

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Apotek

2.1.1 Definisi Apotek

Berdasarkan Permenkes RI No. 73 Tahun 2016 mengatakan apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukannya praktik kefarmasian oleh apoteker. Pelayanan dalam bidang farmasi adalah pelayanan langsung, bertanggung jawab bagi pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi bertujuan mencapai hasil yang baik untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien (Permenkes RI, 2016). Menurut Permenkes RI No. 9 Tahun 2017, tentang apotek, pelaksanaan pelayanan kefarmasian dilakukan oleh tenaga kefarmasian yang terdiri dari apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian atau TTK. Pelayanan kefarmasian meliputi pelayanan resep, sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.

Menurut Permenkes No. 9 tahun 2017, apotek dapat bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS. Fungsi apotek terkait BPJS JKN adalah memberikan pelayanan obat PRB yang diberikan kepada peserta PRB untuk kebutuhan maksimal setiap 30 (tiga puluh) hari setiap kali peresepan (BPJS kesehatan, 2014).

2.1.2 Fungsi Apotek

Menurut Permenkes RI No.9 Tahun 2017, tentang penyelenggaraan menyatakan fungsi apotek adalah :

1. melakukan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan
2. melakukan pelayanan farmasi klinik.

Apotek dapat menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai kepada (Permenkes RI, 2017):

1. apotek lainnya;
2. puskesmas;
3. instalasi farmasi rumah sakit;

4. instalasi farmasi klinik;
5. dokter;
6. bidan praktik mandiri;
7. pasien;
8. masyarakat.

2.1.3 Standar Pelayanan Kefarmasian

Standar pelayanan kefarmasian berdasarkan Permenkes No. 73 Tahun 2016, yang bertujuan :

- a) meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian;
- b) menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian;
- c) melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien atau *patient safety*.

Standar pelayanan kefarmasian di apotek meliputi standar (Permenkes RI, 2016) :

1. Pengelolaan

Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilakukan di apotek harus sesuai dengan peraturan perundang – undang yang berlaku meliputi:

a. Perencanaan

Melakukan perencanaan pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dengan memperhatikan pola penyakit, pola konsumsi, budaya dan kemampuan masyarakat.

b. Pengadaan

Kualitas pelayanan kefarmasian harus terjamin, maka pengadaan sediaan farmasi harus sesuai jalur resmi dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Penerimaan

Penerimaan adalah pelaksanaan yang dilakukan untuk menjamin jenis spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam surat pesanan sesuai kondisi fisik yang diterima.

b. Penyimpanan

Penyimpanan di apotek meliputi :

- a) Obat/ bahan obat harus disimpan dalam wadah asli pabrik. Dalam keadaan pengecualian atau darurat jika isi dipindahkan pada wadah lain, harus dicegah terjadinya kontaminasi dan harus ditulis informasi yang jelas pada wadah baru. Wadah sebaiknya memuat nama obat, nomor *batch* dan tanggal kadaluwarsa.
- b) Semua obat/ bahan obat harus disimpan pada kondisi yang sesuai agar terjamin keamanan dan stabilitasnya.
- c) Tempat penyimpanan obat tidak digunakan untuk penyimpanan barang lain penyebab kontaminasi.
- d) Sistem penyimpanan harus memperhatikan bentuk sediaan dan kelas terapi obat serta disusun secara *alfabets*.
- e) Pengeluaran obat memakai sistem FEFO (*First Expire First Out*) dan FIFO (*First In First Out*).

c. Pemusnahan dan Penarikan.

