

Systematic Review: Kendali Mutu Dan Biaya Program Rujuk Balik (PRB) BPJS Kesehatan

Oktavy Budi Kusumawardhani^{1*}, Retno Wulandari Ripha²

¹Sarjana Administrasi Rumah Sakit/Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kusuma Husada Surakarta

²Keperawatan, SMK Empat Lima Surakarta

*Email: oktavybudi@ukh.ac.id, retnoripha27@gmail.com

Abstrak

Keywords:

Program rujuk balik,
bpjs kesehatan,
kendali mutu, kendali
biaya

Pengendalian mutu dan biaya program rujuk balik (PRB) dari BPJS Kesehatan ini harus dilakukan sebagai bahan evaluasi program yang berlangsung. Namun, studi menunjukkan tingkat pengendalian mutu dan biaya program rujuk balik yang masih terdapat kekurangan baik di apotek, fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dan bpjs kesehatan itu sendiri. Keadaan ini akan berpengaruh pada pelayanan kepada pasien program rujuk balik. Studi ini dilakukan untuk menemukan faktor yang berpengaruh pada kendali mutu dan biaya program rujuk balik (PRB). Studi literature review dilakukan pada 11 jurnal nasional dan 6 jurnal internasional yang diunggah secara media daring pada rentang tahun 2015-2020. Kata kunci yang digunakan yaitu kendali mutu dan biaya program rujuk balik (PRB) bpjs kesehatan adalah *man* (sumber daya manusia), *material-machine* (sarana dan prasarana), *method* (metode), *market* (lingkungan), *money* (keuangan) dan *time* (waktu).

1. PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional (JKN), guna mencapai Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh warga negara Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Pada tahun 2014, di awal tahun pembentukan BPJS seluruh peserta dari empat penyelenggara jaminan kesehatan sebelumnya (Jamsostek, Taspen, Asabri, dan Askes) secara otomatis menjadi peserta BPJS. Data BPJS Kesehatan (2018), walaupun baru berjalan empat tahun hingga Desember 2018, peserta program jaminan kesehatan telah mencapai hampir 200 juta jiwa atau sekitar 73% penduduk Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Capaian kepesertaan BPJS Kesehatan tersebut menunjukkan komitmen Indonesia dalam upaya

mencapai Universal Health Coverage pada tahun 2019, sebagaimana yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJM) tahun 2019 yaitu minimal 95% penduduk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Menurut (Paramita et al., 2019) prestasi dalam pencapaian kepesertaan BPJS Kesehatan tersebut belum seimbang dengan prestasi dalam hal pengelolaan dananya. Dana dari BPJS Kesehatan lebih banyak untuk membayar klaim pengobatan penyakit katapropik yang berbiaya tinggi, dimana berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 dan 2018 prevalensi penyakit katapropik, seperti jantung, hipertensi dan diabetes mellitus, cenderung meningkat. Bahkan beberapa media menyebutkan dana BPJS akan selalu defisit mengingat sifat lembaga yang nonprofit dengan nominal premi yang di

bawah margin serta bertugas menjamin kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia. Hal ini akan memperberat beban anggaran negara.

Program Rujuk Balik merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mengurangi beban anggaran negara di bidang kesehatan. Dengan PRB, biaya klaim di fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) sebagai mitra BPJS dapat dikurangi, namun pasien tetap mendapat pengobatan atau keperawatan dalam jangka panjang yang dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dengan biaya pelayanan kesehatan yang lebih mudah dijangkau. Program Rujuk Balik 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 atau rekomendasi/rujukan balik dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat (Yuniar & Handayani, 2016).

(Pertiwi et al, 2017) di salah satu rumah sakit (RS) Kota Magelang menginformasikan bahwa pelaksanaan PRB di RS tersebut belum optimal akibat kurangnya komunikasi dokter spesialis di FKRTL dengan dokter umum di FKTP dalam penjelasan status pasien, surat rujukan balik yang digunakan oleh FKRTL belum terstandarisasi, struktur birokrasi dari segi SOP sudah tersedia tetapi belum dilaksanakan dengan baik, serta belum terbentuk struktur organisasi untuk PRB sehingga koordinasi dilakukan secara langsung. Penelitian tentang program rujuk balik menurut (Prasasti & Khoiriyah, 2016) di Daerah Istimewa Yogyakarta memberikan hasil bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program rujuk balik adalah pengetahuan dokter spesialis, komunikasi dan koordinasi dokter di FKTP maupun FKRTL, tidak adanya pedoman kriteria pasien stabil, ketersediaan sarana dan obat di FKTP serta kondisi klinis pasien.

2. METODE

Jenis penelitian ini adalah systematic review dengan pendekatan meta-aggregation terhadap faktor yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik BPJS Kesehatan. Systematic review adalah suatu metode penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi, evaluasi dan interpretasi terhadap semua hasil penelitian yang relevan terkait pertanyaan penelitian tertentu, topik tertentu, atau fenomena yang menjadi perhatian. Systematic review akan sangat bermanfaat dalam evaluasi mendalam dan kritis tentang penelitian sebelumnya pada suatu topik penelitian yang kemudian merangkum, menganalisis, mensintesis isi dan menyajikannya dalam bentuk suatu survey paper. Jenis pendekatan meta-aggregation bertujuan mensintesis (merangkum) hasil-hasil penelitian yang bersifat deskriptif kualitatif bertujuan untuk menjawab pertanyaan penelitian (review question) dengan cara merangkum berbagai hasil penelitian (summarizing). (Pertiwi, 2019) mengatakan bahwa meta-agregasi topik penelitian dielaborasi menjadi tema-tema tertentu untuk menghasilkan kerangka analisis (conceptual framework). Kemudian, dalam tema-tema tersebut dilakukan pencarian artikel hasil penelitian yang relevan dan dibandingkan dan dirangkum antar yang satu dengan yang lainnya. Pada pendekatan meta-agregasi, hasil sintesis merupakan "agregat" dari berbagai hasil penelitian sesuai dengan tema yang relevan. Oleh karena itu pada metode sintesis meta-agregasi harus dibuat terlebih dahulu kerangka konsep dari penelitian yang menggambarkan tema-tema yang saling terkait atau berhubungan. Selanjutnya hasil-hasil studi primer diplot pada tema-tema yang teridentifikasi. Dengan kata lain penyajian hasil lebih kepada melakukan agregat (deskriptif) (Pertiwi, 2019).

