

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepatuhan

2.1.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Pranoto, 2007), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada pemerintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sedangkan menurut Ali (1999) dalam Slamet (2007), kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan petugas profesional (perawat) adalah sejauh mana perilaku seorang perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat ataupun pihak rumah sakit (Niven Edisi 2, 2002).

Kepatuhan adalah salah satu komponen penting dalam pengobatan (Hu, Juarez, Yeboah, & Castillo, 2014), terlebih lagi pada terapi jangka panjang pada penyakit kronis, kepatuhan menggunakan obat berperan sangat penting terhadap keberhasilan terapi (Lachaine, Yen, Beauchemin, & Hodgkins, 2013). Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana kesesuaian pasien dalam menggunakan rejimen obat (interval dan dosis) seperti yang telah ditentukan berdasarkan resep dokter (Zeber et al., 2013). Komponen kepatuhan pasien dalam menggunakan obat terdiri dari tiga yaitu inisiasi, implementasi dan diskontinuitas (Kardas, Lewek, & Matyjaszczyk, 2013). Inisiasi merupakan kepatuhan pasien yang menerima pengobatan yang diresepkan untuk pertama kali (Zeber et al., 2013). Implementasi adalah kesesuaian rejimen obat yang digunakan mulai dari tahap inisiasi sampai dosis terakhir yang digunakan (Vrijens et al., 2012), sedangkan diskontinuitas atau *continued adherence* adalah kepatuhan pada saat

pasien melanjutkan terapi yang diperoleh (Zeber et al., 2013). WHO merekomendasikan faktor ketidakpatuhan diklasifikasikan dalam lima dimensi yaitu: faktor sosial ekonomi, faktor tim dan sistem kesehatan, faktor kondisi, faktor terapi dan faktor pasien (Kardas et al., 2013).

Berbagai faktor penyebab ketidakpatuhan ataupun faktor yang mendukung kepatuhan penggunaan obat yang pernah diteliti antara lain, kesamaan suku atau bahasa antara dokter dengan pasien dapat meningkatkan kepatuhan penggunaan obat (Traylor, Schmittiel, Uratsu, Mangione, & Subramanian, 2010), hubungan antara pasien dan dokter, kurangnya kesadaran dan pengetahuan pasien tentang kesehatan, kejadian akan efek samping menurunkan kepatuhan dalam penggunaan obat (Fürthauer, Flamm, & Sönnichsen, 2013), umur dan perbedaan jenis kelamin berpengaruh pada kepatuhan (Mindachew, Deribew, Tessema, & Biadgilign, 2011), jenis terapi, seperti kemoterapi dengan terapi hormonal pada kanker payudara memberikan tingkat kepatuhan yang berbeda (Font et al., 2012), beberapa faktor demografi dan persepsi berpengaruh kepada kepatuhan (Brieger et al., 2012), kolaborasi dan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dengan pasien berpengaruh pada kepatuhan (Schoenthaler, Allegrante, Chaplin, & Ogedegbe, 2012).

Ada beberapa macam terminologi yang biasa digunakan dalam literatur untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya compliance, adherence, dan persistence. Compliance adalah secara pasif mengikuti saran dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). Adherence adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (adherence) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). Di dalam konteks psikologi kesehatan,

kepatuhan mengacu kepada situasi ketika perilaku seorang individu sepadan dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diusulkan oleh seorang praktisi kesehatan atau informasi yang diperoleh dari suatu sumber informasi lainnya seperti nasehat yang diberikan dalam suatu brosur promosi kesehatan melalui suatu kampanye media massa (Ian & Marcus, 2011).

Perilaku tidak patuh dalam kehidupan sehari-hari sudah biasa. Namun, perilaku tidak patuh dalam lingkup kesehatan sangat berbahaya. Apalagi tidak patuh dalam mengikuti petunjuk dokter dalam mengikuti terapi, dapat menyebabkan sejumlah akibat yang tidak diinginkan seperti: sakit bertambah lama atau kondisi medis memburuk, pasien perlu perawatan dirumah sakit atau rawatan rumah atau akibat ekstrem yaitu kematian. Beberapa metode yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan, antara lain metode secara langsung ataupun tidak langsung. Metode tidak langsung dapat berupa wawancara, rekam medis, laporan sendiri oleh pasien melalui pengisian kuisioner (Font et al., 2012) dan menggunakan alat pencatatan elektronik (Jeffrey et al., 2012).

