



Analisis Retrospektif Pemanfaatan Hemodialisis pada Awal Implementasi Kebijakan JKN di Indonesia

Irma Fitrilia^{1*}, Dwi Ani Rahmawati², Restu Prihandini Widiar³

¹⁻³Departemen Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan, Institut Kesehatan dan Teknologi Kartini Batam, Kota Batam, Indonesia

*Penulis Korespondensi: irmaafriliaa@gmail.com

Abstract. *It has been more than a decade since the initial National Health Insurance (JKN) policy was enacted by the government, and as of 2026, chronic kidney disease (CKD) remains among the top five countries with the highest catastrophic costs, with the number continuing to increase annually. According to 2023 data, 38.71% of patients with kidney failure underwent hemodialysis therapy. Health service utilization is a critical issue that requires attention in achieving health system goals. This can be achieved if health services are distributed according to geography, socioeconomic status, and community needs. Objective: To analyze and describe hemodialysis utilization in the early phase of JKN implementation based on BPJS Kesehatan data. This is an analytical study with a cross-sectional design using secondary data from the 2015-2016 BPJS Kesehatan sample. The variables used were individual characteristics (age, gender, type of membership) and region. Data analysis was performed using univariate analysis, bivariate analysis using chi-square analysis, and multivariate analysis using logistic regression. The analysis showed that hemodialysis utilization among BPJS Kesehatan patients in 2015-2016 was influenced by gender, age, membership type, and region. Multivariate analysis showed that women were more likely to utilize hemodialysis, with an OR of 1.25 compared to men aged >64 years (OR=3.50). Those with PBPJ membership and residing in Java were 4.36 times more likely to utilize hemodialysis. Hemodialysis utilization is influenced by participant characteristics and geographic location. These findings provide important historical empirical evidence for further policymaking and the formulation of preventive strategies.*

Keywords: *BPJS Health; Chronic Kidney Disease (CKD); Health Service Accessibility; Hemodialysis Utilization; National Health Insurance (JKN).*

Abstrak. Sudah lebih dari satu dekade sejak kebijakan awal JKN ditetapkan oleh pemerintah dan hingga tahun 2026 penderita penyakit ginjal kronis masih menduduki urutan lima besar pembiayaan katastrofik tertinggi dan jumlahnya terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Penderita gagal ginjal berdasarkan data tahun 2023 yang menjalani terapi hemodialisis mencapai 38,71%. Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan isu penting yang perlu mendapatkan perhatian dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Menganalisis dan mendeskripsikan pemanfaatan hemodialisis pada fase awal implementasi JKN berdasarkan data BPJS Kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain penelitian *cross-sectional* menggunakan data skunder dari data sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015-2016. Variabel dalam penelitian ini yaitu karakteristik individu (umur, jenis kelamin, jenis kepesertaan) dan wilayah. Analisis data dilakukan secara univariabel, bivariabel dengan *chi-square*, dan multivariabel menggunakan regresi logistik. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa pemanfaatan hemodialisis pada pasien BPJS Kesehatan tahun 2015-2016 dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, jenis kepesertaan dan wilayah. Hasil analisis multivariat menunjukkan perempuan lebih besar kemungkinannya memanfaatkan hemodialisis dengan nilai OR 1.25 dibandingkan dengan laki-laki dengan rentang umur >64 tahun (OR= 3.50). Jenis kepesertaan PBPJ dan berada di wilayah Jawa 4,36 kali lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan hemodialisis. Pemanfaatan hemodialisis dipengaruhi oleh karakteristik peserta dan kondisi geografis sehingga temuan ini memberikan bukti empiris historis yang penting untuk pembuatan kebijakan lebih lanjut serta merumuskan strategi preventif.

Kata Kunci: Aksesibilitas Layanan Kesehatan; BPJS Kesehatan; Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); Pemanfaatan Hemodialisis; Penyakit Ginjal Kronis (PGK).

1. LATAR BELAKANG

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang setiap tahun jumlahnya selalu mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2040 WHO memprediksi bahwa PGK akan masuk kedalam lima besar penyakit yang akan menjadi

penyebab kematian paling banyak (WHO, 2022). Prevalensi penderita gagal ginjal kronis di seluruh negara terus mengalami peningkatan, penderita gagal ginjal kronis stadium 1-5 secara keseluruhan mencapai 843,6 juta (Kovesdy, 2022). Berdasarkan data penyakit gagal ginjal kronis dari kementerian kesehatan RI (2021) terdapat penambahan sebesar 19.3% penderita baru. Penderita gagal ginjal berdasarkan data tahun 2023 yang menjalani terapi hemodialisis mencapai 38,71% (Kemenkes RI 2023). Kondisi ini tentu akan menimbulkan berbagai permasalahan terutama berkaitan dengan pembiayaan dan akses layanan karena jumlah penderita PGK selalu mengalami peningkatan dan merupakan salah satu penyakit dengan jumlah pengeluaran tertinggi.

