

Faktor yang Mempengaruhi Ketersediaan Obat Program Rujuk Balik (PRB) di Fasilitas Pelayanan Obat PRB Wilayah Eks Karesidenan Kediri (Studi pada Ketersediaan Obat Hipertensi)

(Factors Affecting The Drugs Availability on Program Rujuk Balik (PRB) at PRB Drugs Facility in Ex Karesidenan Kediri (Study of Hypertension Drugs)

SRI DIAS TUTI^{1*}, UMI ATHIYAH¹, WAHYU UTAMI¹

¹Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga Surabaya, Indonesia

Diterima 28 Desember 2017, Disetujui 9 Februari 2018

Abstrak: Penelitian ini bertujuan mengetahui pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat, kebijakan PRB, dan menganalisis pengaruhnya terhadap ketersediaan obat PRB di fasilitas pelayanan obat PRB wilayah eks Karesidenan Kediri. Studi pada ketersediaan obat hipertensi karena prevalensinya cenderung meningkat, 7,6% pada tahun 2007 menjadi 9,5% pada tahun 2013. Metode yang digunakan adalah *cross sectional*, total sampling sebanyak 18 orang pengelola obat PRB. Responden diukur kemampuannya mengelola obat, penilaiannya terhadap pendukung pengelolaan obat dan kebijakan PRB dengan menggunakan kuesioner. Ketersediaan obat dihitung persentase obat PRB untuk hipertensi yang tersedia dan yang digantikan dengan obat sejenis. Nilai skor pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat, dan kebijakan PRB diuji pengaruhnya terhadap ketersediaan obat PRB dengan regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat dan kebijakan PRB dikategorikan cukup baik. Ketersediaan obat PRB untuk hipertensi rata-rata 28,71%. Fasilitas melakukan penggantian obat PRB yang tidak tersedia dengan obat sejenis rata-rata 43,95%. Sehingga obat dari resep PRB dapat terpenuhi rata-rata 72,67%. Hasil analisis menunjukkan faktor pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat, dan kebijakan PRB berpengaruh terhadap ketersediaan obat PRB ($p < 0,10$). Pengaruh terbesar adalah pengelolaan obat PRB ($p < 0,10$), terutama pemilihan obat PRB ($p < 0,10$) dimana pemilihan merupakan tahap awal dari siklus pengelolaan obat yang menentukan tahapan selanjutnya.

Kata kunci: ketersediaan obat, JKN, BPJS-kesehatan, PRB, Kediri.

Abstract: The research's objectives were knowing about PRB drug management, support, policy, availability of PRB drugs and analyzing the effects towards drug availability of PRB facility in Ex Karesidenan Kediri. This study was done due to prevalence of hypertension tends to increase from 7.6% in 2007 to 9.5% in 2013. The method used cross sectional approach with total sampling 18 respondents of PRB drug managers. Those respondents measured on capability in PRB drug management, assessment and policy using questionnaires. Drugs availability counted PRB drug percentage for hypertension and replaced using another similar drugs. The management, support and policy score were tested the effect on PRB towards drug availability using multiple linear regression. The result showed PRB Drug Management, Support, and Policy were mostly categorized good enough. The availability of PRB drugs for hypertension was 28.71%. The facilities that were able to provide substitution drugs beyond the average was 43.95%. PRB drugs administered fulfilled 72.67%. The results showed drug management factors, PRB supports and policy had effects on PRB Drug Availability ($p < 0.10$). The greatest effects was PRB drug management ($p < 0.10$) especially selection of PRB drugs where selecting was the early step of drug management cycle which determined the next steps.

Keywords: Drugs availability, JKN, BPJS-kesehatan, PRB, Kediri.