2.1.2 Faktor Pengaruh

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Feuer Stein dalam Niven, (2002) diantaranya ialah:

2.1.2.1 Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potesni dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Tingginya pendidikan seorang perawat dapat meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan kewajibannya, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2.1.2.2 Modifikasi Faktor Lingkungan dan Sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari pimpinan rumah sakit, kepala perawat, perawat itu sendiri dan teman-teman sejawat. Lingkungan berpengaruh besar pada pelaksanaan prosedur penting untuk memberikan umpan balik. Suatu penjelasan tentang prosedur tetap dan bagaimana cara menerapkannya dapat meningkatkan kepatuhan. Semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, maka semakin mempercepat proses penyembuhan penyakit klien.

2.1.2.3 Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari pada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa orang seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan suatu tindakan (Notoatmojo, 2007).

Usia manusia dapat dibagi menjadi beberapa rentang atau kelompok dimana masing-masing kelompok menggambarkan tahap pertumbuhan manusia tersebut. Salah satu pembagian kelompok usia atau kategori umur dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (2009) sebagai berikut:

- a. Masa Balita = 0-5 tahun
- b. Masa Kanak-Kanak = 6-11 tahun
- c. Masa Remaja Awal = 12-16 tahun
- d. Masa Remaja Akhir = 17-25 tahun
- e. Masa Dewasa Awal = 26-35 tahun
- f. Masa Dewasa Akhir = 36-45 tahun
- g. Masa Lansia Awal = 46-55 tahun

- h. Masa Lansia Akhir = 56-65 tahun
- i. Masa Manula = 65-atas

Sedangkan menurut Neil (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan yaitu:

2.1.2.1 Pemahaman Tentang Instruksi

Tak seorang pun dapat memenuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan padanya. Lcy dan Spelman (dalam Neil, 2000) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah media dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2.1.2.2 Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Jadi konsultasi yang pendek tidak akan menjadi tidak produktif jika tidak diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi.

2.1.2.3 Isolasi Sosial dan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Pratt (dalam Neil, 2012) telah memperhatikan bahwa peran yang dimainkan keluarga dalam pengembangan kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawat dari anggota keluarga yang sakit.

2.1.2.4 Keyakinan, sikap dan keluarga

Bocker dalam Neil (2012) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama Hartman dan Becker yang memperkirakan ketidakpatuhan terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa. Hartman dan becker menemukan bahwa setiap pengukuran dari tiap-tiap dimensi yang utama dari model tersebut sangat berguna sebagai faktor yang mempengaruhi seseorang terhadap pengobatan.

2.2 Allopurinol

2.2.2 Pengertian Allopurinol

Asam urat adalah produk dari metabolisme purin yang mengendap dipersendian dan membentuk kristal kecil sehingga menimbulkan rasa nyeri yang hebat dan kaku, juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak. Pada kondisi tertentu dapat terjadi peningkatan kadar asam urat dalam darah yang melebihi batas normal yang disebut *hiperurisemia* (Walker dan Edward, 2003). *Hiperurisemia* dapat disebabkan oleh tingkat produksi asam urat yang berlebih, ekskresi asam urat melalui ginjal yang berkurang atau kombinasi keduanya (Wibowo, 2006). *Hiperurisemia* yang lanjut dapat berkembang menjadi *gout*. *Gout* merupakan jenis penyakit metabolik yang keberadaannya cukup populer dikalangan masyarakat dengan sebutan pirai (Price dan Wilson, 2005).