Hemodialisis merupakan salah satu terapi yang diberikan pada penderita penyakit ginjal kronis yang membutuhkan biaya besar serta terapi dalam jangka waktu yang panjang. Dengan nominal tinggi sejak awal implementasi JKN pada tahun 2014. Sudah lebih dari satu dekade sejak kebijakan awal JKN ditetapkan oleh pemerintah dan hingga tahun 2026 penderita penyakit ginjal kronis masih menduduki urutan lima besar pembiayaan katastrofik tertinggi dan jumlahnya terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Selain menimbulkan beban biaya yang tinggi PGK juga memberikan dampak terhadap produktivitas individu meskipun pembiayaan ditanggung oleh JKN (Devi & Rahman, 2022). Prevalensi PGK tercatat mencapai 0,48% untuk Provinsi Jawa Barat (Kemenkes, 2022) dan data yang dihimpun oleh perhimpunan nefrologi Indonesia (Perferi) tahun 2023 insidensi kumulatif PGK sebesar 60.526 sedangkan angka kumulatif prevalensi mencapai 127.900 pasien. Rerata klaim biaya untuk PGK di kota pematang siantar mencapai 85 milyar rupiah per tahun.

Peningkatan jumlah kunjungan setiap tahunnya menyebabkan terjadi peningkatan mencapai 128,2 miliar dan diprediksi akan terus mengalami peningkatan hingga mencapai 266.698 miliar pada tahun 2025 (Hasibuan & Prasetyo, 2024). Implementasi resmi penggunaan JKN dimulai pada tahun 2014 dan hingga saat ini cakupan masyarakat Indonesia yang menggunakan JKN sudah mencapai 98%, hal ini menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan menunjukkan peningkatan yang signifikan (Susanti Sinaga et al., 2021), (Sri et al., 2024), (Sari, 2023). Sejalan dengan tingginya cakupan kepesertaan maka semakin tinggi pula beban pembiayaan yang harus ditanggung. Penderita gagal ginjal kronis umumnya datang dengan berbagai gejala komplikasi lain seperti diabetes dan hipertensi (Husain et al., 2021). Permasalahan ini pula yang menjadikan PGK menjadi salah satu penyakit dengan pembiayaan paling tinggi. Permasalahan ini muncul salah satu penyebabnya adalah lemahnya program deteksi dini di fasilitas kesehatan tingkat pertama, sehingga masalah dan tantangan yang

dihadapi era ini yaitu adanya disparitas fasilitas kesehatan, ketidak merataan akses dan mutu pelayanan (J.D.Putri & Syakurah, 2025).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan isu penting yang perlu mendapatkan perhatian dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Sehingga Penelitian ini dilakukan untuk melihat bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk pasien ginjal yang membutuhkan tindakan hemodialisis pada era awal JKN sehingga diharapkan dapat memberikan bukti empiris yang kuat untuk mengatasi permasalahan berkaitan dengan PGK.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain penelitian cross-sectional menggunakan data skunder dari data sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015-2016. Variabel dalam penelitian ini yaitu karakteristik individu (usia, jenis kelamin, jenis kepesertaan) dan wilayah. Analisis data dilakukan secara univariabel, bivariabel dengan chi-square, dan multivariabel menggunakan regresi logistik.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi variabel penelitian.

Variabel	n	%
Pemanfaatan Hemodialisis 2015-2016		
Tidak	1,620,136	95.77
Iya	71,548	4.23
Umur		
0-14 tahun	350,303	21.09
15-24 tahun	270,516	16.29
25-34 tahun	313,937	18.90
35-44 tahun	269,138	16.20
45-54 tahun	204,969	12.34
55-64 tahun	132,516	7.98
>= 65 tahun	119,728	7.21
Jenis Kelamin		
Laki-laki	871,689	51.53
Perempuan	819,993	48.47
Jenis Kepesertaan		
Bukan Pekerja	65,273	3.86
PBI	719,756	42.45
PBPU	247,066	14.60
PPU	659,589	38.99
Wilayah		
Jawa dan Bali	753,615	44.55
Sumatera	418,160	24.72
Sulawesi	187,631	11.09
Maluku dan Papua	128,278	128,278
Kalimantan	125,530	7.42
Kepulauan Sunda Kecil	78,470	4.64