*Penulis korespondensi: Hp : 081259386903

Email: dias.dinkesta@gmail.com

PENDAHULUAN

KETERSEDIAAN obat merupakan kebutuhan yang esensial bagi penderita penyakit kronis. Obat yang tidak tersedia di tempat pelayanan dapat menyebabkan terjadinya *Drug Related Problem*, antara lain pasien tidak mendapatkan obat, dosis terlewatkan, dan pasien berhenti minum obat sebelum waktunya⁽¹⁾. Hal ini tentu akan menyebabkan terapi pengobatannya menjadi tidak efektif atau memperparah kondisi kesehatannya^(2, 3).

Setelah tiga tahun penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), ketersediaan obat masih menjadi permasalahan. Belum adanya jaminan ketersediaan obat yang sesuai dengan Formularium Nasional pada fasilitas kesehatan untuk pelayanan kesehatan kepada peserta program JKN. Pemberi pelayanan kesehatan masih mengalami kesulitan dalam penyediaan obat, sehingga peserta program JKN harus mengeluarkan biaya tambahan. Pengelolaan sediaan farmasi yang diperlukan untuk mendukung pelayanan pasien peserta program JKN belum memadai⁽⁴⁾.

Dalam studi yang dilakukan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia (PKEKK UI) terhadap 908 responden dari 13 provinsi, terungkap masih ada pasien yang mengeluarkan biaya obat secara pribadi sebanyak 4% di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 33% di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Dari pasien yang mengeluarkan biaya tersebut sebanyak 85,2% mempunyai riwayat penyakit kronis, dimana pada era JKN untuk pasien penyakit kronis tersedia mekanisme tersendiri dalam pelayanan obat, yaitu melalui pelayanan obat Program Rujuk Balik (PRB)⁽⁵⁾.

Penelitian di apotek PRB yang dilakukan oleh Ianathasya⁽⁶⁾, menunjukkan terjadi ketidakterediaan obat dilihat dari permintaan obat yang tidak terlayani berdasarkan persentase peserta yang menerima kertas kekurangan obat pada bulan Juni, yaitu sebesar 43,2% (dari 88 peserta). Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti tentang ketersediaan obat PRB di 10 (sepuluh) apotek di kota Surabaya, Trenggalek, Tulungagung, dan Blitar pada bulan Mei – Juni 2016, didapatkan hasil yang menyatakan bahwa dalam kurun waktu 6 (enam) bulan terakhir sebanyak 50% apotek menyatakan “sering” dan 10% menyatakan “selalu” mengalami ketidakterediaan obat PRB.

Bertolak dari fakta masalah ketersediaan obat di fasilitas pelayanan obat PRB, tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengelolaan obat PRB yang meliputi pemilihan, pengadaan, distribusi, penggunaan; mengetahui pendukung pengelolaan obat PRB yang meliputi organisasi, pembiayaan,

informasi, sumber daya manusia; mengetahui kebijakan PRB; mengetahui ketersediaan obat PRB; dan menganalisis pengaruh dari pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat, dan kebijakan PRB terhadap ketersediaan obat PRB di fasilitas pelayanan obat PRB wilayah eks Karesidenan Kediri didasarkan pada Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2013, bahwa Kabupaten/Kota di wilayah eks Karesidenan Kediri memiliki tingkat ketersediaan obat yang paling rendah, yaitu 70%-79,9%⁽⁷⁾.