- a) Obat kadaluarsa atau rusak dimusnahkan sesuai dengan jenis dan bentuk sediaan. Obat dengan kandungan narkotika dan psikotropika yang telah kadaluarsa atau rusak dilakukan pemusnahan obat oleh apoteker yang disaksikan dinas kesehatan kabupaten/kota. Obat bukan narkotika dan psikotropika dilakukan pemusnahan oleh apoteker dan disaksikan oleh tenaga kefarmasian lain yang memiliki surat izin praktek atau surat izin kerja.
- b) Resep yang telah disimpan lebih dari jangka waktu 5 (lima) tahun dapat dimusnahkan. Resep harus dilakukan pemusnahan oleh apoteker yang disaksikan petugas lain di apotek dengan cara dibakar atau cara pemusnahan lain, dilaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.
- c) Pemusnahan, penarikan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai yang rusak atau tidak layak digunakan harus dilakukan pemusnahan dan penarikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- d) Sediaan farmasi yang tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan penarikan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (*mandatory recall*) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar dan tetap harus memberikan laporan kepada kepala BPOM.
- e) Penarikan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dilakukan jika produk yang izin edarnya dicabut oleh menteri.

d. Pengendalian

Pengendalian dilakukan untuk mempertahankan jenis dan jumlah persediaan sesuai dengan kebutuhan pelayanan, sesuai pengaturan sistem pesanan atau pengadaan, penyimpanan dan pengeluaran. Pengendalian mempunyai tujuan menghindari terjadinya kelebihan, kekurangan, kekosongan, kerusakan, kadaluarsa, kehilangan serta pengembalian pesanan. Pengendalian persediaan di apotek menggunakan kartu stok, baik dengan cara manual maupun elektronik. Kartu stok memuat nama obat, tanggal kadaluarsa, jumlah pemasukan, jumlah pengeluaran dan sisa persediaan.

e. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan yang dilakukan pada pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai terdiri dari : pengadaan (surat pesanan, faktur), penyimpanan (kartu stok), penyerahan (nota atau struk penjualan), dan pencatatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan.

Pelaporan meliputi pelaporan internal dan eksternal. Pelaporan internal adalah pelaporan yang dipakai untuk kebutuhan manajemen Apotek, meliputi keuangan, barang, dan laporan lainnya, sedangkan pelaporan yang dibuat untuk memenuhi kewajiban sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, meliputi pelaporan narkotika, psikotropika dan pelaporan lainnya adalah pelaporan eksternal.

2. Pelayanan farmasi klinik

Pelayanan farmasi klinik adalah salah satu pelayanan kefarmasian yang dilakukan kepada pasien berkaitan dengan sediaan farmasi, alat kesehatan,

dan bahan medis habis pakai dengan penuh tanggung jawab untuk memperoleh hasil yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Pengkajian, pelayanan resep, dispensing, Pelayanan Informasi Obat atau PIO, konseling, pelayanan kefarmasian di rumah atau *home safety*, pemantauan Terapi Obat atau PTO, Monitoring Efek Samping Obat atau MESO termasuk dalam pelayanan farmasi klinik.

2.1.4 Pelayanan Resep

Berdasarkan Permenkes No 73 Tahun 2016, standar pelayanan kefarmasian di apotek, pelayanan resep adalah pelayanan dimana permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *electronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.

Permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *electronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai ketentuan yang berlaku disebut resep. Resep dimulai tanda R/ yang artinya *recipe* atau ambillah, tertera nama dan jumlah obat. Resep ditulis dalam bentuk bahasa latin dan dokter, dokter gigi, dan dokter hewan adalah yang berhak menulis resep. Resep yang lengkap harus terdiri dari (Permenkes RI, 2016) :

1. nama, alamat dan nomor izin praktek dokter, dokter gigi atau dokter hewan;
2. tanggal penulisan resep atau *inscriptio*;
3. tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep atau *invocatio*;
4. nama setiap obat dan komposisinya atau *praescrippio dan/atau ordonatio*;
5. aturan pemakaian obat yang tertulis atau *signatura*;
6. tanda tangan atau paraf dokter, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku atau *subscriptio*;
7. nama pasien atau jenis hewan, umur serta alamat pasien atau pemilik hewan.