Berdasarkan hasil pada tabel 1 menunjukkan bahwa sebanyak 95.77% pasien tidak memanfaatkan pelayanan hemodialisis dan 4.23% memanfaatkan pelayanan hemodialisis dari keseluruhan pasien yang ada di FKRTL. Peserta dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 51.53% dan perempuan sebanyak 48.47% hal ini menunjukkan bahwa peserta dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan peserta dengan jenis kelamin perempuan. Data menunjukkan pekerja penerima upah (PBI) memiliki persentase paling tinggi yaitu sebanyak 42.45% Sedangkan untuk wilayah tempat tinggal peserta dari kelima pembagian wilayah yaitu Sumatera, Jawa dan Kepulauan Sunda Kecil, Kalimantan, Sulawesi, dan Kepulauan Maluku dan Papua paling banyak berasal dari Jawa dan Bali sebesar 44.55%

Tabel 2. Hasil analisis Bivariat.

Variabel Penelitian	FKRTL Kunjungan (%)		p
	Tidak	Ya	
Usia			
1-14 tahun	97.15	2.85	
15- 24 tahun	97.66	2.34	
25-34 tahun	96.93	3.07	
35-44 tahun	95.98	4.02	0.000
45-54 tahun	94.02	5.98	
55-64 tahun	91.18	8.82	
>=65 tahun	91.39	8.61	
Jenis Kelamin			
Laki-laki	96.19	3.81	0.000
Perempuan	95.33	4.67	
Jenis Kepesertaan			
Bukan Pekerja	90.58	9.42	
PBI	98.16	1.84	0.000
PBPU	91.79	8.21	
PPU	95.17	4.83	
Wilayah			
Jawa dan Bali	94.04	5.96	
Sumatra	94.37	5.63	
Kalimantan	97.39	2.61	0.000
Sulawesi	97.46	2.54	
Kepulauan Sunda Kecil	97.50	2.50	
Kepulauan Maluku	98.56	1.44	
Papua			

Bersasarkan tabel 2 hasil analisis uji bivariat menunjukkan beberapa faktor yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis dengan ketentuan jika nilai $p < 0.05$. Variabel umur berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis dengan jumlah

pemanfaatan paling tinggi berada pada rentang umur 55-64 tahun yaitu sebanyak 8.82 dengan nilai $p=0.000$.

Berdasarkan tabel diatas jenis kelamin berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis dengan nilai $p=0.000$. jenis kelamin laki-laki memiliki proporsi lebih sedikit dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki, proporsi laki-laki memanfaatkan pelayanan hemodialisis sebesar 3.81 sedangkan perempuan yaitu 4.67. Data kepesertaan menunjukkan bahwa peserta bukan pekerja memiliki proporsi pemanfaatan paling tinggi yaitu 9.42 sedangkan proporsi pemanfaatan paling rendah yaitu pada peserta PBI yaitu 1.84 Jenis kepesertaan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis dengan nilai $p=0.000$.

Berdasarkan tabel diatas wilayah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis dengan nilai $p=0.000$. proporsi paling banyak yaitu pada wilayah Jawa dan Bali sebesar 5.63% sedangkan proporsi paling kecil pada pemanfaatan pelayanan hemodialisis yaitu pada wilayah Maluku dan Papua yaitu hanya sebesar 1.44%.

Umur

Tabel 3. Hasil Analisis Uji Multivariat.

Variabel	OR	95% CI
Umur		
0-14	1	
15-24	0.91	0.88-0.94
25-34	1.02	0.99-1.05
35-44	1.42	1.38-1.46
45-54	2.18	2.12-2.24
55-64	3.34	3.25-3.44
>64	3.50	3.39-3.62
Jenis Kelamin		
Laki-laki	1.00	
Perempuan	1.25	1.23-1.27
Jenis Kepesertaan		
PBI	1	
Bukan Pekerja	2.65	2.56-2.74
PBPU	4.36	4.26-4.46
PPU	2.99	2.93-3.05
Wilayah		
Jawa dan Bali	1	
Sumatera	0.66	0.67-0.69
Kalimantan	0.48	0.46-0.50
Sulawesi	0.53	0.51-0.54
Kepulauan Maluku dan Papua	0.42	0.40-0.44
Kepulauan Sunda Kecil	0.56	0.53-0.58