Studi pada ketersediaan obat utama PRB untuk penyakit hipertensi, karena adanya kecenderungan peningkatan prevalensi pada penyakit tersebut. Prevalensi hipertensi pada tahun 2013 adalah 9,5%, lebih tinggi dari tahun 2007 sebesar 7,6%⁽⁸⁾. Selain itu, pemilihan studi pada penyakit tersebut didukung data dari hasil Kajian Pemberian Manfaat Pelayanan Penyakit Kronis dalam JKN yang menunjukkan bahwa penyakit yang mendominasi peserta PRB adalah hipertensi (44,8%) dari total peserta⁽⁹⁾. Data dari BPJS-Kesehatan Kantor Cabang Kediri dan BPJS-Kesehatan Kantor Cabang Tulungagung pada bulan April 2017 juga menunjukkan dominasi penyakit hipertensi (38,67%) dari 5.237 peserta PRB yang terdaftar di Wilayah Eks Karesidenan Kediri.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dirancang menggunakan metode *cross sectional* dan teknik pengambilan sampel total sampling dengan memberikan pertanyaan melalui kuesioner terhadap 18 responden pengelola obat PRB yang memenuhi kriteria inklusi dan lembar pengumpul data untuk menghitung ketersediaan obat PRB. Pengambilan data penggunaan obat PRB untuk penyakit hipertensi per Oktober 2015 s.d. Desember 2016 dan stok persediaan obat PRB untuk hipertensi per 31 Desember 2016 dilakukan mulai bulan April 2017 dan terakhir memberikan kuesioner yang sudah melalui uji validitas dan reliabilitas kepada responden pada bulan Agustus 2017. Responden diukur kemampuannya dalam pengelolaan obat PRB, penilaiannya terhadap pendukung pengelolaan obat PRB dan kebijakan PRB, dengan hasil ukur skor yang kemudian dikategorikan baik, cukup baik, atau kurang baik untuk analisis deskriptif. Ketersediaan obat PRB untuk hipertensi dihitung dengan rumus sebagai berikut⁽¹⁰⁾:

$$\text{Tingkat ketersediaan obat per item} = \frac{\text{Jumlah obat per item yang tersedia}}{\text{Rata-rata pemakaian obat per item per bulan}} \times 100\%$$

Selanjutnya dihitung persentase obat dengan ketersediaan aman:

$$\text{Persentase obat dengan ketersediaan aman} = \frac{\text{Total jenis obat dengan ketersediaan minimal 12 bulan}}{\text{Jumlah item obat yang tersedia}} \times 100\%$$

Obat PRB untuk hipertensi yang digantikan

mengadopsi perhitungan persepean obat generik sebagai berikut⁽¹⁰⁾:
$$\text{Persentase obat PRB yang digantikan} = \frac{\sum R \text{ obat PRB yang digantikan}}{\sum R \text{ seluruhnya}} \times 100\%$$

Penjumlahan dari obat yang tersedia dengan obat yang digantikan diperoleh hasil obat PRB untuk hipertensi yang terlayani. Nilai skor pengelolaan, pendukung pengelolaan, dan kebijakan PRB diuji pengaruhnya terhadap ketersediaan obat PRB menggunakan analisis regresi linear berganda dengan signifikansi 0,10. Secara umum angka signifikansi sebesar 0,01, 0,05, dan 0,10. Pemilihan angka signifikansi dapat berdasarkan jumlah sampel, jumlah sampel yang kecil dapat menggunakan angka signifikansi yang besar⁽¹¹⁾.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di fasilitas pelayanan obat PRB wilayah Eks Karesidenan Kediri yang berada di wilayah kerja BPJS-Kesehatan Kantor Cabang Kediri dan Tulungagung, meliputi tujuh kabupaten/kota, yaitu : 1) Kabupaten Trenggalek, 2) Kabupaten Tulungagung, 3) Kabupaten Blitar, 4) Kota Blitar, 5) Kabupaten Kediri, 6) Kota Kediri, dan 7) Kabupaten Nganjuk dan didapatkan sebanyak 18 fasilitas yang memenuhi persyaratan. Keseluruhan fasilitas merupakan apotek yang telah berdiri sejak lebih dari 10 tahun yang lalu. Menilik dari umur berdirinya, apotek telah berpengalaman dalam pengelolaan obat dan bagaimana menghadapi atau mengantisipasi permasalahan dalam pengelolaan obat. Sebagian besar merupakan milik swasta, hanya 3 sarana milik Pemerintah. Meskipun milik pemerintah namun proses perizinan hingga pengelolannya. Termasuk dalam hal pengadaan obat PRB tidak terdapat perbedaan dengan milik swasta.