Pelayanan resep secara umum di apotek biasanya melalui beberapa tahapan-tahapan yaitu (Permenkes RI, 2016):

1. penerimaan resep;
2. skrining data oleh apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK);

3. konfirmasi kepada pasien;
4. resep disiapkan/diracik;
5. resep diberi etiket; resep diserahkan;
6. KIE obat; dan
7. pemberian informasi obat.

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN

2.2.1 Pengertian JKN

JKN berkembang di Indonesia dan merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN. Penyelenggaraan SJSN dilakukan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial dan bersifat wajib atau *mandatory*. Menurut Undang-Undang RI No.40 Tahun 2004, Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga peningkatan kesehatan dapat terpenuhi dengan baik (Kemenkes RI, 2014)

2.2.2 Prinsip – prinsip JKN

Dalam pelaksanaan SJSN, berdasarkan Undang-undang RI 40-2004 dalam Kemenkes RI (2014). SJSN memiliki prinsip – prinsip sebagai berikut:

1. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan dimana peserta yang mampu dapat membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau beresiko tinggi. Prinsip ini dapat terwujud karena kepersertaan SJSN yang bersifat wajib dan pembayaran iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah dan penghasilan, sehingga dapat terwujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS adalah nirlaba bukan untuk mencari laba atau *for profit oriented*. Tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan seluruh peserta.

3. Prinsip keterbukaan
Prinsip keterbukaan adalah prinsip dengan maksud mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
4. Prinsip kehati-hatian
Prinsip kehati-hatian merupakan prinsip pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dengan cermat, teliti, aman dan tertib.
5. Prinsip akuntabilitas
Prinsip akuntabilitas merupakan prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Prinsip portabilitas
Prinsip portabilitas merupakan suatu jaminan yang diberikan secara berlanjut kepada peserta, meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
7. Prinsip kepersertaan wajib
Kepersertaan wajib dilakukan agar seluruh rakyat menjadi peserta, sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepersertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program yang semuanya dilakukan secara bertahap. Tahapan awal dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.
8. Prinsip dana amanat
Iuran peserta merupakan kumpulan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan dan kesejahteraan peserta
9. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial
Prinsip hasil pengelolaan dan jaminan sosial adalah prinsip pengelolaan hasil berupa keuntungan dari pemegang saham yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan sosial (Kemenkes RI, 2014).

2.2.3 Prosedur Pendaftaran Peserta JKN

Prosedur pendaftaran peserta JKN dijelaskan pada Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 dan secara ringkas dijelaskan pada website BPJS (2014) adalah sebagai berikut:

1. PBI pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu atau penerima upah iuran didaftarkan menjadi peserta PBI, dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh kementerian sosial. Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh pemerintah pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi pemerintah daerah yang mengintegrasikan program jaminan kesehatan daerah ke program JKN.
2. Pendaftaran bagi peserta Pekerja Penerima Upah atau PPU.
 - a. Seluruh karyawan beserta anggota keluarganya didaftarkan oleh pihak perusahaan atau badan usaha ke kantor BPJS kesehatan dengan melampirkan :
 - a) lembar formulir registrasi badan usaha atau badan hukum lainnya;
 - b) data migrasi karyawan dengan anggota keluarganya sesuai format ketentuan dari BPJS kesehatan;
 - b. perusahaan / badan usaha menerima nomor *Virtual Account* atau VA untuk dilakukan pembayaran ke bank yang telah bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI);
 - c. bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS kesehatan untuk dicetak kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh perusahaan atau badan usaha.
3. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah atau PBPU dan bukan pekerja.
 - a) Pendaftaran PBPU dan bukan pekerja :
 1. mendaftarkan calon peserta secara perorangan di kantor BPJS kesehatan;
 2. mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan fotokopi Kartu Keluarga (KK), fotokopi KTP/paspor, pasfoto 3 x 4

sebanyak 1 lembar. Untuk anggota keluarga menunjukkan kartu keluarga/surat nikah/akte kelahiran;

3. calon peserta jika sudah mendaftar akan mendapatkan nomor *Virtual Account* atau VA;
 4. melakukan pembayaran iuran ke bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI);
 5. menyerahkan bukti pembayaran iuran ke kantor BPJS kesehatan sebagai persyaratan mendapatkan kartu JKN.
- b) Pendaftaran bukan pekerja melalui suatu individu yang berbadan hukum (pensiunan BUMN/BUMD).