Studi literature yang dilakukan pada penelitian ini terbatas pada faktor yang mempengaruhi dalam kendali mutu dan biaya program rujuk balik bpjs kesehatan. Literatur yang digunakan dalam penelitian

ini adalah jurnal yang berasal dari PubMed, Google Scholar dan jurnal yang menggunakan kata kunci -Kendali Mutu Dan Biaya, -Program Rujuk Balik BPJS Kesehatan, -BPJS Kesehatan. Jurnal yang digunakan memiliki desain studi kualitatif serta desain studi kuantitatif dan dipublikasikan pada rentang tahun 2015-2020. Jurnal yang dikumpulkan kemudian disaring dengan melihat keseluruhan isi teks. Dari hasil penyaringan ditetapkan 17 artikel yang sesuai terdiri dari 11 jurnal nasional dan 6 jurnal internasional. Diagram alur penelitian tersaji pada Gambar 1 (terlampir).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan kajian literature yang dilakukan pada 17 sumber terdapat hasil kajian faktor yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya Program Rujuk Balik yaitu terdapat 121 aspek yang kemudian dikategorikan dalam 6 unsur. Unsur tersebut yaitu : *man* (sumber daya manusia), *material-machine* (sarana dan prasarana), *method* (metode), *market* (lingkungan), *money* (keuangan) dan *time* (waktu). Unsur *man* (sumber daya manusia), unsur *material-machine* (sarana dan prasarana), unsur *method* (metode), unsur *market* (lingkungan), unsur *money* (keuangan), dan unsur *time* (waktu) dibagi menjadi masing-masing unsur 4 yaitu Apotek, FKTP, FKRTL dan BPJS Kesehatan. Untuk penjelasan masing-masing unsur terdapat pada tabel 1. Faktor yang Mempengaruhi Kendali Mutu dan Biaya Program Rujuk Balik.

Menurut Emerson manajemen mempunyai enam unsur (5M+1T) yaitu *man*, *money*, *material/machine*, *method*, *market* dan *time*. *Man* merupakan sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. *Money* berhubungan dengan uang yang disekatkan untuk membiayai gaji, tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan serta dibeli untuk memperoleh hasil yang akan dicapai oleh organisasi. *Material* terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang

lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarannya. Sebab materi dan mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar agar dapat menciptakan efisiensi kerja. *Method* yaitu suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu dan uang dari kegiatan usaha. *Market* merupakan tempat dimana suatu organisasi dapat menyebarluaskan atau memasarkan produknya. *Time* merupakan proses mengelola waktu secara efektif agar waktu yang tepat digunakan untuk aktivitas yang tepat dan bisa membuat efisiensi hal lainnya juga.

Pada penelitian ini diperoleh bahwa unsur sumber daya manusia apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu kurir pengantar obat terbatas. Kurir pengantar pada apotek hanya terbatas dikarenakan hanya beberapa apotek yang memiliki kurir pengantar obat. Banyak apotek yang tidak memiliki kurir pengantar obat.

Unsur sumber daya FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu tidak ada forum peningkatan kapasitas SDM terkait tata laksana pasien PRB, pengambilan obat pasien di apotek, petugas farmasi komunikasi dan memantau ketersediaan obat di FKTP, struktur organisasi puskesmas masih dibawah Dinkes sehingga pengambilan keputusan penyediaan obat masih tergantung dinkes, SDM masih belum memenuhi standar kompetensi pelayanan kesehatan, pertentangan antara para pelaksana kebijakan di tingkat puskesmas dalam pengambilan kebijakan, pengetahuan petugas, komunikasi dalam pelayanan PRB, pengetahuan pasien, perilaku petugas pelayanan obat rujuk balik dan standar pelayanan kefarmasian di apotek FKTP. PRB merupakan pelayanan kesehatan yang

diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di FKTP atas rekomendasi/rujukan balik dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Melalui PRB, Peserta dengan 9 diagnosa penyakit kronis dalam kondisi stabil dapat melakukan kontrol kesehatan sekaligus pengambilan obat PRB di FKTP dan Apotek PRB. Namun, apabila peserta dalam kondisi tidak stabil, dapat dirujuk kembali ke dokter spesialis/sub spesialis di FKRTL.

Unsur sumber daya FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu tidak ada petugas khusus sebagai pelaksana PRB, rangkap jabatan petugas PRB, dokter tidak hapal obat dalam daftar PRB, kurangnya kepatuhan tenaga medis di FKTP dalam mengisi form rujuk balik dengan informasi yang lengkap, tidak ada forum peningkatan kapasitas SDM terkait tata laksana pasien PRB dari BPJS Kesehatan, pemahaman pedoman PRB, dokter di FKTP hanya dokter umum tidak dokter spesialis, surat rujuk yang tidak jelas, tidak terbaca tulisan dan tidak ada keterangan apapun. Dengan mendukung program rujukan berbasis online, pelayanan kesehatan menjadi lebih praktis, sehingga FKTP akan mengurangi beban negara dalam pembiayaan kesehatan karena mampu menurunkan angka kesakitan dan mengurangi kunjungan ke FKTL, maka akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi. Selain itu, kesiapan SDM baik dari FKTP yang memasukkan data pasien juga harus terlatih serta dari di FKRTL juga harus benar-benar memahami sistem rujukan online.