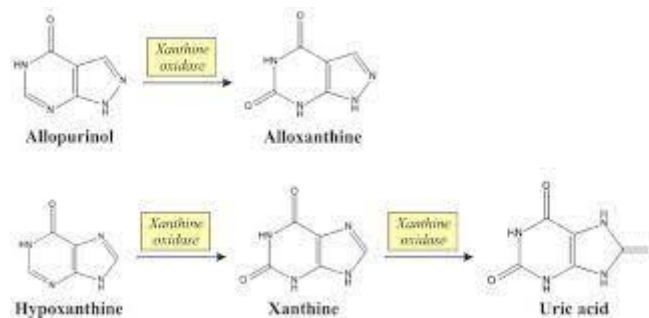
Gout merupakan istilah yang dipakai untuk sekelompok gangguan metabolik yang ditandai dengan meningkatnya konsentrasi asam urat (*hiperurisemia*). *Gout* adalah salah satu tipe dari arthritis yang disebabkan karena terlalu banyak atau tidak normalnya kadar asam urat didalam tubuh karena tubuh tidak bisa mensekresikan asam urat secara normal. Kadar asam urat yang normal pada pria adalah dibawah 7 mg/dl sedangkan pada wanita dibawah 6 mg/dl.

Allopurinol merupakan salah satu obat *gout* yang tergolong sebagai Obat Wajib Apotek (OWA). OWA merupakan obat keras yang keberadaannya bisa diserahkan oleh apoteker kepada pasien tanpa harus menggunakan resep dari dokter. Allopurinol biasa diresepkan oleh dokter dengan *analgesik*. OWA nomor 3 yang tergolong dalam sistem *muskuloskeletal* yaitu allopurinol, natrium diklofenak, dan piroksikam. Allopurinol paling banyak digunakan sebagai *antigout* dan pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter. Beberapa hal yang perlu diperhatikan apoteker dalam pemberian OWA yaitu memenuhi ketentuan dan batasan tiap jenis obat per pasien yang disebutkan dalam OWA yang bersangkutan, membuat catatan pasien serta obat yang telah diserahkan, dan memberikan informasi meliputi dosis dan aturan pakainya, kontraindikasi, efek samping dan lain-lain yang perlu diperhatikan oleh pasien (Pharmaceutical Journal of Indonesia, 2020).

2.2.3 Mekanisme Kerja Allopurinol

Allopurinol merupakan obat yang efektif untuk terapi *hiperurikemia primer* maupun *hiperurikemia sekunder* yang diakibatkan kelainan hematologis maupun terapi *antineoplastic*. Allopurinol menghambat tahap terminal dari biosintesis asam urat. Sejak produksi asam urat berlebih memberikan kontribusi pada sebagian besar pasien *gout*, allopurinol mampu memberi pendekatan rasional dalam terapi (Insel, 1992). Allopurinol merupakan analog purin yang mampu mengurangi produksi asam urat dengan menghambat secara kompetitif dua tahap terakhir proses biosintesis asam urat yang dikatalisasi oleh enzim *xanthine oksidase* (Mycek, 2000).

Berikut gambar struktur kimiawinya:



Gambar 2.2 Penghambat Sintesis Asam Urat oleh Allopurinol

Diet purin sebetulnya bukan merupakan sumber utama asam urat. Sumber utamanya adalah hasil degradasi asam nukleat yang diubah menjadi *hipoxantin* atau *xantin* yang mengalami pengoksidasian menjadi asam urat. Allopurinol merupakan analog (*isomer*) *hipoxantin*, keduanya mampu menjadi substrat enzim *xantin oksidase*. Begitu juga dengan metabolit allopurinol yaitu *alloxanthin* (*oxypurinol*). Ketika tahap ini dihambat, terjadi penurunan kadar urat dalam plasma dan penurunan penyimpanan urat disertai peningkatan kadar *xantin* dan *hipoxantin* yang lebih terlarut dalam plasma.

2.2.4 Farmakokinetik

Allopurinol dapat diabsorpsi sekitar 80% setelah pemberian per oral. Allopurinol dimetabolisme oleh enzim *xantin oksidase*. Metabolit yang dihasilkan *oxypurinol* juga mempunyai kemampuan untuk menghambat enzim *xantin oksidase*. Sehingga pemberian terapi allopurinol mempunyai DOA (*Duration of Action*) yang cukup panjang dan cukup diberikan sekali dalam sehari (Wagner, 2004).

