak memiliki tanggungan keluarga, setelah semua faktor lain dikendalikan. Dengan kata lain, adanya anggota keluarga berusia <15 tahun dan/atau >65 tahun dapat membuat

pasien GGK rawat jalan tersebut memiliki kemungkinan 174% lebih tinggi untuk tidak mampu memenuhi kebutuhan primer lain tanpa

bantuan pihak lain atau mengorbankan sumberdaya keuangan yang dimaksudkan untuk keperluan lain (Tabel 4).

Model akhir					
Variabel	β	SE β	p	Exp[β]	95%CI
Tanggungans Keluarga					
Punya	1,007	0,453	0,026	2,737	[1,126–6,650]
Tidak punya	–	–	–	–	–

PEMBAHASAN

Secara sosiodemografi, karakteristik pasien GGK yang menjadi sampel penelitian ini dapat dikatakan telah sesuai dengan karakteristik pasien GGK nasional, kecuali dalam distribusi menurut jenis kelamin. Proporsi penderita GGK yang termasuk kelompok dewasa muda, usia <40 tahun, di Cibinong yang mencapai 15,9%, misalnya, telah mencerminkan karakteristik penderita GGK secara nasional. Menurut data Indonesian Renal Registry, proporsi penderita GGK berusia <35 tahun mencapai 10,3% dan yang berusia <45 tahun mencapai 27,0%, per 31 Desember 2017. Secara umum, distribusi usia pasien juga hampir sama, yaitu sebagian besar termasuk dalam kelompok usia produktif. Pada penelitian ini proporsi tertinggi adalah pasien dari kelompok usia 40–59 tahun (71,3%), sementara secara nasional dari kelompok usia 45–64 tahun (59,1%).³ Sedikit perbedaan terjadi karena pengelompokan usia yang berbeda. Di sisi lain, dalam distribusi menurut jenis kelamin, sebagian besar pasien GGK yang terjaring adalah perempuan (53,5%), sedangkan secara nasional sebagian besar pasien GGK adalah laki-laki (55,6%).³

Pendidikan pasien GGK di Cibinong relatif tinggi, hanya 18,8% yang tidak sekolah atau memiliki ijazah SD dan 26,7% lulus pendidikan tinggi (minimal berijazah diploma)

agaknya sesuai dengan tingkat Pendidikan masyarakat Kecamatan Cibinong yang merupakan salah satu Kawasan satelit Provinsi DKI Jakarta. Dengan rerata pendidikan yang tinggi, proporsi pasien GGK di Cibinong yang bekerja di bidang yang padat pengetahuan (manajer, profesional seperti dokter dan insinyur, dosen/guru, serta para pensiunannya) juga relatif tinggi. Sebagian besar dari para pasien GGK itu pun memiliki rumah sendiri (83,2%) dan kendaraan pribadi (83,2%), walau hanya 23,8% yang mengaku berpendapatan >Rp4 juta/bulan. Dengan pendapatan per kapita nasional Indonesia yang pada 2017 tercatat Rp51,89 juta/tahun, atau rata-rata Rp4,32 juta/bulan¹³, dapat dikatakan 23,8% pasien GGK di RS Sentra Medika memiliki pendapatan di atas rerata pendapatan nasional. Di sisi lain, proporsi pasien dengan pengeluaran kesehatan >Rp4 juta/bulan tidak kalah tinggi, mencapai 29,7%. Faktor klinis agaknya berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan yang harus ditanggung sendiri tersebut. Secara klinis, sebagian besar pasien GGK di Cibinong tersebut menderita penyakit penyerta (75,2%), bahkan 16,8% menderita ≥ 3 penyakit penyerta. Selain itu, diketahui pula bahwa pendidikan, pendapatan, dan status perkawinan merupakan prediktor utama pengeluaran sendiri untuk kesehatan¹⁴. Pasien GGK tersebut, selain tidak terlalu banyak yang

berpendapatan rendah (<50% pendapatan per kapita), sebagian besar memiliki perekonomian rumah tangga yang baik seperti yang ditunjukkan oleh tingginya kepemilikan aset rumah dan/atau kendaraan pribadi (83,2%), proporsi yang mengecap pendidikan formal (hanya 5,0% pasien yang tidak pernah sekolah), menikah (96,0%), dan memiliki anggota keluarga cukup besar, 3–5 orang (58,4%), namun tidak memiliki tanggungan keluarga (70,3%). Dengan demikian dapat dimengerti kalau para pasien yang merupakan peserta JKN itu sebagian besar bersedia merogoh kocek untuk kebutuhan kesehatan. Pasien dengan pendidikan formal, pendapatan tinggi, status menikah dan masih bekerja, serta memiliki asuransi publik [yang bersifat wajib] diketahui cenderung lebih banyak yang mengeluarkan biaya sendiri untuk kesehatan [keluarga] mereka, sehingga, di Turki, sejak penerapan program Health Transformation Program (HTP) pada 2003 sampai 2015, pengeluaran sendiri untuk kesehatan terus mengalami peningkatan¹⁴.