Unsur sumber daya BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu tidak ada petugas khusus PRB. Dalam implementasinya, BPJS menerapkan prinsip *manage care* yang terdapat 4 pilar, yaitu promotif dan preventif (Faskes

tingkat pertama atau klinik dan puskesmas) dan kuratif dan rehabilitatif (Faskes tingkat lanjutan atau rumah sakit). Sehingga lebih difokuskan pada pelayanan FKTP atau Faskes Primer seperti; puskesmas, klinik dan dokter praktik yang merupakan gerbang utama pada peserta BPJS yang akan mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu BPJS berperan penting dalam meregulasi sistem pelayanan kesehatan khususnya FTP, terutama dalam hal pemberian pelayanan kefarmasian. Dengan pelayanan kefarmasian yang optimal diharapkan pasien atau konsumen mendapatkan kepuasan terhadap fasilitas yang diberikan.

Unsur material-machine apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu pemesanan obat PRB melalui e-purchasing terdapat kendala dari awal pendaftaran, pemesanan obat terlalu banyak melalui aplikasi e-purchasing PRB mencurigai apotek akan menjual obat PRB ke pasien umum, apotek hanya tersedia obat dengan dosis lebih besar daripada yang diresepkan. 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. Perubahan/penggantian obat program rujuk balik hanya dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis/ sub spesialis yang memeriksa di FTL dengan prosedur pelayanan RJTL. Dokter di FTP melanjutkan resep yang ditulis oleh Dokter Spesialis/sub-spesialis dan tidak berhak merubah resep obat PRB. Dalam kondisi tertentu Dokter di FTP dapat melakukan penyesuaian dosis obat sesuai dengan batas kewenangannya.

Unsur material-machine FKTP yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu tidak ada petunjuk teknis internal puskesmas dalam melaksanakan PRB, ketersediaan obat di bagian farmasi puskesmas hanya separuh dari kebutuhan yang diajukan, ada perbedaan daftar obat antara FKRTL dan FKTP, tidak ada panduan kegiatan monitoring dan evaluasi khusus untuk PRB, puskesmas tidak dapat secara

independen menentukan skema pengadaan obat PRB. BPJS membuat daftar mapping apotek rujukan balik dalam pengadaan obat PRB, jejaring apotek FKTP lain tidak memiliki obat yang dibutuhkan, beberapa obat yang termasuk dfatar obat PRB di FKRTL obat tersebut tidak termasuk obat di PRB di FKTP, ketersediaan sumber daya dalam kelangsungan PRB, fasilitas tempat pelayanan obat rujuk balik dan ketersediaan obat rujuk balik.

Unsur material-machine FKRTL yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu tidak ada SOP khusus dari BPJS, terdapat masalah ketersediaan obat, rumah sakit tidak ada peralatan, perlengkapan, pelayanan khusus bagi pasien, tidak ada panduan kegiatan monitoring dan evaluasi khusus untuk PRB, media dalam PRB hanya surat rujuk balik, forum BPJS Kesehatan, pojok PRB di FKRTL belum ada, persediaan obat di fasilitas kesehatan masing sering kosong. Dalam FKRTL lebih menekankan pada petunjuk teknis pelaksanaan PRB, baik dari BPJS maupun dari internal institusi mereka sendiri. Masalah utama yang ditemukan adalah ketersediaan obat yang tidak pernah sesuai kebutuhan dan seringkali baru satu bulan tersedia, itu pun 2 – 3 bulan berikutnya tidak tersedia lagi.

Unsur material-machine BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu materi sosialisasi PRB disusun oleh tim tertentu dan di sosialisasikan dar kantor pusat ke kantor-kantor cabang, materi sosialisasi hanya berupa alur pelayanan, sistem BPJS Kesehatan. Pelayanan dan perlengkapan yang diterima peserta PRB sama dengan pasien lain, hal ini akibat tidak terdapatnya petunjuk teknis dalam pelayanan PRB.

Unsur method apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu sistem informasi elektronik (aplikasi) e-purchasing yang mempermudah apotek untuk pemesanan obat secara online berdasarkan katalog, aplikasi e-purchasing sulit diakses, kesulitan apotek swasta untuk akses program e-purchase, pengadaan obat secara konvensional dan e-purchasing,

pemesanan obat PRB selain PBF rujukan BPJS tapu juga PBF lain untuk mencegah kosing oabt dan distribusi obat di apotek sesuai kebutuhan puskesmas. Pada apotek, unit ini relatif sedikit berbeda dengan unit lainnya, sehingga kendala yang dihadapi lebih ke masalah kurang ramahnya sistem informasi elektronik (*e-purchasing*) dalam melakukan pemesanan obat. Dan tidak terdapat kegiatan evaluasi rutin terkait PRB.

Unsur method FKTP yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu metode untuk menjamin kondisi stabil pasien di FKTP belum ada yang terukur baku, belum ada panduan dari BPJS terkait kompensasi positif dan sanksi, pasien yang telah dirujuk balik dari FKRTL ke FKTP tidak terdaftar dalam PROLANIS secara otomatis, alur pengadaan obat tidak fleksibel, tidak ada sosialisasi/refresh ilmu terkait tata laksana pasien PRB dari BPJS, tidak ada kegiatan evaluasi rutin terkait PRB, tidak ada puaya “kompensasi positif dan sanksi” terhadap pelaksanaan PRB, pengadaan obat bekerja sama dengan apotek setempat, keterlambatan waktu tiba obat yang dipesan, pasien harus melampirkan hasil pemeriksaan penunjang dalam mendapatkan obat tertentu, masih tingginya rujukan ke RS, implementasi PRB dalam struktur birokrasi dan kepatuhan pengambilan keputusan. Menurut pendapat lainnya, method FKTP yang digunakan adalah untuk menjamin kondisi stabil pasien di FKTP belum ada yang terukur baku. Sehingga belum ada panduan dari BPJS terkait kompensasi positif dan sanksi untuk fasilitas kesehatan terkait performa PRB yang telah dilakukan. Pasien yang telah dirujuk balik dari FKRTL ke FKTP tidak terdaftar dalam PROLANIS secara otomatis.