Hasil analisis bivariat pada tabel 3 menunjukkan pada kelompok usia 45-54 tahun memiliki kemungkinan paling tinggi dengan nilai OR yaitu 2.18, yang artinya usia 55-64 tahun lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis sebesar 3.34 kali. Kelompok umur >64 tahun 3.50 kali. Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa semakin bertambah umur peserta maka semakin besar pula peluang dan kemungkinannya untuk

memanfaatkan pelayanan kesehatan hemodialisis pada fasilitas kesehatan.

Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin secara signifikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan hemodialisis. Peserta dengan jenis kelamin perempuan memiliki peluang 1.25 kali lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan peserta dengan jenis kelamin laki-laki.

Jenis Kepesertaan

Jenis kepesertaan dalam analisis menunjukkan hasil yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan hemodialisis dimana pada jenis kepesertaan bukan pekerja 2.65 kali lebih besar kemungkinannya memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan PBI. Sedangkan pada PBPU 4.36 kali lebih besar memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan PBI dan untuk PPU memiliki kemungkinan 2.99 kali lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan PBI.

Wilayah

Wilayah tempat tinggal peserta berdasarkan tabel menunjukkan hasil yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan hemodialisis, Sumatera merupakan salah satu wilayah dengan tingkat signifikan paling tinggi yang artinya berpeluang lebih besar untuk memanfaatkan hemodialisis.

Karakteristik Individu

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan terkait dengan pemanfaatan pelayanan hemodialisis berikut merupakan pemaparan pembahasan berdasarkan hasil:

Umur

Berdasarkan hasil uji regresi logistik peserta BPJS kesehatan pada umur >64 tahun memiliki kemungkinan lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis dengan nilai OR 3.50, yang artinya individu dengan umur >64 tahun memiliki kemungkinan 3.50 kali lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis. Umur akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan hemodialisis hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Salamah *et al.*, 2020) Pasien dengan umur lebih dari 50 tahun yang menderita penyakit ginjal kronik lebih banyak memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan pasien dengan usia kurang dari 50 tahun (Periwi *et al.*, 2026)

Berdasarkan hasil analisis uji multivariat menunjukkan bahwa semakin bertambah umur pasien maka semakin besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis. Penelitian yang dilakukan oleh (Kristina *et al.*, 2021) bahwa dari delapan rumah

sakit di Indonesia rentang usia paling banyak pada pasien gagal ginjal yang melakukan hemodialisis yaitu 45-60 tahun dengan persentase sebanyak 55,46%.

Jenis Kelamin

Jenis kelamin berdasarkan hasil analisis memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan hemodialisis dengan nilai $p < 0,05$. Berdasarkan analisis pada data sampel BPJS menunjukkan bahwa perempuan memiliki persentase lebih besar melakukan hemodialisis dibandingkan dengan laki-laki. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa peserta dengan jenis kelamin perempuan 1,25 kali lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki. Berbeda (Kristina *et al.*, 2021). dengan hasil penelitian yang Data dari 8 Rumah Sakit yang ada di Indonesia menunjukkan bahwa pasien hemodialisis lebih banyak berjenis kelamin laki-laki dengan perbandingan pada laki-laki sebanyak 57,14% sedangkan pada wanita 42,86%.

Jenis Kepesertaan

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS merupakan dasar pelaksanaan JKN di Indonesia. Peserta dikelompokkan menjadi beberapa yaitu diantaranya Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu masyarakat miskin yang iurannya ditanggung pemerintah; Pekerja Penerima Upah (PPU) seperti ASN, TNI/Polri, pegawai BUMN/BUMD, dan pegawai swasta; Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) seperti wiraswasta, pekerja informal, serta peserta bukan pekerja seperti investor, pensiunan, veteran, dan keluarga mereka (Rohadatul'Aisy *et al.*, 2025).

Jenis kepesertaan pada pasien BPJS kesehatan yang paling banyak memanfaatkan pelayanan hemodialisis yaitu peserta PBPU. Jenis kepesertaan PBPU memiliki kemungkinan 4.36 kali lebih besar untuk memanfaatkan hemodialisis. Kemungkinan penggunaan hemodialisis secara tidak langsung dipengaruhi oleh lamanya waktu sejak diagnosis, pendidikan, dan tempat tinggal. Pasien gagal ginjal kronik non PBI akan lebih banyak melakukan hemodialisis dibandingkan dengan pasien PBI (Salamah *et al.*, 2020).