Pada pasien GGK di Cibinong, pengeluaran minimal untuk mendapat terapi HD cukup tinggi, rata-rata Rp485.073 per bulan, terutama dalam bentuk biaya medis tak langsung yang tidak terhindarkan, yaitu biaya transportasi yang rata-rata mencapai Rp316.673/bulan. Sebagian pasien tersebut juga mengeluarkan biaya untuk upah pendamping (rata-rata Rp611.000/bulan) dan obat atau suplemen yang tidak ditanggung BPJS-K (Rp1.066.667/bulan), sehingga pengeluaran sendiri yang ditanggung dapat mencapai Rp2.162.740/bulan, bahkan lebih. Salah satu obat yang diakui para pasien sering harus mereka beli sendiri adalah EPO (erythropoietin), hormon yang bekerja merangsang pembentukan hemoglobin (Hb) dan seharusnya diberikan jika Hb pasien <10.

Dengan pengeluaran riil yang relatif besar itu, ditambah biaya *intangibile* berupa

pendapatan yang hilang yang rata-rata mencapai Rp905.305/bulan, pasien GGK yang setidaknya telah setahun menjalani terapi GGK tersebut sebagian besar, 64,4%, merasa keadaan ekonomi rumah tangganya kurang atau pas-pasan dan hanya 30,7% yang masih merasa sejahtera atau cukup nyaman secara finansial. Persepsi yang bersifat subyektif ini ditunjang oleh kenyataan obyektif bahwa mereka sebagian besar, 66,3%, terkena kesulitan ekonomi dan hanya 33,7% yang dalam setahun terakhir mengaku tidak pernah tak dapat memenuhi kebutuhan primer lain atau harus berutang, minta bantuan, menarik tabungan, atau menjual aset untuk membiayai kebutuhan kesehatan. Artinya, beban ekonomi yang dialami oleh [keluarga] penderita GGK adalah riil, bukan sekadar beban psikologis yang subyektif.

Pada dasarnya, beban ekonomi terjadi ketika pengeluaran, karena satu dan lain hal, membengkak sehingga lebih besar dari atau sangat dekat dengan pendapatan. Dalam keadaan seperti ini akan ada kebutuhan primer yang tidak terselenggara atau harus dipenuhi dengan mengakses sumber keuangan lain, milik sendiri (tabungan, investasi, aset) atau pun pihak ketiga (utang, bantuan). Besaran pengeluaran kesehatan—juga pendapatan pasien—dipengaruhi oleh berbagai faktor sosiodemografi, sosioekonomi, dan klinis. Sebagian besar variabel atau faktor risiko yang masuk permodelan awal, termasuk kepemilikan rumah dan penyakit penyerta, berpengaruh secara langsung terhadap pengeluaran dan/atau pendapatan; sebagian tidak langsung. Namun walau dianggap tidak berpengaruh langsung, seperti yang terkait jenis kelamin, misalnya, kesediaan keluarga untuk pengeluaran sendiri buat terapi HD lebih besar jika penderita GGK adalah laki-laki¹⁴. Demikian pula terkait jarak tempuh ke rumah sakit, semakin dekat lokasi rumah sakit dari tempat tinggal pasien, semakin kecil pengeluaran yang harus ditanggung

[keluarga] pasien¹⁵. Pada permodelan akhir dengan regresi logistik ditemukan bahwa faktor risiko yang berpengaruh terhadap kesulitan ekonomi para penderita GJK di RS Sentra Medika Cibinong adalah tanggungan keluarga. Pasien GJK dengan anggota keluarga berusia <15 tahun dan/atau >65 tahun ditengarai 2,74 kali lipat lebih rentan terkena kesulitan ekonomi dibanding pasien GJK yang tidak memiliki anggota keluarga dengan ketergantungan finansial. Anggota keluarga berusia <15 tahun menjadi beban keluarga secara finansial karena belum masuk dalam usia bekerja—masih dalam usia sekolah, padahal ketidakmampuan memenuhi kebutuhan sekolah anak merupakan salah satu indikator kesulitan ekonomi. Di sisi lain, manula berusia >65 tahun umumnya sudah memasuki masa pensiun dan memiliki masalah kesehatan yang lebih besar dibanding anggota keluarga usia muda, sementara ketidakmampuan terkait membayar tenaga kesehatan, membeli obat, membayar biaya transportasi untuk pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan juga merupakan salah satu indikator kesulitan ekonomi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pasien GJK yang menjalani terapi HD di RS Sentra Medika harus mengeluarkan biaya sendiri yang tinggi relatif terhadap rerata pendapatan mereka. Rerata biaya transportasi pasien GJK Rp316.673/bulan, biaya makan dan akomodasi Rp168.400/bulan, dan sebagian pasien harus menyediakan rata-rata Rp611.000/bulan untuk upah pendamping pasien dan Rp1.066.667/bulan untuk obat/suplemen yang tidak ditanggung BPJS-K sehingga pengeluaran sendiri [keluarga] pasien GJK dapat mencapai Rp2.162.740/bulan, bahkan lebih. Sementara itu, pendapatan mereka yang hilang yang rata-rata mencapai Rp905.305/bulan. Dengan pengeluaran seperti itu, 66,3% pasien GJK tersebut mengalami