Unsur method FKRTL yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu sosialisasi PRB kepada petugas medis, sosialisasi PRB kepada peserta JKN maupun peserta PRB, kriteria kondisi stabil pasien belum ada tolak ukur BPJS, pendaftaran peserta baru belum sesuai dengan pedoman yang ada, penatalaksanaan pasien di FKRTL belum

sesuai dengan SOP, informasi mengenai PRB masih sering berubah, surat rujuk balik oleh dokter masih berubah-ubah, pelaksanaan pelayanan PRB belum sesuai SOP, tidak ada struktur organisasi untuk PRB dan tidak ada jalur koordinasi antara FKTP-FKTL. Ada pendapat lain yang mengatakan bahwa sosialisasi PRB kepada tenaga medis dilakukan sekali setahun dan peserta JKN maupun peserta PRB masih sangat terbatas. Seringkali pasien mengenal PRB dari dokter di FKTP. Sehingga Kriteria kondisi stabil pasien ditentukan oleh dokter yang merawat. Tetapi belum ada tolak ukur tertentu dari BPJS atau kolegium profesi dan belum ada panduan dari BPJS terkait kompensasi positif dan sanksi untuk fasilitas kesehatan terkait performa PRB yang telah dilakukan. Mekanisme Pengadaan Obat oleh FKRTL dengan mengacu e-Katalog.

Unsur method BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu sosialisasi program dilakukan hanya 1 tahun sekali, belum ada kompensasi positif/sanksi untuk faskes terkait performas PRB, belum ada kriteria pasien stabil, kesulitan apotek swasta untuk akses program e-purchase, tidak ada kegiatan evaluasi rutin terkait PRB dan aplikasi pendaftaran/pendataan pasien BPJS. Sehingga BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Tim ini dapat melakukan sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi; *utilization review* dan audit medis; dan/atau pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Unsur market apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu apotek memperkirakan dan mempersiapkan jumlah di masing-masing jenis obat berdasarkan permintaan faskes sebelumnya, distributor (PBF) tidak dapat memenuhi seluruh permintaan stok obat dari apotek dan daftar harga obat ditetapkan oleh LKPP. Dikarenakan besarnya selisih harga antara obat generik dan obat bermerk disebabkan oleh

besarnya biaya promosi yang dikeluarkan oleh perusahaan farmasi. Berdasarkan penelitian Majalah TEMPO, biaya promosi obat di Indonesia mencapai angka 40% dari biaya produksi. Biaya promosi tersebut bukan sekadar digunakan untuk iklan tetapi juga untuk membiayai sponsorship dokter dalam mengikuti pelatihan/seminar/workshop/kongres serta memberikan gratifikasi/ hadiah kepada dokter atas penulisan resep yang telah dilakukan.

Unsur market FKTP yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu lokasi rumah pasien dengan FKTP dan FKRTL lebih dekat FKRTL, apotek puskesmas tidak dapat melakukan pemesanan obat beriktnya akibat keterlambatan pembayaran klaim BPJS, pelayanan medis dan farmasi, kemitraan puskesmas dan apotek, sistem pelayanan obat dan akses menuju FKTP. Pada tahun 2016 terdapat 857 rumah sakit pemerintah dan 9.799 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik Pemerintah Daerah yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga wajib menggunakan FORNAS dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya. Berdasarkan pemantauan yang dilakukan oleh Direktorat Pelayanan Kefarmasian-Kementerian Kesehatan pada tahun 2015 atas kesesuaian penggunaan FORNAS di fasilitas kesehatan tersebut dapat dilihat bahwa kesesuaian penggunaan FORNAS pada Rumas Sakit baru berkisar +70,66% dan kesesuaian penggunaan FORNAS pada FKTP di Dinkes Kab/Kota sebesar +70,77%.

Unsur market FKRTL yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu pasien stabil dan potensi PRB cenderung tidak mau dikembalikan ke FKTP dan pasien lebih memilih dirawat dokter spesialis daripada dokter umum. Hal ini didukung oleh dokter spesialis yang mempunyai peralatan yang relatif lebih lengkap dalam pelayanannya dibandingkan dokter umum. Sehingga wajar apabila kebanyakan PRB yang dinggap sudah stabil, tidak mau dikembalikan ke puskesmas.

Unsur market BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu distributor (PBF) tidak dapat memenuhi seluruh permintaan obat dari bagian farmasi FKTP. Berdasarkan FORNAS 2017, terdapat 1.031 sediaan obat yang dibutuhkan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jumlah obat pada daftar ini memperlihatkan hanya sekitar 7% dari sediaan obat yang dibutuhkan dari obat yang beredar saat ini. Data di atas dapat mengindikasikan banyak obat beredar di Indonesia saat ini hanya merupakan duplikasi yang kemudian di bandrol dengan harga tinggi (obat generik bermerk).

Unsur money apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu harga obat fronas terlalu rendah, sulit mencari distributor obat dengan harga sesuai e-catalogue, apotek harus mengurangi batas laba untuk menjamin ketersediaan obat, sering terjadi keterlambatan pembayaran tagihan oleh BPJS, harga obat lambat obat lambat dikeluarkan oleh LKPP dan obat di LKPP tidak terdapat stok barang di PBF yang ditunjuk. Kondisi mahalnya harga obat akibat kepungan obat branded ini dapat dilihat dari perbedaan harga antara obat generik dan obat originator (obat paten yang telah habis masa patennya). Dengan kandungan kimia dan manfaat yang sama, perbedaan harga obat tersebut di Indonesia dapat mencapai 2-85 kali. Sehingga hal ini mengakibatkan apotek terkendala dalam melakukan pemesanan obat berikutnya kepada PBF.