Pasien BPJS yang memanfaatkan hemodialisis sebanyak 7.32% berasal dari kelas 1, 5% kelas 2 dan 2.67% kelas 3. Berdasarkan hasil dapat dilihat bahwa pasien kelas 1 memiliki persentase lebih tinggi dibandingkan kelas 2 dan kelas 3. Pasien kelas 1 memiliki kemungkinan untuk memanfaatkan pelayanan hemodialisis 1.2 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien pada kelas 2. Pemilihan kelas pada peserta BPJS berkaitan dengan keadaan sosial ekonomi. Peserta BPJS yang memilih kelas 1 tentunya akan berasal dari kalangan atas dengan penghasilan lebih tinggi dibandingkan kelas 2 dan kelas 3. Pemilihan kelas dalam kepesertaan

JKN dipengaruhi oleh jumlah pendapatan masing masing individu dan banyaknya anggota keluarga. Peserta BPJS dengan penghasilan rendah atau penghasilan dibawah upah minimum kerja akan memilih kelas 3. Pembayaran BPJS tidak dilakukan secara individu tetapi untuk seluruh keluarga sehingga semakin banyak jumlah anggota keluarga maka masyarakat akan cenderung memilih kelas 3 (Dedy *et al.*, 2019; Lesmana & Sugiman, 2020)

Pemilihan kelas dalam peserta Jaminan Kesehatan Nasional dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya seperti jumlah anggota keluarga dan besaran pendapatan, akan tetapi tidak akan sama antara satu wilayah dengan wilayah lain dan tidak semua masyarakat dengan penghasilan tinggi akan memilih kelas 1 karena banyak masyarakat dengan penghasilan tinggi justru memilih kelas 3.

Wilayah

Tempat Tinggal peserta BPJS kesehatan berdasarkan hasil analisis berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil analisis Jawa dan Bali memiliki kemungkinan lebih besar memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan wilayah lain. Hal ini sesuai dengan Penelitian yang dilakukan oleh (Nugroho *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara lokasi tempat tinggal dengan frekuensi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pasien yang tinggal di wilayah perkotaan lebih banyak memanfaatkan pelayanan hemodialisis dibandingkan dengan pasien yang tinggal di wilayah pedesaan.

Pasien yang tinggal di wilayah terpencil akan menempun jarak lebih jauh untuk mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pasien yang tinggal di wilayah perkotaan. Pada umumnya pasien penderita gagal ginjal tahap akhir yang tinggal di wilayah terpencil intensitas melakukan hemodialisis akan lebih sedikit dibandingkan dengan pasien yang tinggal di wilayah perkotaan karena jarak yang ditempuh 4 kali lebih jauh. Wilayah terpencil masih mengalami kesulitan terhadap untuk dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan dan hal ini yang menyebabkan masih adanya kesenjangan akses dan kualitas pelayanan (Ahmad *et al.*, 2023).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan menitik beratkan pada kemudahan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Lokasi tempat tinggal berkaitan dengan jarak tempuh serta ketersediaan fasilitas kesehatan. Hal ini didukung oleh mutu pelayanan kesehatan yaitu akses dan kemudahan program jaminan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan akses, keadaan geografis, jarak dan transportasi yang tersedia (Sari, 2023). Penduduk yang tinggal jauh dari pusat pelayanan kesehatan akan berpotensi mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Penduduk yang menderita penyakit ginjal tahap akhir atau ginjal kronik yang tinggal di wilayah

terpencil berpotensi lebih tinggi untuk tidak melakukan hemodialisis dan tingkat kematian lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di wilayah perkotaan (Ahmad et al., 2023).

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa karakteristik peserta dalam memanfaatkan pelayanan hemodialisis masih terdapat kesenjangan. Pemanfaatan hemodialisis akan lebih tinggi pada wilayah Jawa dan Bali dibandingkan dengan wilayah lainnya. Terjadinya kesenjangan pemanfaatan hemodialisis yang lebih banyak bisa diakses oleh masyarakat yang berada di wilayah Jawa dan Bali disebabkan karena pemerataan fasilitas kesehatan yang ada di wilayah tersebut dan kemudahan akses. Pemerataan jumlah fasilitas kesehatan yang mempunyai mesin hemodialisis dan perawat yang berkompeten merupakan hal penting agar pasien yang membutuhkan hemodialisis dapat mengakses di seluruh wilayah. Beberapa daerah seperti Papua, Maluku, NTT, Kalimantan dan Sulawesi masih kekurangan fasilitas kesehatan baik itu puskesmas maupun rumah sakit. (Alayda et al., 2024).