Pendaftaran pensiunan dimana dana pensiunnya dikelola oleh suatu individu yang berbadan hukum, proses pendaftaran dapat secara kolektif melalui suatu individu yang berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

2.2.4 Hak dan Kewajiban Peserta

Hak dan kewajiban peserta JKN atas penyelenggaraan untuk jaminan kesehatan dijelaskan dalam Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 adalah sebagai berikut :

1. Hak peserta
 - a. mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagai identitas peserta;
 - b. mendapatkan nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran;
 - c. mendapatkan manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban, serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan dan memilih fasilitas kesehatan mana yang dikehendaki;
 - e. menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS kesehatan.

2. Kewajiban peserta

- a. mendaftar sebagai peserta, dan membayar iuran yang jumlahnya sesuai dengan ketentuan yang berlakukan;
- b. perubahan data peserta harus di informasikan, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- c. menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
- d. harus mentaati ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan yang diberlakukan.

2.2.5 Masa Berlaku Kepesertaan

Berdasarkan Kemenkes RI (2014), masa berlaku kepesertaan JKN adalah sebagai berikut :

1. kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN berlaku selama yang bersangkutan membayar Iuran sesuai dengan kelompok peserta; dan
2. status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.

2.2.6 Mekanisme Pembayaran Fasilitas Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan sistem kapitasi. BPJS kesehatan membayar dengan sistem paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Kemenkes RI, 2014).

Indonesia dengan kondisi geografis mengakibatkan tidak semua fasilitas kesehatan dapat dicapai dengan mudah. Suatu daerah yang tidak memungkinkan untuk pembayaran berdasarkan kapitasi, BPJS kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna (Kemenkes RI, 2014).

Semua fasilitas kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat. Setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas

kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

2.2.7 Pelayanan Peserta JKN

Pelayanan pada peserta JKN meliputi jenis pelayanan dan prosedur pelayanan peserta JKN yaitu (Kemenkes RI, 2014) :

a. Jenis pelayanan

Pelayanan yang diperoleh oleh peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

b. Tahapan pelayanan peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertamanya harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pada kondisi tertentu jika peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

2.2.8 Fasilitas Kesehatan Penyelenggara JKN

Menurut Permenkes RI No. 28 (2014), penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN adalah fasilitas yang terdiri atas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atau FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atau FKRTL. FKTP yang dimaksud adalah :

1. puskesmas atau yang setara;
2. praktek dokter;
3. praktek dokter gigi;
4. klinik pratama atau yang setara; dan
5. rumah sakit kelas D pratama atau yang setara.

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atau FKRTL yang dimaksud adalah (Permenkes RI, 2014) :

1. klinik utama atau yang setara;

2. rumah sakit umum; dan
3. rumah sakit khusus.

2.2.9 Pelayanan Obat JKN

Berdasarkan Permenkes No. 28 (2014), tentang pedoman pelaksanaan JKN, pelayanan obat bagi peserta JKN adalah (Menkes RI, 2014) :

1. instalasi farmasi klinik pratama atau ruang farmasi di puskesmas atau apotek merupakan FKTP tempat pelayanan obat bagi peserta JKN yang dilakukan oleh apoteker sesuai ketentuan perundang – undangan. puskesmas yang belum memiliki apoteker, pelayanan obat dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian yang sebelumnya telah mendapatkan pembinaan apoteker dari dinas kesehatan kabupaten atau kota;
2. pelayanan obat untuk peserta JKN di FKRTL dilakukan oleh apoteker di instalasi farmasi rumah sakit atau klinik utama atau apotek sesuai ketentuan undang – undang yang berlaku;
3. peserta JKN mendapatkan pelayanan obat pada fasilitas kesehatan sesuai ketentuan pada daftar obat yang tercantum dalam formularium nasional dan harga obat yang tercantum dalam e – katalog obat.