Sebagian besar apotek telah bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan lebih dari 3,5 tahun per Agustus 2017 (Tabel 1). Sebelum era JKN, apotek telah bekerja sama dengan PT. Askes dimana pada awal JKN untuk bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan sebagai apotek PRB diprioritaskan apotek yang sebelumnya telah bekerja sama dengan PT. Askes. Selain memberikan pelayanan obat PRB, apotek juga memberikan pelayanan obat dari resep umum, pembelian obat-obat bebas dan bebas terbatas, dan seluruhnya bekerja sama dengan dokter keluarga dan atau asuransi kesehatan swasta.

Sebagian besar responden berlatar belakang pendidikan tenaga kefarmasian (Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian). Pemberian tanggung jawab sebagai pengelola obat PRB masih belum berdasarkan kompetensi, tapi lebih karena kepercayaan atau kedekatan PSA kepada staf yang bersangkutan, ini

terlihat dengan masih adanya tenaga non kefarmasian yang diberikan tanggung jawab pada posisi tersebut, yaitu sebanyak 27,8% (Tabel 1). Selain secara teknis bertanggung jawab atas pengelolaan obat PRB, responden juga melakukan pengelolaan dan pelayanan obat dari resep umum, pembelian obat-obat bebas dan bebas terbatas.

PRB merupakan program pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil, tetapi masih memerlukan pengobatan atau asuhan perawatan jangka panjang yang dilaksanakan oleh FKTP atas rekomendasi dari dokter spesialis yang merawat. Pelaksanaan PRB melibatkan kolaborasi dan kerjasama berbagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yaitu dokter spesialis di Rumah Sakit, dokter FKTP, apotek, laboratorium, serta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan) selaku penyelenggara jaminan kesehatan (*provider*). Apotek dalam hal ini adalah apotek yang dapat memberikan pelayanan obat rujuk balik, yaitu apotek yang bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan⁽¹²⁾.

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB

Tabel 1. Karakteristik responden dan fasilitas pelayanan obat PRB di wilayah eks Karesidenan Kediri.

Karakteristik Responden/Fasilitas Pelayanan Obat PRB	n (%)
Status Kepemilikan :	
Pemerintah	3 (16,7)
Swasta	15 (83,3)
Jumlah karyawan :	
≤ 4	3 (16,7)
> 4	15 (83,3)
Jumlah Resep per Hari :	
≤ 25	9 (50,00)
> 25	9 (50,00)
Jumlah Resep PRB per Hari :	
≤ 10	10 (55,6)
> 10	8 (44,4)
Lama Kerja Sama dengan BPJS-Kesehatan / Askes (Tahun) :	
≤ 3,5 (per Agustus 2017)	2 (11,1)
> 3,5	16 (88,9)
Jenis Kelamin :	
Laki-laki	1 (5,6)
Perempuan	17 (94,4)
Umur :	
≤ 30	4 (22,22)
30 - 40	12 (66,7)
≥ 41	2 (11,1)
Pendidikan :	
Tenaga Kefarmasian	13 (72,2)
Non Tenaga Kefarmasian	5 (27,8)
Pengalaman mengelola obat PRB (Tahun) :	
≤ 3,5 (per Agustus 2017)	7 (38,9)
> 3,5	11 (61,1)

adalah peserta dengan diagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi stabil oleh dokter spesialis/sub spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta PRB. Kunjungan pasien PRB ke fasilitas pelayanan obat PRB untuk penyakit hipertensi sebesar 61,48% dari total peserta dengan penyakit hipertensi yang terdaftar sebanyak 2025 orang. Jumlah yang kurang dari jumlah total peserta yang terdaftar dapat dikarenakan oleh beberapa hal, diantaranya peserta sedang tidak dalam kondisi stabil, sehingga harus di rujuk ke FKTL pada jadwal kunjungan ke apotek PRB atau pasien kurang patuh dalam pengambilan obat PRB.