2.2.5 Penggunaan Terapi

Terapi *gout* dengan allopurinol seperti halnya obat *urikosurik*, diawali dengan harapan bahwa terapi ini akan berlangsung sementara, tidak seumur hidup. Meskipun allopurinol merupakan pilihan pertama obat penurun kadar urat, terdapat urutan indikasi penggunaan secara rasional sebagai berikut:

2.2.5.1 Pada kasus *gout* kronis bertophi.

2.2.5.2 Pada pasien *gout* yang kadar asam urat dalam urin 24 jamnya mencapai 600-700mg (dengan diet bebas purin).

2.2.5.3 Pada pasien dengan reaksi *hipersensitivitas* terhadap *probenecid* dan *sulfinpirazon*.

2.2.5.4 Untuk terapi batu ginjal rekuren.

2.2.5.5 Pada pasien dengan penurunan fungsi ginjal.

2.2.5.6 Pada pasien dengan kadar urat dalam serum yang sangat tinggi. Dalam terapi, kita harus dapat menurunkan kadar urat dalam serum hingga mencapai angka kurang dari 6,5 mg/dl.

Disamping penggunaannya dalam *gout*, allopurinol juga digunakan sebagai *antiprotozoal* dan diindikasikan untuk mencegah *uricosuria masiv* yang dapat menimbulkan efek pembentukan batu ginjal (Wagner, 2004).

2.2.6 Efek Samping Allopurinol

Serangan *gout* akut dapat terjadi pada terapi awal menggunakan allopurinol. Untuk mencegah terjadinya serangan akut ini, kolkisin ataupun indometasin harus diberikan pada periode awal terapi dengan menggunakan allopurinol. Kecuali, jika allopurinol diberikan bersamaan dengan *probenecid* maupun *sulfinpirazon* (Mycek, 2000; Wagner, 2004).

Intoleransi *gastrointestinal* dapat terjadi, seperti mual, muntah dan diare. Reaksi *hipersensitivitas* seperti kemerahan pada kulit adalah gejala yang sering dan muncul pada sekitar 3% penggunaan allopurinol. Terdapat neuritis perifer, vasculitis nekrotik, depresi sumsum tulang, dan juga anemia aplastic. Pada kasus yang sangat jarang, allopurinol dapat berikatan dengan lensa mata dan menyebabkan katarak (Mycek, 2000; Wagner, 2004).

2.2.7 Dosis Allopurinol

Dosis awal allopurinol adalah 100mg per hari. Bisa diinginkan sampai 300mg per hari. Tergantung kadar asam urat dalam serum. Kolkisin atau NSAID sebaiknya diberikan pada minggu-minggu awal pemberian allopurinol untuk mencegah serangan *gout* akut yang terkadang dapat terjadi (Wagner, 2004).

2.2.8 Interaksi Allopurinol

Kemoterapeutik (antibakteri) *mercaptapurin* yang diberikan bersamaan dengan allopurinol, dosisnya harus dikurangi sekitar 75%. Allopurinol juga mampu meningkatkan efek *siklofosamid* dan *azathioprine*. Allopurinol menghambat metabolisme *probenecid*, oral *antikoagulan* dan dapat meningkatkan konsentrasi Fe pada liver. Kemana penggunaannya pada anak dan wanita hamil belum diteliti (Mycek, 2000; Wagner, 2004).

2.3 Apotek

2.3.2 Pengertian Apotek

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek, yang dimaksud apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktek kefarmasian oleh Apoteker. Apotek yang baik adalah apotek yang harus mudah diakses oleh masyarakat. Sarana dan prasarana apotek harus dapat menjamin mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai serta kelancaran praktik Pelayanan Kefarmasian (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 9 Tahun 2017).