Unsur money FKTP yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu sering mengalami keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS, penundaan pembayaran jasa pelayanan tenaga medis, pembayaran pembelian obat ke PBF pada waktu berjalan, keterbatasan pemesanan obat akibat penundaan pembayaran, belum ada rincian alur alternatif pengadaan obat, insentif petugas medis dan biaya mendapatkan obat rujuk balik. Karena sering mengalami penundaan pembayaran pembelian obat kepada apotek/PBF

sehingga berdampak terhadap keterbatasan pemesanan obat berikutnya.

Unsur money FKRTL yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu sering mengalami keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS, penundaan pembayaran jasa pelayanan tenaga medis, pembayaran pembelian obat ke PBF pada waktu berjalan, keterbatasan pemesanan obat akibat penundaan pembayaran. Akibatnya FKRTL berdampak terhadap keterbatasan pemesanan obat pada waktu berikutnya dikarenakan tertundanya pembayaran.

Unsur money BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu iuran premi bagi peserta BPJS belum sesuai, BPJS beberapa kali mengalami deficit keuangan, BPJS telah mengajukan tambahan dana tapi belum terpenuhi dan strategi mengatasi keterlambatan pembayaran klaim melalui kerjasama bank tapi RS menolak karena diberikan bunga bank. Sehingga BPJS berwenang dalam menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai. BPJS juga membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Unsur time apotek yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu waktu pencairan dana klaim obat tidak dapat diprediksi. Sehingga mengakibatkan proses pemesanan stok obat terhambat, yang akhirnya merugikan pihak pasien.

Unsur time FKTP yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu menghemat waktu tempuh dan waktu tunggu pasien. Hal ini dikarenakan akses faskes menjadi lebih dekat dan lebih cepat terlayani. Sehingga kebanyakan PRB memilih untuk tetap disana untuk ditangani tenaga medis, daripada kembali lagi ke rumah.

Unsur time FKRTL yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya

program rujuk balik yaitu waktu tunggu di FKRTL tinggi. Hal ini dikarenakan, adanya penumpukan pasien di FKRTL sehingga waktu tunggu memanjang. Sehingga notifikasi status pasien “potensi PRB” pada program VCLAIM yang ada lebih cenderung diabaikan begitu saja. Makanya tidak heran kalau waktu tunggu mnejadi lebih tinggi dari pada FKTP.

Unsur time BPJS Kesehatan yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya program rujuk balik yaitu pasien penyakit kronis. Penyakit kronis yang termasuk dalam PRB terdiri dari sembilan diagnosa, yaitu diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), epilepsy, stroke, schizophrenia, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE). Dengan PRB, peserta JKN dapat menghemat waktu tempuh dan waktu tunggu, dikarenakan akses faskes menjadi lebih dekat dan lebih cepat terlayani.

4. KESIMPULAN

Faktor yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya meliputi *man* (sumber daya manusia), *material-machine* (sarana dan prasarana), *method* (metode), *market* (lingkungan), *money* (keuangan) dan *time* (waktu). Pada keseluruhan faktor yang mempengaruhi kendali mutu dan biaya PRB yaitu masih ditemukan adanya masalah utama, diantaranya seperti ketersediaan obat PRB di Puskesmas, masih ada penumpukan pasien yang berada di FKRTL, sumber daya manusia yang masih kurang, notifikasi status pasien yang berpotensi untuk PRB pada program BPJS di FKRTL diabaikan, masih kurang patuh dalam pengisian surat rujuk balik dari pihak FKRTL dari tenaga medis yang terkait dan bpjs yang sering mengalami defisit anggaran. Penyebab dari masalah-masalah tersebut yaitu masih lemahnya sistem penyelenggaraan PRB oleh BPJS Kesehatan terutama dalam kendali mutu dan biaya dalam pengelolaannya. BPJS tidak memiliki staf khusus untuk menangani serta mengawasi PRB, dari BPJS ataupun fasilitas kesehatan tidak ada

pemantaun ataupun yang menindaklanjuti secara rutin dari PRB ini.

PRB merupakan program yang berpotensi untuk memberikan banyak manfaat bagi peserta BPJS Kesehatan, sekaligus dapat memberikan peluang kepada BPJS Kesehatan agar dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dari segi biaya. Setelah minimal lima tahun dilaksanakan program ini, diharapkan agar BPJS Kesehatan dapat menjadikan PRB sebagai salah satu program unggulan dengan cara menugaskan beberapa staf untuk memantau PRB secara berkesinambungan dan menyeluruh. Perbaikan pada standar ketentuan pasien stabil setiap penyakit yang terdapat dalam daftar penyakit di PRB, juga mendesak untuk segera disusun bersama tenaga professional yang berkopent.