Implikasi Kebijakan

Beban ekonomi yang diakibatkan oleh penyakit ginjal kemungkinan akan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya sehingga perlu adanya upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut. Kebijakan terkait dengan hemodialisis harus adil baik dalam hal sumber daya manusia maupun fasilitas kesehatan. Tetapi permasalahan hemodialisis tidak hanya berkaitan dengan kemudahan akses tetapi juga berkaitan dengan pembiayaan. Upaya untuk mengurangi pembiayaan hemodialisis harus dilakukan bersamaan dengan upaya yang lebih hemat biaya yaitu dengan mencegah perkembangan dan mengelola penyakit ginjal stadium akhir dalam suatu populasi yaitu dengan menetapkan program pencegahan penyakit ginjal, promosi kesehatan, deteksi dini dan pengelolaan hipertensi serta diabetes yang menjadi salah satu penyebab dan komplikasi dari PGK sehingga kedepannya sistem bisa berjalan dengan baik (Nasution et al., 2025).

Salah satu upaya yang kebijakan yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan pencegahan penyakit ginjal tahap awal. Pencegahan penyakit ginjal tahap awal dapat dilakukan dengan mengarahkan sumber daya yang ada pada setiap provinsi agar lebih efektif terutama jika ditinjau dari segi pembiayaan. Kebijakan kesehatan perlu dibuat berkaitan dengan identifikasi dan pencegahan penyakit ginjal tahap awal agar tidak berlanjut pada tahapan *end stage renal disease* yang memerlukan tindakan hemodialisis atau transplantasi ginjal. Faktor risiko pada penyakit ginjal yang paling banyak dialami yaitu hipertensi, diabetes melitus dan perilaku yang berkaitan dengan pola hidup dan konsumsi makanan. Faktor risiko penyakit ginjal ini bisa dicegah dengan dan dikendalikan dengan berbagai upaya yang melibatkan pemerintah

pusat dan daerah. Pengendalian dan pencegahan penyakit ginjal bisa dilakukan dengan mengoptimalkan program yang sudah ada seperti gerakan masyarakat hidup sehat (germas), program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) dan upaya promosi kesehatan terhadap masyarakat salah satunya melalui program posbindu PTM (Nasution *et al.*, 2025).

Perempuan umumnya akan lebih tertarik dengan pesan yang disampaikan melalui whatsapp dibandingkan dengan laki-laki. Penyuluhan hipertensi melalui pesan whatsapp lebih menarik perhatian masyarakat dengan jenis kelamin perempuan. Pengetahuan masyarakat terkait hipertensi baik pencegahan dan faktor risiko mengalami peningkatan yang signifikan setelah diberikan penyuluhan dan promosi kesehatan melalui pesan whatsapp (Fakhriyah *et al.*, 2021). Upaya pencegahan penyakit ginjal dengan berbagai program memiliki peran penting agar tidak terjadi peningkatan kasus secara terus menerus yang akan berakibat pada tingginya pengeluaran. Selain upaya pencegahan terhadap penyakit ginjal tindakan lain yang perlu dilakukan yaitu dengan menganalisis strategi pembiayaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Pujiyanti *et al.*, (2019) dengan menganalisis strategi pembiayaan kesehatan di berbagai negara menunjukkan bahwa perlu adanya skema pengendalian biaya untuk mengatasi permasalahan *financial* dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Salah satu skema pengendalian biaya yang diterapkan di berbagai negara yaitu dengan sistem *cost sharing*. Kebijakan *cost sharing* bertujuan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang optimal, tidak berlebih dan tidak kurang dengan cara mencegah terjadinya pemakaian layanan kesehatan secara berlebihan yang sebenarnya tidak diperlukan. Implementasi *cost-sharing* akan memberikan beberapa keuntungan diantaranya yaitu dapat mengurangi pengeluaran obat dengan turunnya utilisasi layanan kesehatan, dan mengalihkan sebagian porsi pengeluaran pemerintah provinsi kepada peserta atau masyarakat. Kebijakan *cost sharing* juga perlu diimplementasikan melihat pemanfaatan hemodialisis paling banyak pada peserta BPBU kelas 1.