PT. Kimia Farma merupakan salah satu perusahaan BUMN Farmasi yang ada di Indonesia. Maksud dan tujuan perusahaan adalah melakukan usaha dalam bidang pengelolaan apotek. Saat ini, PT. Kimia Farma memiliki outlet yaitu apotek, klinik, laboratorium klinik dan optik dengan jumlah kurang lebih seribu dua ratus (1200) di Indonesia. Outlet yang didukung oleh tenaga profesional bidang kesehatan, yaitu apoteker, dokter serta tenaga kesehatan lainnya.

2.3.3 Tujuan dan Fungsi Apotek

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009, tugas dan fungsi Apotek adalah:

2.3.3.1 Tempat pengabdian profesi seorang Apoteker yang telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker.

2.3.3.2 Sarana yang digunakan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian.

2.3.3.3 Sarana yang digunakan untuk memproduksi dan mendistribusikan sediaan farmasi, antara lain obat, bahan baku obat, obat tradisional, dan kosmetik.

2.3.3.4 Sarana pembuatan dan pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

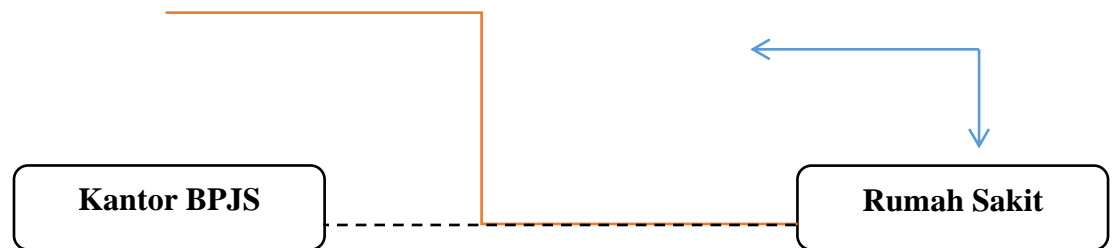
2.4 Rujukan

2.4.2 Pengertian Rujukan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan seluruh fasilitas kesehatan, rujukan medis adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab untuk masalah kedokteran sebagai respon terhadap ketidakmampuan fasilitas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan para pasien dengan tujuan untuk menyembuhkan dan atau memulihkan status kesehatan pasien (BPJS, 2014).

Rujukan pelayanan kesehatan dimulai dari pelayanan kesehatan primer dan diteruskan ke jenjang pelayanan sekunder dan tersier yang hanya dapat diberikan jika ada rujukan dari pelayanan primer atau sekunder.





Gambar 2.1 Alur Pelayanan Rujukan Kesehatan

2.4.3 Ketentuan Umum Rujukan

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari tiga tingkatan, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat kedua dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik (BPJS, 2014).

Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan namun tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (BPJS, 2014).

Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena

keterbatasan fasilitas, peralatan dan ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

2.4.4 Prosedur Rujukan

Pada dasarnya, prosedur fasilitas pemberi pelayanan kesehatan pengirim rujukan adalah sebagai berikut:

- 2.4.4.1 Menjelaskan kepada para pasien atau keluarganya tentang alasan rujuk.
- 2.4.4.2 Melakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang dituju sebelum merujuk.
- 2.4.4.3 Membuat surat rujukan dan juga melampirkan hasil diagnosis pasien dan catatan medisnya.
- 2.4.4.4 Mencatat pada register dan juga membuat laporan rujukan.
- 2.4.4.5 Stabilisasi keadaan umum pasien, dan dipertahankan selama dalam perjalanan.
- 2.4.4.6 Pendampingan pasien oleh tenaga kesehatan
- 2.4.4.7 Menyerahkan surat rujukan kepada pihak-pihak yang berwenang di fasilitas pelayanan kesehatan di tempat rujukan.
- 2.4.4.8 Surat rujukan pertama harus berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan primer, kecuali dalam keadaan darurat.
- 2.4.4.9 Ketentuan-ketentuan yang terdapat pada Askes, Jamkesmas, Jamkesda, Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan badan penjaminan kesehatan lainnya tetap berlaku (Kemenkes, 2012).

Adapun prosedur sarana kesehatan penerima rujukan adalah:

- 2.4.3.1 Menerima rujukan pasien dan membuat tanda terima pasien.
- 2.4.3.2 Mencatat kasus-kasus rujukan dan membuat laporan penerima rujukan.