REFERENSI

- Abidin. (2016). PENGARUH KUALITAS PELAYANAN BPJS KESEHATAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN DI PUSKESMAS CEMPAE KOTA PAREPARE Effect of BPJS Health Service Quality on Patient Satisfaction in Cempae Community Health Center , Parepare City. *Jurnal Mkm*, 12(2), 70–75.
- Christianson, J. B., & Trude, S. (2003). Managing Costs, Managing Benefits: Employer Decisions in Local Health Care Markets. *Health Services Research*, 38(1p2), 357–373. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00120>
- Efayanti, D. (2019). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengambilan Obat Peserta Program Rujuk Balik Di Bandar Lampung. *JFIOOnline | Print ISSN 1412-1107 | e-ISSN 2355-696X*, 9(1), 19–25. <https://doi.org/10.35617/jfi.v9i1.564>
- Hamzah, A., & Sulistiadi, W. (2017). Analisis Implementasi Kebijakan Rujuk Balik Diabetes Melitus di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan. *Jurnal Ekonomi*

- Kesehatan Indonesia*, 1(3), 146–151.
<https://doi.org/10.7454/eki.v1i3.1780>
- Handayani, P. W., Meigasari, D. A., Pinem, A. A., Hidayanto, A. N., & Ayuningtyas, D. (2018). Critical success factors for mobile health implementation in Indonesia. *Heliyon*, 4(11), e00981. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00981>
- Kemkes RI. (2019). PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (p. 556). https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Indonesian Health Profile Data and Information 2018 [Indonesian]*.
- Magelang, K., & Kunci, K. (2017). Analisis Implementasi Program Rujuk Balik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(3), 1–11.
- Maryani, H., Kristiana, L., Andarwati, P., Paramita, A., & Aimanah, U. (2019). PROGRAM RUJUK BALIK DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (STUDI KASUS DI PUSKESMAS DAN APOTEK DI SURABAYA) *Program in the First Level of Health Facilities*. 99–105.
- Nafi, S., 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*. 5, 108–120.
- Paramita, A., Andarwati, P., & Kristiana, L. (2019). Upaya Kendali Mutu dan Biaya Program Rujuk Balik Menggunakan Pendekatan Root Cause Analysis. *Journal of Health Science and Prevention*, 3(2), 68–78. <https://doi.org/10.29080/jhsp.v3i2.214>
- Pertiwi, J. (2019). Systematic review: Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit. *Smiknas*, 41–50.
- Prasasti, G. D., & Khoiriyah, U. (2016). Distribusi Pasien PRB pada Peserta BPJS di Klinik SWA Yogyakarta Tahun 2015-2016. *Jurnal Kedokteran Unila*, 1(2).
- Rinata, F., Arsyati, A. M., & Maryati, H. (2019). Gambaran Implementasi Program Rujuk Balik (Prb) Bpjs Kesehatan Di Puskesmas Wilayah Kerja Kecamatan Tanah Sareal Kota Bogor *Promotor*, 2(1), 20–26. <http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR/article/view/1785>
- Safitrih, L., Perwitasari, D., Ndoen, N., & Dandan, K. (2019). Health Workers' Perceptions and Expectations of the Role of the Pharmacist in Emergency Units: A Qualitative Study in Kupang, Indonesia. *Pharmacy*, 7(1), 31. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7010031>
- Sari, A. M. (2015). Aplikasi Pendataan Pasien Rujuk Balik Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial(Bpjs) Bengkulu. *Jurnal Media Infotama*, 11(2), 102.
- Sembada, S. D., & Arisanti, N. (2015). Jumlah Pemenuhan dan Pola Penggunaan Obat Program Rujuk Balik di Apotek Wilayah Gedebage Kota Bandung Fulfillment of Treatments and Drug Use Patterns in Referral Programs of. *Jurnal JSK*, 2(38), 16–21.
- Soemanto, R. B., & Gutama, T. A. (2020). The Relations of Structuration in the BPJS Health Program and the Changing of Health Behavior. *Journal of Health Policy and Management*, 5, 121–126. [http://thejhpm.com/index.php?journal=thejhpm&page=article&op=view&path\[\]=143](http://thejhpm.com/index.php?journal=thejhpm&page=article&op=view&path[]=143)
- Sufriyana, H., Wu, Y. W., & Su, E. C. Y. (2020). Artificial intelligence-assisted prediction of preeclampsia: Development and external validation of a nationwide health insurance dataset of the BPJS Kesehatan in Indonesia. *EBioMedicine*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102710>
- Yuniar, Y., & Handayani, R. S. (2016). Kepuasan Pasien Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 6(1), 39–

48.
<https://doi.org/10.22435/jki.v6i1.5468.3>

9-48

Tabel

Tabel 1. Faktor yang Mempengaruhi Kendali Mutu Dan Biaya Program Rujuk Balik

Penulis	Faktor Yang Mempengaruhi Kendali Mutu Dan Biaya Program Rujuk Balik	Komponen Input
(Paramita et al., 2019)(Maryani et al., 2019)	Kuris pengantar obat terbatas	<i>Man</i> (Apotek)
(Maryani et al., 2019)	Tidak ada forum peningkatan kapasitas SDM terkait tata laksana pasien PRB	<i>Man</i> (FKTP)
(Maryani et al., 2019)	Pengambilan obat pasien di apotek	
(Maryani et al., 2019)	Petugas farmasi komunikasi dan memantau ketersediaan obat di FKTP	
(Hamzah & Sulistiadi, 2017)	Struktur organisasi puskesmas masih dibawah Dinkes Kota Tangerang Selatan sehingga pengambilan keputusan penyediaan obat masih tergantung dinkes	
(Pertiwi et al, 2017)(Soemanto & Gutama, 2020)(Sufriyana et al., 2020)	SDM masih belum memenuhi standar kompetensi pelayanan kesehatan	
(Pertiwi et al, 2017)	Pertentangan antara para pelaksana kebijakan di tingkat Puskesmas dalam pengambilan kebijakan	
(Abidin, 2016)(Handayani et al., 2018)	Pengetahuan petugas	
(Abidin, 2016)	Komunikasi dalam pelayanan PRB	
(Efayanti, 2019)(Handayani et al., 2018)	Pengetahuan pasien	
(Efayanti, 2019)	Perilaku petugas pelayanan obat rujuk balik	
(Efayanti, 2019)	Standar pelayanan kefarmasian di apotek FKTP	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada petugas khusus sebagai pelaksana PRB	<i>Man</i> (FKRTL)
(Paramita et al., 2019)	Rangkap jabatan petugas PRB	
(Paramita et al., 2019)(Pertiwi et al, 2017)	Dokter tidak hapal obat dalam daftar PRB	
(Paramita et al., 2019)(Pertiwi et al, 2017)	Kurangnya kepatuhan tenaga medis di FKTP dalam mengisi form rujuk balik dengan informasi yang lengkap	