Tabel 2 menunjukkan bahwa pengelolaan obat di apotek PRB sebagian besar cukup baik, yaitu sebanyak 66,7%, penilaian responden terhadap pendukung pengelolaan obat yang disediakan di apotek sebagian besar cukup baik, yaitu sebanyak 55,6%, dan penilaian responden terhadap kebijakan PRB juga cukup baik, yaitu sebesar 77,8%. Adanya penilaian yang kurang baik terhadap kebijakan lebih karena cara pandang seseorang terhadap kebijakan tersebut.

Ketersediaan obat PRB untuk hipertensi di fasilitas pelayanan obat PRB rata-rata 28,71%. Fasilitas melakukan penggantian obat hipertensi dari resep PRB yang tidak tersedia dengan obat sejenis rata-rata 43,95%. Sehingga obat dari resep PRB dapat terpenuhi rata-rata 72,67%. Upaya yang dilakukan untuk menyediakan obat pengganti tersebut antara lain dengan meminjam obat sejenis dari persediaan regulat atau mengadakan obat sejenis dengan harga yang mendekati *e-catalogue*. Kondisi ketersediaan obat PRB untuk hipertensi seperti ditampilkan pada gambar 1. Gambar tersebut menunjukkan tidak ada ketersediaan obat PRB yang mencapai 100% dan kondisi tersebut dikategorikan kurang baik. Tidak adanya fasilitas pelayanan obat PRB yang memiliki ketersediaan dengan kategori baik, karena sistem penyediaan obat di fasilitas pelayanan obat PRB

Tabel 2. Kategori skor variabel independen.

Variabel	Kategori Skor Variabel Independen					
	Baik		Cukup Baik		Kurang Baik	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pengelolaan Obat PRB**	6	(33,3)	12	(66,7)	-	-
Pendukung Pengelolaan Obat	8	(44,4)	10	(55,6)	-	-
Kebijakan PRB***	1	(5,6)	14	(77,8)	3	(16,7)

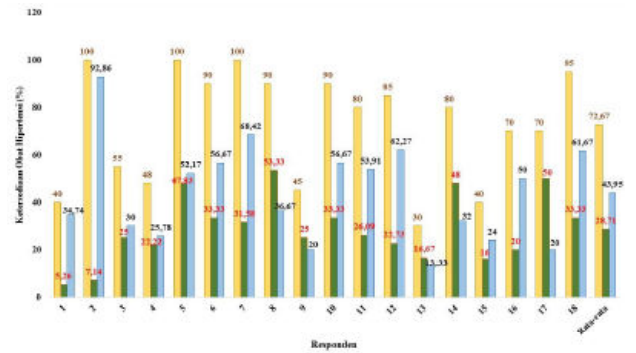
Keterangan :

N = 18

*) = Baik X ≥ 80,68; Cukup Baik 51,34 – 80,67; Kurang Baik X ≤ 51,33

**) = Baik X ≥ 40,36; Cukup Baik 25,68 – 40,35; Kurang Baik; X ≤ 25,67

***) = Baik X ≥ 14,68; Cukup Baik 9,34 – 14,67; Kurang Baik X ≤ 9,33



Gambar 1. Ketersediaan obat PRB untuk hipertensi tahun 2016 di fasilitas pelayanan obat PRB wilayah eks Karesidenan Kediri.

Keterangan :

- = Obat hipertensi dari Resep PRB yang terlayani
- = Obat PRB untuk hipertensi yang tersedia di fasilitas pelayanan obat PRB
- = Obat PRB untuk hipertensi dari resep PRB yang digantikan dengan obat sejenis

secara *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue* belum dapat dilakukan sehingga pengadaan di apotek bersifat kondisional, tidak ada jadwal tertentu, dan seringkali pemesanan dilakukan pada saat persediaan menipis. Kondisi menipis tiap-tiap item obat ada perbedaan, tergantung kecepatan keluarnya obat. Kecepatan keluarnya obat cukup tinggi tapi tidak diikuti kecepatan datangnya obat dari waktu pemesanan. Sehingga waktu tunggu seringkali di luar perkiraan dan menyebabkan tidak tersedianya obat di tempat pelayanan. Pada kondisi tersebut diperlukan strategi tertentu agar pasien tetap terlayani, diantaranya dengan pinjam/menggunakan persediaan obat yang disediakan untuk pelayanan obat regulat, dialihkan ke



*) Signifikan p<0,10

Uji Normalitas, Data terdistribusi normal

Gambar 2. Hasil uji regresi pengelolaan obat PRB, pendukung pengelolaan obat PRB, dan kebijakan PRB terhadap ketersediaan obat PRB untuk hipertensi.