- 2.4.3.3 Mendiagnosis dan melakukan tindakan medis yang diperlukan, serta melaksanakan perawatan yang disertai catatan medic sesuai ketentuan.
- 2.4.3.4 Memberikan informasi medis kepada pihak sarana pelayanan pengirim rujukan.
- 2.4.3.5 Membuat surat rujukan kepada sarana pelayanan kesehatan lebih tinggi dan mengirim tembusannya kepada sarana kesehatan pengirim pertama.
- 2.4.3.6 Membuat rujukan balik kepada fasilitas pelayanan perujuk bila sudah tidak memerlukan pelayanan medis spesialisik atau sub spesialisik dan setelah kondisi pasien (Kemenkes, 2012).

2.5 Rujuk Balik

2.5.1 Pengertian Rujuk Balik

Program Rujuk Balik (PRB) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang, yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan balik dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat (BPJS Kesehatan, 2015). PRB memberikan pelayanan kepada penderita penyakit kronis yang sudah stabil/terkontrol namun masih memerlukan pengobatan dalam jangka panjang, maka obat menjadi salah satu komponen penting dalam PRB. Pelayanan obat PRB bisa didapatkan penderita melalui apotek atau depo farmasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Oleh sebab itu jaminan ketersediaan obat PRB di tempat ini menjadi hal yang sangat penting.

2.5.2 Manfaat Program Rujuk Balik

2.5.2.1 Bagi Peserta:

- a. Meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan.

- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotive (peningkatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan) dan rehabilitative (pemulihan).
- c. Meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistic.
- d. Memudahkan untuk mendapatkan obat yang diperlukan.

2.5.2.2 Bagi Faskes Tingkat Pertama:

- a. Meningkatkan fungsi faskes selaku dari 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 pengobatan.

2.5.2.3 Bagi Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan:

- a. Mengurangi waktu tunggu pasien di poli RS.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan spesialistik di Rumah Sakit.
- c. Meningkatkan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit.

2.5.3 Landasan Hukum

2.5.3.1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

2.5.3.2 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

2.5.3.3 Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

2.5.4 Pelayanan Obat Rujuk Balik

Obat yang termasuk dalam Obat Rujuk Balik adalah:

2.5.4.1 Obat Utama, yaitu obat kronis yang diresepkan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan tercantum pada Formularium Nasional untuk obat Program Rujuk Balik.

2.5.4.2 Obat Tambahan, yaitu obat yang mutlak diberikan bersama obat utama dan diresepkan oleh dokter Spesialis/Sub Spesialis di Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan untuk mengatasi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama.

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB adalah peserta dengan diagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta Program Rujuk Balik (BPJS, 2014).

2.5.5 Ketentuan Pelayanan Obat Rujuk Balik

Ketentuan Pelayanan Obat Rujuk Balik adalah:

2.5.5.1 Obat PRB diberikan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari setiap kali peresepan dan harus sesuai dengan Daftar Obat Formularium Nasional untuk Obat Program Rujuk Balik serta ketentuan lain yang berlaku.

2.5.5.2 Perubahan/penggantian obat program rujuk balik hanya dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis/ sub spesialis yang memeriksa di Faskes Tingkat Lanjutan dengan prosedur pelayanan RJTL. Dokter di Faskes Tingkat Pertama melanjutkan resep yang ditulis oleh Dokter Spesialis/sub-spesialis dan tidak berhak merubah resep obat PRB. Dalam kondisi tertentu Dokter di Faskes Tingkat Pertama dapat melakukan penyesuaian dosis obat sesuai dengan batas kewenangannya.

2.5.5.3 Obat PRB dapat diperoleh di Apotek/depo farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan Obat PRB.

2.5.5.4 Jika peserta masih memiliki obat PRB, maka peserta tersebut tidak boleh dirujuk ke Faskes Rujukan Tingkat Lanjut, kecuali terdapat keadaan emergency atau kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien harus konsultasi ke Faskes Rujukan Tingkat Lanjut.