Kebijakan terkait dengan *cost sharing* terdapat dalam Permenkes No 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional akan tetapi tidak dijelaskan secara rinci jenis tindakan yang dikenakan iur biaya. Hemodialisis merupakan salah satu tindakan yang dilakukan berulang kali dan memerlukan biaya yang tidak sedikit, berdasarkan hasil analisis peserta BPJS dengan jenis kepesertaan BPBU kelas 1 memiliki proporsi lebih tinggi dalam memanfaatkan pelayanan hemodialisis sehingga hemodialisis seharusnya masuk kedalam tindakan yang perlu dikenakan iur biaya (*cost sharing*). Permasalahan lain selain pembiayaan yaitu ketersediaan dan aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan. Permasalahan ketersediaan dan aksesibilitas di Indonesia menyebabkan

rendahnya cakupan hemodialisis. Thailand sebagai salah satu negara yang memasukkan hemodialisis kedalam cakupan *universal health coverage* memiliki kebijakan yaitu untuk tahap awal pasien tidak diizinkan melakukan hemodialisis bahkan untuk mereka yang tinggal di wilayah perkotaan dengan akses yang lebih mudah. Negara lain seperti Filipina kebijakan terkait dengan hemodialisis pemerintah hanya akan membayar 45 sesi per tahun dan sisanya akan di tanggung sendiri oleh pasien (Teerawattananon *et al.*, 2019).

Pemerintah daerah berpartisipasi dalam penyediaan layanan kesehatan yang dilakukan melalui penyediaan tenaga kesehatan, rumah sakit daerah, puskesmas, dll. Pemerintah membiayai penyediaan layanan tersebut melalui anggaran daerah (APBD). Pemerinah daerah memiliki fungsi untuk menyediakan sarana dan prasarana kesehatan sesuai dengan standar untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sehingga diharapkan dengan tersedianya fasilitas kesehatan yang memadai kualitas hidup masyarakat akan lebih baik dan masalah kesehatan bisa teratasi dengan baik. Kebijakan pemerintah, pemerintah provinsi dan Kabupaten/kota harus berfokus untuk menjamin pembiayaan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran, menjamin pemerataan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia ke daerah yang sulit dan terpencil, sehingga tidak ada perbedaan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Kemudahan akses dan pemerataan fasilitas kesehatan perlu menjadi perhatian yang sangat penting agar tidak ada pasien yang *drop out* atau berhenti melakukan hemodialisis karena sulitnya akses dan tidak tersedianya fasilitas kesehatan yang memadai. Pada tahun 2018 jumlah pasien yang menghentikan tindakan HD sebanyak 22%. Pasien yang berhenti melaukan tindakan hemodialisis kemungkinan disebabkan karena kesulitan akses untuk mendapatkan unit HD dan hal ini akan menyebabkan pasien meninggal (Indonesian Society of Nephrology, 2018).

Untuk meningkatkan akses perawatan kesehatan diperlukan adanya rencana aksi untuk mengembangkan dan merumuskan strategi dan kebijakan dengan melibatkan para pemangku kepentingan dan lintas sektoral. Peningkatan pelayanan kesehatan untuk pasien ginjal tahap ahir yang memerlukan hemodialisis agar adil dan merata, serangkaian kegiatan yang dilakukan dapat meliputi pengambilan data, pembuatan kebijakan, penetapan standar, panduan berbasis bukti, implementasi dan penelitian kebijakan ahir yang dihasilkan berbasis bukti.

Perlu adanya upaya untuk menekan jumlah penderita penyakit ginjal yang membutuhkan hemodialisis agar jumlah biaya yang dikeluarkan tidak semakin banyak yang akan dapat menyebabkan beban ekonomi. Hal penting terkait dengan fasilitas kesehatan yaitu keberadaan fasilitas kesehatan itu sendiri. Pemanfaatan pelayanan kesehatan akan berlangsung

optimal jika dilingkungan wilayah tersebut tersedia fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat. Sehingga seluruh peserta jaminan kesehatan nasional dapat menerima manfaat sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil analisis retrospektif menggunakan data sampel BPJS menunjukkan berbagai pola pemanfaatan hemodialisis pada pasien gagal ginjal kronis diantaranya yaitu: Pemanfaatan Hemodialisis dipengaruhi oleh karakteristik individu, usia > 64 tahun dengan jenis kepesertaan PBPB kelas 1 merupakan yang paling banyak mengakses dan memanfaatkan terapi hemodialisis. Kesenjangan pemanfaatan hemodialisis antar wilayah menunjukkan hasil yang signifikan. Peserta JKN paling banyak memanfaatkan hemodialisis berada di wilayah pulau jawa. Kebijakan penatalaksana hemodialisis perlu dilakukan baik itu upaya deteksi dini, edukasi kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan guna menurunkan angka penderita PGK. Dalam institusi kesehatan sangatlah penting untuk meningkatkan program pencegahan anemia dengan memastikan tablet suplementasi zat besi tetap tersedia dan terdistribusi secara merata pada program kesehatan komunitas.