2.2.10 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Permenkes No.28 tahun 2014, manfaat jaminan kesehatan terdiri dari 2 jenis, yaitu :

1. Manfaat medis.

Manfaat medis pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan.

2. Manfaat non medis.

Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulan. Akomodasi dan ambulan untuk layanan rawat inap diberikan sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya dapat diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter.

2.3 Program Rujuk Balik atau PRB

2.3.1 Definisi PRB

Menurut panduan praktis Program Rujuk Balik atau PRB , pelayanan PRB adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan keadaan stabil yang masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atas rekomendasi atau rujukan dari dokter spesialis atau sub spesialis yang merawat. Keadaan stabil merupakan suatu kondisi penderita penyakit kronis berdasarkan diagnosis mempunyai parameter – parameter yang stabil sesuai dengan kondisi yang telah ditetapkan oleh dokter spesialis dan subspecialis (BPJS kesehatan, 2014).

2.3.2 Manfaat Program Rujuk Balik

Berdasarkan BPJS kesehatan (2014), program ini memiliki manfaat bagi pasien PRB, FKTP, dan FKTL yaitu :

1. Bagi peserta
 - a. meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan;
 - b. meningkatkan pelayanan kesehatan yang meliputi akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
 - c. meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks holistik;
 - d. memudahkan untuk mendapatkan obat yang diperlukan.
2. Bagi faskes tingkat pertama
 - a. meningkatkan fungsi faskes selaku *Gate Keeper* sari aspek pelayanan komprehensif dalam pembiayaan yang rasional;
 - b. meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini melalui bimbingan organisasi/dokter spesialis;
 - c. meningkatkan fungsi pengawasan obat.
3. Bagi faskes rujukan lanjutan
 - a. Pengurangan waktu tunggu pasien di poli RS;
 - b. Peningkatan kualitas pelayanan spesialistik di rumah sakit; dan
 - c. Peningkatan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit.

2.3.3 Ruang Lingkup PRB

Berdasarkan BPJS kesehatan (2014), yang termasuk dalam peserta PRB adalah peserta yang mempunyai penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol atau stabil oleh dokter spesialis atau sub spesialis. Adapun penyakit kronis yang termasuk dalam program rujuk balik adalah diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik atau PPOK, epilepsi, *schizophrenia*, stroke, *Systemic Lupus Erythematosus* atau SLE (BPJS kesehatan, 2014).

Pasien PRB yang melakukan kontrol pemeriksaan pada FKTP akan mendapatkan resep obat dari dokter. Obat yang diterima bagi pasien PRB ditetapkan dalam formularium nasional 2018. Obat yang termasuk dalam Obat Rujuk Balik atau ORB adalah (BPJS kesehatan, 2014):

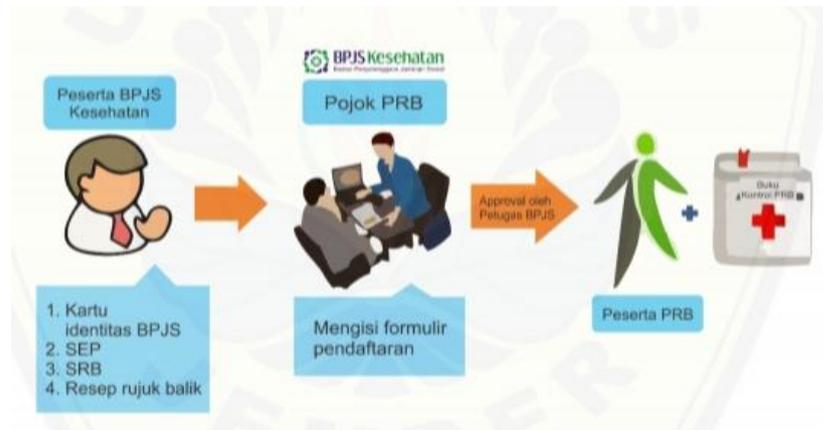
1. Obat utama adalah obat kronis yang diresepkan oleh dokter spesialis/ sub spesialis di faskes rujukan tingkat lanjutan dan tercantum dalam formularium nasional untuk program rujuk balik.
2. Obat tambahan adalah obat yang mutlak diberikan bersama obat utama untuk mengatasi obat penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama.