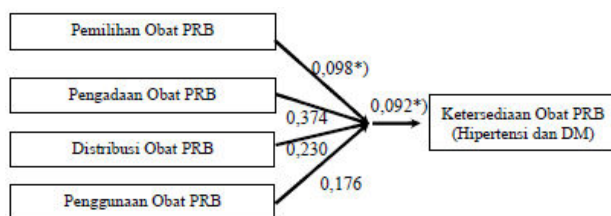
apotek PRB lain, atau bahkan harus pengadaan sendiri di luar plafon harga *e-catalogue*.

Hasil uji regresi linear berganda menunjukkan adanya korelasi yang kuat pada model regresi yaitu sebesar 0,648 dengan sumbangan pengaruh sebesar 42,0%. Secara simultan ada pengaruh pengelolaan, pendukung pengelolaan, dan kebijakan PRB yang signifikan terhadap ketersediaan obat PRB p=0,049 (p<0,10) dan secara parsial menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pengelolaan obat PRB terhadap ketersediaan obat PRB p=0,013 (p<0,10) (Gambar 2).

Pengelolaan obat PRB meliputi 4 tahapan yang merupakan suatu siklus yang berkesinambungan, yaitu pemilihan, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat PRB. Hasil uji regresi linear berganda menunjukkan adanya korelasi yang kuat pada model regresi yaitu sebesar 0,661 dengan sumbangan pengaruh sebesar 43,7%. Secara simultan ada pengaruh pemilihan, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat PRB yang signifikan terhadap ketersediaan obat PRB $p=0,092$ ($p<0,10$) dan secara parsial yang menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan adalah pemilihan obat PRB $p=0,098$ ($p<0,10$) (Gambar 3). Hal ini dapat dijelaskan bahwa pemilihan obat pada tahap pengelolaan obat dalam sistem pengelolaan obat di Indonesia dideskripsikan sebagai tahap perencanaan obat yang dimaksudkan untuk meningkatkan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang sangat diperlukan dalam optimalisasi pemanfaatan dana, efektivitas penggunaan, serta pengendalian persediaan dan pendistribusian obat ke unit pelayanan⁽¹¹⁾. Dari hasil pemilihan/perencanaan tersebut didapatkan jenis dan jumlah obat yang tepat, sehingga tersusun estimasi kebutuhan yang tepat; tercapainya penggunaan alokasi dana obat yang lebih optimal, terhindar dari tumpang tindih penggunaan dana; terlaksananya pengadaan obat yang mendekati kebutuhan nyata; dan terjaminnya ketersediaan obat.

Kondisi saat ini, hal tersebut sulit terpenuhi karena terkendala obat yang dipilih dan direncanakan tidak tersedia di distributor akibat belum tersedianya akses pengadaan untuk fasilitas pelayanan obat PRB sehingga pengadaan tidak dapat dilaksanakan sesuai perencanaan. Akses *e-purchasing* bagi sarana swasta masih akan diberikan pada tahun 2018 berdasarkan rekomendasi dari Kementerian Kesehatan dengan salah satu kriterianya adalah menyerahkan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) melalui *e-monev*, sementara berdasarkan data *e-monev* baru 25% dari 899 Apotek PRB yang mengirimkan RKO. Oleh karena itu pemilihan mengarah ke daftar obat yang diadakan secara regular dengan harga yang mendekati *e-catalogue*⁽¹³⁾.