DAFTAR REFERENSI

- Ahmad, Z. G., Febriani, D., Salsabila, L. N., & Gurning, F. P. (2023). Analisis defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Medan: Sebab, dampak, dan solusi. *Jurnal Kesmas Prima Indonesia*, 7(1), 47–53.
- Alayda, N. F., Aulia, C. M., Ritonga, E. R., & Purba, S. H. (2024). Literature review: Analisis dampak kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap akses dan kualitas pelayanan kesehatan. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(7), 2616–2626.
- Dedy, I. P., Hardy, K., Ari, G. A. L. N., & Yudha, N. (2019). Kemauan dan kemampuan membayar (*ability-willingness to pay*) dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional pada sektor informal pedagang pasar tradisional di Kota Denpasar 2017. *Jurnal Kesehatan Terpadu*, 2, 96–100. <https://doi.org/10.36002/jkt.v2i2.541>
- Fakhriyah, F., Athiyya, N., Jubaidah, J., & Fitriani, L. (2021). Penyuluhan hipertensi melalui WhatsApp Group sebagai upaya pengendalian hipertensi. *SELAPARANG: Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4, 435. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i2.4479>
- Hasibuan, S. R., & Prasetyo, C. I. (2024). Gambaran klaim pelayanan dialisis di rumah sakit dan rekomendasi kebijakan di level daerah: Studi kasus Kota Pematangsiantar. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.7454/eki.v9i1.1123>
- Indonesian Society of Nephrology. (2018). *11th report of Indonesian renal registry 2018*. Indonesian Society of Nephrology.

- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- Kristina, S., Endarti, D., Andayani, T., & Aditama, H. (2021). Cost of illness of hemodialysis in Indonesia: A survey from eight hospitals in Indonesia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 13, 2815–2820. <https://doi.org/10.31838/ijpr/2021.13.01.375>
- Lesmana, T. C., & Sugiman. (2020). Determinan pemilihan kelas BPJS peserta Jaminan Kesehatan Nasional mandiri. *Endurance*, 5, 216–226.
- Nasution, M. Z., Sikumbang, E. S., & Gurning, F. P. (2025). Analisis tren penyakit gagal ginjal kronik peserta BPJS dan dampaknya pada pembiayaan kesehatan Indonesia (*Analysis of chronic kidney disease trends among BPJS participants and their impact on Indonesia's health financing system*). *Jurnal Kolaboratif Sains*, 8, 4308–4317. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i7.7798>
- Nugroho, R. H., Murti, B., & Suryono, A. (2019). Disparity in health care utilization by income level and insurance status at Gamping Muhammadiyah Hospital, Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Health Policy and Management*, 4, 195–203. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2019.04.03.07>
- Periwi, D. I., Widiyawati, R., & Muthoharoh, S. (2026). Hubungan lama menjalani hemodialisis dengan gambaran diri pasien penyakit ginjal kronik. *Keperawatan*, 19, 70–84.
- Pujiyanti, E., Setiawan, E., Sari, E. R., & Suwandi, I. P. (2019). Kajian literatur sistematis: Skema pengendalian biaya dalam asuransi kesehatan nasional di beberapa negara. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4, 2–14. <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3460>
- Salamah, S. N., Tamtomo, D. G., & Sulaeman, E. S. (2020). Path analysis on the equity of hemodialysis utilization in the National Health Insurance Program in Jember, East Java. *Journal of Health Policy and Management*, 5, 108–120. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2020.05.02.03>
- Teerawattananon, Y., Dabak, S. V., Khoe, L. C., Bayani, D. B. S., & Isaranawatchai, W. (2019). Health, economic, ethics, and politics in making renal dialysis policy in the era of universal coverage. *BMJ*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.m82>
- World Health Organization. (2022). *Kidney health: Improving global outcomes*. World Health Organization.