(Paramita et al., 2019)	Tidak ada forum peningkatan kapasitas SDM terkait tata laksana pasien PRB dari BPJS	
(Pertiwi et al, 2017)	Pemahaman pedoman PRB	
(Pertiwi et al, 2017)	Dokter di FKTP hanya dokter umum tidak dokter spesialis	
(Pertiwi et al, 2017)	Surat rujuk yang tidak jelas, tidak terbaca tulisan dan tidak ada keterangan apapun	
(Pertiwi et al, 2017)	SDM di FKRTL belum mencukupi	
(Pertiwi et al, 2017)	Sikap dokter tidak mau melakukan PRB	
(Pertiwi et al, 2017)	Dokter spesialis tidak melaksanakan pelayanan sesuai SOP	
(Paramita et al., 2019)(Safitrih et al., 2019)	Tidak ada petugas khusus PRB	<i>Man</i> (BPJS Kesehatan)
(Maryani et al., 2019)	Pemesanan obat PRB melalui e-purchasing terdapat kendala dari awal pendaftaran	<i>Material-machine</i> (Apotek)
(Maryani et al., 2019)	Pemesanan obat terlalu banyak melalui aplikasi e-purchasing PRB mencurigai apotek akan menjual obat PRB ke pasien umum	
(Sembada & Arisanti, 2015)	Apotek hanya tersedia obat dengan dosis lebih besar daripada yang diresepkan	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada petunjuk teknis internal puskesmas dalam melaksanakan PRB	<i>Material-machine</i> (FKTP)
(Paramita et al., 2019)	Ketersediaan obat di Bagian Farmasi Puskesmas hanya separuh dari kebutuhan yang diajukan	
(Paramita et al., 2019)	Ada perbedaan daftar obat antara di FKRTL dan FKTP	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada panduan kegiatan monitoring dan evaluasi khusus untuk PRB	
(Maryani et al., 2019)	Puskesmas tidak dapat secara independen menentukan skema pengadaan obat PRB	
(Maryani et al., 2019)	BPJS membuat daftar mapping apotek rujukan balik dalam pengadaan obat PRB	
(Maryani et al., 2019)	Jejaring apotek FKTP lain tidak memiliki obat yang dibutuhkan	
(Maryani et al., 2019) (Prasasti & Khoiriyah, 2016) (Pertiwi et al, 2017))	Beberapa obat yang termasuk daftar obat PRB di FKRTL, obat tersebut tidak termasuk obat PRB di FKTP	
(Rinata et al., 2019)	Ketersediaan sumber daya dalam kelangsungan PRB	
(Efayanti, 2019)	Fasilitas tempat pelayanan obat rujuk balik	
(Efayanti, 2019)	Ketersediaan obat rujuk balik	