Kerja sama dengan BPJS-Kesehatan, ada



*) Signifikan $p<0,10$

Uji Normalitas, Data terdistribusi normal

Gambar 3. Hasil uji regresi sub variabel pengelolaan obat PRB terhadap ketersediaan obat PRB untuk hipertensi.

konsekuensi yang mengikat dalam bentuk perjanjian kerja sama yang memuat hak-hak dan kewajiban beserta sanksi-sanksinya. Apotek berkewajiban menyediakan permintaan obat yang dibutuhkan pasien sesuai dengan kebutuhan terapinya. Kesulitan penyediaan obat sesuai ketentuan (FORNAS PRB) tetap harus diupayakan untuk penyediaannya dengan cara pinjam dari pelayanan reguler, dialihkan ke apotek PRB lain, atau pengadaan sendiri di luar plafon harga *e-catalogue*.

Uji pengaruh, secara parsial pendukung pengelolaan obat PRB tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap ketersediaan obat PRB $p=0,686$ ($p>0,10$) (Gambar 2). Kerja sama dengan BPJS-Kesehatan mensyaratkan penyediaan sarana dan prasarana yang harus dipenuhi untuk mendukung pengelolaan obat PRB diantaranya penyediaan jaringan komputer untuk kebutuhan penggunaan program aplikasi pelayanan apotek.

Pembiayaan, meskipun seringkali mengalami penundaan klaim dari BPJS-Kesehatan, tidak ada pengaruhnya bagi keberlangsungan apotek terutama bagi apotek yang bermodal besar. Hal tersebut dikarenakan berkaitan dengan pihak lain, yaitu Pedagang Besar Farmasi (PBF) sebagai distributor obat, akan berisiko pemutusan kerja sama yang bersifat sementara atau permanen sebagai bentuk sanksi jika ada keterlambatan pembayaran tagihan. Oleh karena itu apotek selalu menyediakan dana cadangan untuk pembayaran obat ke PBF.

Selain itu beberapa apotek PRB menganggap kerja sama dengan BPJS-Kesehatan sebagai salah satu strategi marketing, melengkapi jenis pelayanan yang disediakan oleh apotek tersebut, untuk memberikan kesan bahwa banyak jenis pelayanan yang ditawarkan sehingga menarik banyak konsumen/pasien untuk selalu berkunjung ke apotek. Sebagaimana menurut Kotler dan Armstrong (2012), strategi pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial yang membuat individu dan kelompok memperoleh apa yang mereka butuhkan dan inginkan lewat penciptaan dan pertukaran timbal balik produk dan nilai dengan orang lain⁽¹⁴⁾.

Hasil uji regresi, secara parsial kebijakan obat PRB di fasilitas pelayanan obat PRB tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap ketersediaan obat PRB dengan $p=0,099$ ($p>0,10$) (Gambar 3). Sedangkan dari data distribusi frekuensi jawaban responden diketahui bahwa sosialisasi kebijakan dan perubahan kebijakan atau kebijakan baru kurang mencapai sasaran. Keterlambatan sosialisasi/penyampaian peraturan baru yang diberlakukan pada bulan Maret 2015, baru tersampaikan tanggal 6 Juni 2015. Keterlambatan tersebut menyebabkan

kerugian karena ada klaim obat yang tidak diterima berdasarkan peraturan baru tersebut⁽¹⁵⁾. Keberadaan kebijakan, hukum atau peraturan, tidak ada jaminan akan dilaksanakan. Seringkali hukum dan peraturan tidak ditegakkan, dan sanksi hukum tidak dikenakan. Kegagalan karena kurangnya sumber daya atau kurangnya komitmen. Alasan lain, bahwa aturan pemerintah tidak praktis atau sulit untuk ditegakkan. Sehingga muncul usulan untuk mengamandemen agar disesuaikan dengan realitas lokal sehingga lebih bisa ditegakkan⁽¹⁶⁾.