kesulitan ekonomi, tidak mampu memenuhi satu atau lebih kebutuhan primer lain. Pasien GJK yang memiliki tanggungan keluarga memiliki risiko 2,74 kali lipat mengalami kesulitan ekonomi dibanding pasien yang tidak memiliki anggota keluarga berusia <15 tahun dan/atau >65 tahun.

Saran penelitian ini yaitu perlunya dilakukan penelitian di beberapa Rumah Sakit di suatu daerah dengan karakteristik dan tempat yang berbeda, sehingga dapat mewakili data suatu daerah serta perlunya penelitian mengenai kualitas kerja pada pasien GJK yang masih aktif dalam bekerja.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Pusat Riset Obat dan Makanan (PROM) yang menaungi induk penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Remuzzi G PN. International Society of Nephrology's perspective on the emergence of chronic kidney diseases of unknown/undetermined etiology. *MEDICC Rev.* 2014;16(2):75-76. https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_359.pdf. Accessed July 5, 2019.
2. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int.* 2011;80:1258-1270. doi:10.1038/ki.2011.368
3. Indonesia Renal Registry. *10 Th Report Of Indonesian Renal Registry 2017.*; 2018. <http://www.indonesianrenalregistry.org/data/IRR 2017 .pdf>. Accessed July 5, 2019.
4. Shafi T, Coresh J. Chronic Kidney Disease: Definition, Epidemiology, Cost, and Outcomes. In: j. himmelfarb, M.h S, ed. *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation.* 3rd ed. philadelphia;

- 2010;3-21. doi:10.1016/B978-1-4377-0987-2.00001-7
5. Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Official Journal Of the InternatiOnal SOciety Of NephroLOgy KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.*; 2013. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf. Accessed July 5, 2019.
 6. Sudewi NMASR. *Pandangan BPJS Kesehatan Terhadap Biaya Dan Modalitas End-Staged Renal Disease.* Jakarta; 2018. <http://www.inahea.org/wp-content/uploads/2018/11/NI-MADE-AYU-SRI-RATNA-InaHea.pdf>. Accessed July 5, 2019.
 7. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Penerapan Kajian Farmakoekonomi.* (p.sarnianto, z.fadia E gusnellyant., ed.). Ditjen Farmalkes; 2014. <http://farmalkes.kemkes.go.id/2014/02/pedoman-penerapan-kajian-farmakoekonomi/>. Accessed March 5, 2015.
 8. Xu K, Ravndal F, Evans DB, Carrin G. Assessing the reliability of household expenditure data: Results of the World Health Survey. *Health Policy (New York)*. 2009;91(3):297-305. doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.002
 9. 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
 10. Ezat Wan Puteh S, Almualm Y. Catastrophic Health Expenditure among Developing Countries. *Heal Syst Policy Res*. 2017;4(1):50-54. doi:10.21767/2254-9137.100069
 11. Arenliu Qosaj F, Froeschl G, Berisha M, Bellaqa B, Holle R. Catastrophic expenditures and impoverishment due to out-of-pocket health payments in Kosovo. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16(26). doi:10.1186/s12962-018-0111-1
 12. Aregbeshola BS, Khan SM. Out-of-pocket payments, catastrophic health expenditure and poverty among households in Nigeria 2010. *Int J Heal Policy Manag*. 2018;7(9):798-806. doi:10.15171/ijhpm.2018.19
 13. Badan Pusat Statistik. Pertumbuhan ekonomi Indonesia triwulan IV-2017. Berita Resmi Statistik. <https://www.bps.go.id/website/images/Produk-Domestik-Bruto-Indonesia-Triwulan-IV-2017-ind.jpg>. Published 2018. Accessed July 26, 2019.
 14. Cinarogul S. A Fresh Look at Out-of-Pocket Health Expenditures after More than a Decade Health Reform Experience in Turkey: A Data Mining Application. *Int J Econ Financ Issues*. 2017;7(5):33-44. <http://www.econjournals.com/index.php/ijefi/article/view/5210/pdf>. Accessed July 26, 2019.
 15. Kumara AS, Samaratunge R. Patterns and determinants of out-of-pocket health care expenditure in Sri Lanka: Evidence from household surveys. *Health Policy Plan*. 2016;8:970-983. doi:10.1093/heapol/czw021