

**NOTA REKOMENDASI KEBIJAKAN**  
**PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN TERHADAP DIALISIS**  
**PADA PENYAKIT GAGAL GINJAL TERMINAL DI INDONESIA**

**Butir penting:**

1. Untuk menjaga kesinambungan program Jaminan Kesehatan Nasional, diperlukan kebijakan strategis dalam menangani peningkatan beban finansial dari penyakit gagal ginjal terminal
2. Peningkatan cakupan dialisis peritoneal bagi pasien gagal ginjal terminal akan mampu menekan pengeluaran biaya kesehatan dengan manfaat kesehatan yang sama dengan hemodialisis. Kebijakan ini juga lebih mampu laksana untuk diterapkan di seluruh Indonesia, terutama di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).

**Latar belakang (alasan topik ini diangkat)**

Penyakit gagal ginjal terminal (GGT) merupakan salah satu penyakit katastrofik yang makin berkembang karena peningkatan beban penyakit tidak menular dan jumlah penduduk usia lanjut di Indonesia. Ada tiga pilihan terapi bagi pasien GGT, yakni hemodialisis (HD), dialisis peritoneal (DP), dan transplantasi ginjal. Transplantasi ginjal merupakan pilihan terapi yang terbaik bagi pasien GGT, namun kelangkaan organ serta belum diterimanya penggunaan donor dari kadaver membatasi pilihan pasien ke HD atau DP. Selain itu, dengan jumlah kasus baru 35.000 pasien per tahun dan total kasus 120.000 pasien, transplantasi ginjal bukan merupakan alternatif pilihan dalam studi ini karena keterbatasan donor, sumber daya manusia dan fasilitas.

Modalitas terapi dialisis, HD dan DP, telah masuk dalam paket manfaat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Walaupun demikian, diperkirakan hanya 53% pasien saat ini yang dapat mengakses dialisis dan sebagian besar menjalani HD, padahal biaya untuk melaksanakan PD lebih murah dibandingkan HD. Dialisis telah menyerap pembiayaan lebih dari 1,5 triliun rupiah pada tahun 2014, menduduki peringkat kedua dalam hal biaya yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Indonesia telah melaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada tahun 2019, setiap warga negara harus sudah menjadi peserta JKN dan hal ini akan menyebabkan peningkatan cakupan dialisis serta biaya yang dikeluarkan terhadap pasien GGT. Komite Penilaian Teknologi Kesehatan Indonesia telah menugaskan Panel *Ad hoc* yang terdiri atas ahli nefrologi, akademisi dan *persons in charge* (PICs) untuk melakukan penilaian teknologi kesehatan dengan

pemodelan evaluasi ekonomi dan analisis dampak biaya terhadap modalitas dialisis yang diutamakan bagi pasien GGT.

### **Temuan utama**

Telaah sistematis/*systematic review* dari suatu uji acak kontrol mengindikasikan tidak adanya perbedaan signifikan dalam hal kesintasan pada kedua modalitas terapi HD dan DP. Total biaya seumur hidup pasien yang menjalani DP sebagai terapi lini pertama yang diikuti perpindahan modalitas HD (bila diperlukan) dapat menghabiskan biaya sekitar 700 juta rupiah dalam waktu 6 tahun, yang merupakan rerata waktu ketahanan hidup pasien GGT di Indonesia. Biaya tersebut sedikit lebih tinggi pada HD apabila diterapkan sebagai terapi lini pertama diikuti perpindahan modalitas DP (bila diperlukan), yaitu sebesar 735 juta rupiah. Dibandingkan dengan terapi suportif, rasio pertambahan *cost-effectiveness (incremental cost-effectiveness ratio/ICER)* kebijakan DP sebagai terapi lini pertama adalah 193 juta rupiah per tahun hidup berkualitas yang diperoleh (QALY), sementara kebijakan HD sebagai terapi lini pertama menghasilkan 207 juta rupiah per QALY.

Ketika dilakukan analisis dampak biaya (*budget impact analysis*), diestimasi kebutuhan sebesar 40 triliun rupiah untuk cakupan dialisis 53% dan 75 triliun rupiah untuk cakupan 100% dalam kurun waktu 5 tahun bila DP diterapkan sebagai kebijakan terapi lini pertama. Sementara bila HD diterapkan sebagai kebijakan terapi lini pertama maka diperlukan biaya 88 triliun rupiah untuk cakupan 53% dan 166 triliun rupiah untuk cakupan 100%. Dapat disimpulkan dari hasil BIA bahwa penerapan DP sebagai kebijakan terapi lini pertama membutuhkan biaya yang lebih kecil jika dibandingkan dengan pelaksanaan HD sebagai kebijakan terapi lini pertama.

### **Rekomendasi kebijakan**

1. Sebagian besar pasien GGT saat ini menjalani HD, dan apabila terus berlanjut maka akan berdampak terhadap kesinambungan JKN karena tingginya biaya yang harus dibayarkan oleh BPJS. Selain itu, pasien juga mengeluarkan biaya transportasi yang lebih tinggi pada terapi HD jika dibandingkan dengan DP (9 juta rupiah per tahun vs 2 juta rupiah per tahun). Meskipun membutuhkan biaya besar, baik HD maupun DP tetap dibutuhkan untuk menjamin hak masyarakat untuk mendapat jaminan kesehatan. Karena itu, keduanya tetap harus dijamin dan ada dalam paket manfaat JKN.
2. Peningkatan cakupan DP diperlukan untuk jangka panjang bagi Indonesia karena tidak diperlukan investasi besar untuk membangun pusat dialisis dan juga lebih dapat menjangkau daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).

3. Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan strategi kebijakan (*roadmap*) untuk meningkatkan cakupan DP dengan melibatkan para klinisi, akademisi, dan unit-unit Kementerian Kesehatan terkait. Strategi yang dikembangkan termasuk pengelolaan sistem rujukan, peningkatan sumber daya manusia dan fasilitas, sistem pembayaran (insentif) yang memadai, menjamin ketersediaan *consumables* untuk seluruh wilayah Indonesia, serta mendorong tumbuhnya produksi DP dalam negeri.
4. Untuk mencegah beban finansial akibat penyakit GGT di masa yang akan datang, skrining populasi dan pengobatan dini terhadap diabetes dan hipertensi (paket esensial penyakit tidak menular) perlu ditingkatkan. Demikian juga dengan fasilitasi pelaksanaan transplantasi ginjal, yang telah ditunjukkan dari studi-studi lain bahwa transplantasi ginjal lebih *cost-effective* jika dibandingkan dengan modalitas terapi lainnya.

#### **Dokumen atau informasi lain yang berkaitan**

- 1 Sarocha C, et al. Technical report: international forum on peritoneal dialysis as a priority health policy in Asia. 2014.
- 2 Tantivess S, Werayingyong P, Chuengsaman P, Teerawattananon Y. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects. *BMJ*. 2013;346:f462.
- 3 Yu AW, Chau K, Ho Y, Li P. Development of the “peritoneal dialysis first” model in Hong Kong. *Perit Dial Int*. 2007;27:S53-S55.
- 4 Lembar persetujuan nota rekomendasi kebijakan (*policy brief*)