Kepedulian pemerintah untuk menjamin keberlangsungan program JKN dan meningkatkan kualitas pelayanan, melalui Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN, presiden menginstruksikan kepada Menteri Kesehatan untuk melakukan evaluasi, pengkajian, dan penyempurnaan regulasi terkait pelayanan kesehatan dalam program JKN; menyempurnakan PRB dalam pelayanan kesehatan; dan menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan bagi peserta JKN, terutama obat esensial⁽¹⁷⁾. Presiden juga menginstruksikan kepada Direksi BPJS-Kesehatan, salah satunya untuk meningkatkan jumlah kerja sama dengan apotek yang memenuhi syarat untuk menjamin ketersediaan obat PRB dengan kriteria dan proses penunjukan kerja sama yang transparan sesuai kebutuhan dan kondisi geografis⁽¹⁷⁾.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat dibuat kesimpulan bahwa faktor pengelolaan obat PRB memberikan pengaruh terhadap ketersediaan obat PRB untuk hipertensi terutama pada tahap pemilihan obat PRB, faktor pendukung pengelolaan obat dan kebijakan PRB tidak memberikan pengaruh terhadap ketersediaan obat PRB untuk hipertensi, dan secara simultan faktor pengelolaan obat, pendukung pengelolaan obat, dan kebijakan PRB memberikan pengaruh terhadap ketersediaan obat PRB untuk hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Hussar D A. Patient compliance. Dalam D. Troy, Remington : the science and practice of pharmacy. 21st ed. Baltimore: Lippincot William & Wilkins. 2005.
- Dolovich L, Nair K, Lohfeld C S L, Lee A, and Levine M. Do patients' expectations influence their use of medications? *canadian family physician*. 2008;54.
- Pasquet A, Massou E, Gabillard D, Minga A, Depoulosky A, Deuffic-Burban S, *et.al*. Impact of drug stock-outs on death and retention to care among HIV-infected patients on combination antiretroviral therapy in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Plos ONE*. 2010.
- 5(10):e13414. doi:10.1371/journal.pone.0013414.
- Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. Ikhtisar hasil pemeriksaan semester II tahun 2015. Jakarta. 2016.
- Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia (PKEKK UI). Kaleidoskop CHEPS UI 2016 : wajah pelayanan Obat di Era JKN. 2016. Available at : <http://cheps.or.id/357-2/> [accessed 2016 Desember 27].
- Ianathasya. Gambaran stock out obat program rujuk balik bagi peserta JKN di BPJS Kesehatan Jakarta Pusat pada Juni–Agustus 2014 [Tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Profil kesehatan provinsi Jawa Timur tahun 2012. 2013.
- Risikesdas. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan. 2013.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan akuntabilitas kinerja (LAK) 2015. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2016.
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Materi pelatihan manajemen kefarmasian di Puskesmas. Jakarta. 2010.
- Sarwono J. Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Yogyakarta : Graha Ilmu; 2006.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 047 Tahun 2014 tentang pelayanan program rujuk balik bagi peserta jaminan kesehatan nasional. Jakarta. 2014.
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Akses *e-purchasing* kepada fasilitas pelayanan kesehatan swasta provide JKN. Jakarta. 2017.
- Kotler P, Amstrong G. Prinsip-prinsip pemasaran. Edisi 13. Jilid 1. Jakarta: Erlangga; 2012.
- Nurtantjo A N, Kuswinarti, Sunjaya D K. Analisis ketersediaan obat pada era jaminan kesehatan nasional di Apotek wilayah Bojonegara Kotamadya Bandung Tahun 2015. *Jurnal Sistem Kesehatan*. 2016. 1(4).
- Anello E. Ethical infrastructure for good governance in the public pharmaceutical sector. Working draft for field testing and revision.
- Geneva: World Health Organization/Department of Medicines Policy and Standards. http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/goodgovernance/Ethical_Infrastructure.pdf. 2006.
- Pemerintah Republik Indonesia. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN. Sekretariat Negara. Jakarta. 2017.