2.3.4 Mekanisme Pendaftaran Peserta PRB

Berdasarkan panduan praktis yang dikeluarkan BPJS kesehatan (2014) mekanisme pendaftaran bagi pasien PRB adalah sebagai berikut :

1. peserta mendaftarkan diri pada petugas pojok PRB, menunjukkan :
 - a) kartu identitas peserta BPJS kesehatan;
 - b) Surat Rujuk Balik (SRB) dari dokter spesialis;
 - c) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari BPJS kesehatan;
 - d) lembar resep obat atau salinan resep.
2. peserta mengisi formulir pendaftaran peserta PRB;
3. peserta menerima buku kontrol peserta PRB.

Berikut adalah gambaran mekanisme pendaftaran peserta PRB di rumah sakit.



Gambar 2.1 Mekanisme Pendaftaran peserta PRB (BPJS kesehatan, 2014)

2.3.5 Mekanisme Pelayanan Obat

Berdasarkan BPJS kesehatan (2014), dalam Program Rujuk Balik atau PRB untuk memudahkan mendapatkan Obat Rujuk Balik atau ORB harus melalui ketentuan mekanisme pelayanan ORB yaitu :

1. pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - a) peserta melakukan kontrol ke FKTP yang tempatnya terdaftar dengan menunjukkan identitas peserta BPJS, SRB, dan buku kontrol peserta PRB;
 - b) dokter FKTP melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep ORB yang tercantum pada buku kontrol peserta PRB;
2. prosedur di apotek atau depo farmasi untuk mendapatkan pelayanan obat PRB harus sesuai ketentuan kerjasama dengan BPJS kesehatan ;
 - a) peserta menyerahkan resep dari dokter FKTP;
 - b) peserta menunjukkan SRB dan buku kontrol peserta;
3. pelayanan ORB dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di FKTP;
4. setelah 3 (tiga) bulan peserta dapat dirujuk kembali oleh FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis atau subspesialis;
5. rujukan ke dokter spesialis atau subspesialis dapat diberlakukan pada peserta dengan keadaan tidak stabil, sebelum 3 bulan dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari dokter FKTP yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala atau tanda - tanda yang

mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh dokter spesialis atau subspecialis;

6. apabila hasil evaluasi kondisi peserta dinyatakan masih terkontrol atau stabil oleh dokter spesialis atau subspecialis, maka pelayanan PRB dapat dilanjutkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta.

2.3.6 Ketentuan Pelayanan Obat PRB.

Berdasarkan BPJS kesehatan (2014), ketentuan pelayanan obat PRB adalah sebagai berikut :

1. Obat PRB diberikan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari setiap kali persepan dan harus sesuai dengan daftar obat formularium nasional untuk PRB serta ketentuan yang berlaku.
2. Perubahan atau penggantian obat PRB hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis atau subspecialis dan tidak berhak merubah resep obat PRB. Dalam kondisi tertentu dokter di FKTP dapat melakukan penyesuaian dosis obat sesuai dengan batas kewenangannya.
3. Obat PRB dapat diperoleh di apotek atau depo farmasi yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan untuk memberikan pelayanan obat PRB.
4. Bagi peserta PRB tidak boleh mendapat rujukan ke faskes rujukan tingkat lanjut jika terindikasi obat belum habis, kecuali terdapat keadaan *emergency* atau kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien harus konsultasi ke faskes rujukan tingkat lanjutan.