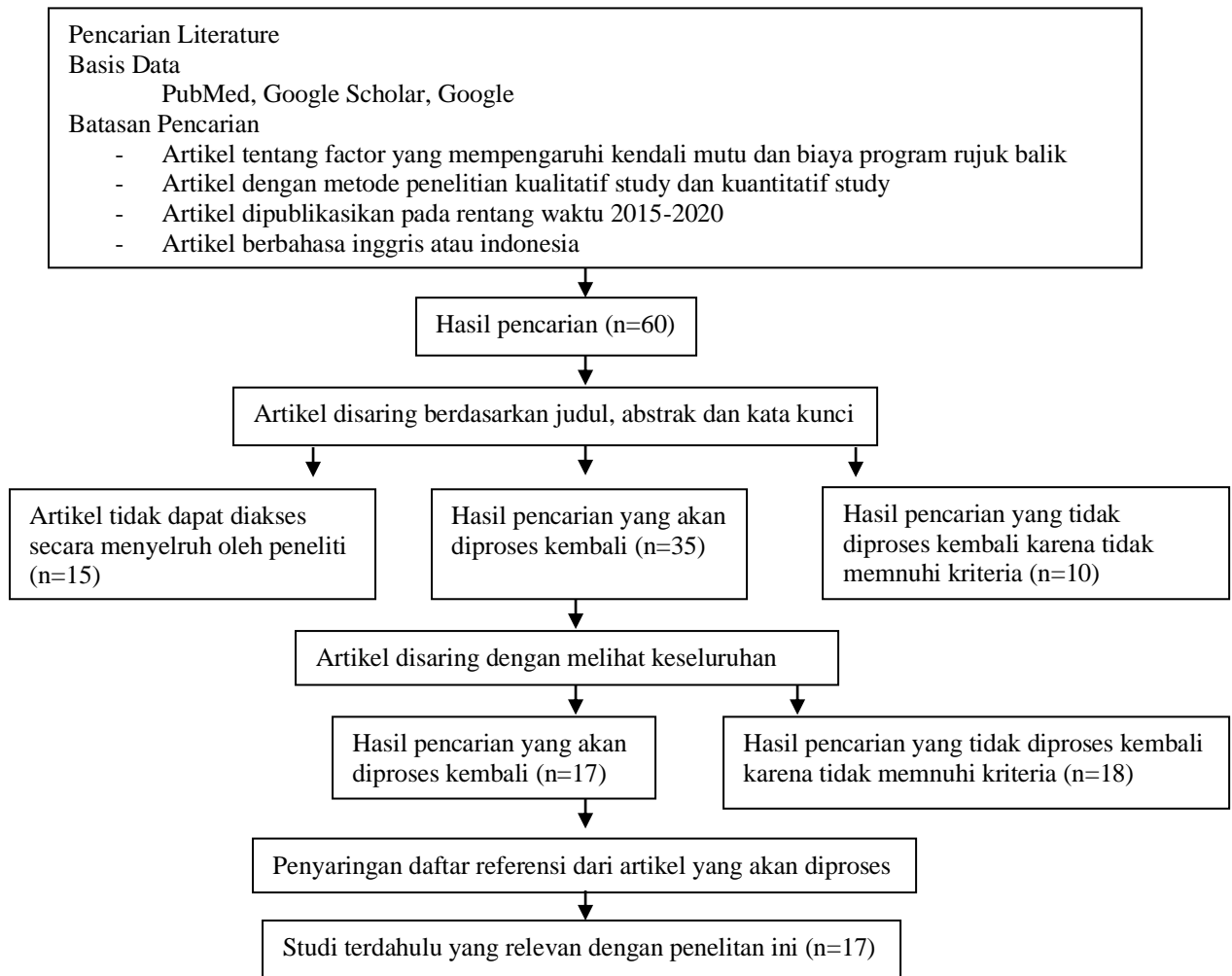
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada SOP khusus dari BPJS	<i>Material-machine</i> (FKRTL)
(Paramita et al., 2019)	Terdapat masalah ketersediaan obat	
(Paramita et al., 2019)	Rumah Sakit tidak ada peralatan, perlengkapan, pelayanan khusus bagi pasien	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada panduan kegiatan monitoring dan evaluasi khusus untuk PRB	
(Pertiwi et al., 2017)	Media dalam PRB hanya surat rujuk balik	
(Pertiwi et al., 2017)	Forum BPJS Kesehatan	
(Pertiwi et al., 2017)	Pojok PRB di FKRTL belum ada	
(Pertiwi et al., 2017)	Persediaan obat di fasilitas kesehatan masih sering kosong	
(Paramita et al., 2019)	Materi sosialisasi PRB disusun oleh tim tertentu dan di sosialisasikan dari kantor pusat ke kantor-kantor cabang	<i>Material-machine</i> (BPJS Kesehatan)
(Paramita et al., 2019)	Materi sosialisasi hanya berupa alur pelayanan	
(Paramita et al., 2019)	Sistem BPJS Kesehatan	
(Paramita et al., 2019)	Sistem informasi elektronik (aplikasi) e - purchasing yang mempermudah apotek untuk pemesanan obat secara online berdasarkan katalog	<i>Method</i> (Apotek)
(Paramita et al., 2019)	Aplikasi e-purchasing sulit diakses	
(Maryani et al., 2019)	Kesulitan apotek swasta untuk akses program e-purchase	
(Maryani et al., 2019)	Pengadaan obat secara konvensional dan e-purchasing	
(Maryani et al., 2019))	Pemesanan obat PRB selain PBF rujukan BPJS tapi juga PBF lain untuk mencegah kosong obat	
(Maryani et al., 2019)	Distribusi obat di apotek sesuai kebutuhan puskesmas	
(Paramita et al., 2019)	Metode untuk menjamin kondisi stabil pasien di FKTP belum ada yang terukur baku	<i>Method</i> (FKTP)
(Paramita et al., 2019)	Belum ada panduan dari BPJS terkait kompensasi positif dan sanksi	
(Paramita et al., 2019)	Pasien yang telah dirujuk balik dari FKRTL ke FKTP tidak terdaftar dalam PROLANIS secara otomatis	
(Paramita et al., 2019)	Alur pengadaan obat tidak fleksibel	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada sosialisasi/refresh ilmu terkait tata laksana pasien PRB dari BPJS	

(Paramita et al., 2019)	Tidak ada kegiatan evaluasi rutin terkait PRB	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada upaya "kompensasi positif dan sanksi" terhadap pelaksanaan PRB	
(Maryani et al., 2019)	Pengadaan obat bekerjasama dengan apotek setempat	
(Maryani et al., 2019)	Keterlambatan waktu tiba obat yang dipesan	
(Maryani et al., 2019)	Pasien harus melampirkan hasil pemeriksaan penunjang dalam mendapatkan obat tertentu	
(Hamzah & Sulistiadi, 2017)	Masih tingginya rujukan ke RS	
(Rinata et al., 2019)	Implementasi PRB dalam struktur birokrasi	
(Efayanti, 2019)	Keputusan pengambilan keputusan	
(Paramita et al., 2019)	Sosialisasi PRB kepada petugas medis	<i>Method</i> (FKRTL)
(Paramita et al., 2019)	Sosialisasi PRB kepada peserta JKN maupun peserta PRB	
(Paramita et al., 2019)	Kriteria kondisi stabil pasien belum ada tolak ukur dari BPJS	
(Pertiwi et al, 2017)	Pendaftaran peserta baru belum sesuai dengan pedoman yang ada	
(Pertiwi et al, 2017)	Penatalaksanaan pasien di FKRTL belum sesuai dengan SOP	
(Pertiwi et al, 2017)	Informasi mengenai PRB masih sering berubah	
(Pertiwi et al, 2017)	Surat rujuk balik oleh dokter masih berubah-ubah	
(Pertiwi et al, 2017)	Pelaksanaan pelayanan PRB belum sesuai SOP	
(Pertiwi et al, 2017)	Tidak ada struktur organisasi untuk PRB	
(Pertiwi et al, 2017)	Tidak ada jalur koordinasi antara FKTP-FKRTL	
(Paramita et al., 2019)(Safitrih et al., 2019)	Sosialisasi program dilakukan 1 tahun sekali	<i>Method</i> (BPJS Kesehatan)
(Paramita et al., 2019)	Belum ada kompensasi positif / sanksi untuk faskes terkait performa PRB	
(Paramita et al., 2019)	Belum ada kriteria pasien stabil	
(Paramita et al., 2019)	Kesulitan apotek swasta untuk akses program e-purchase	
(Paramita et al., 2019)	Tidak ada kegiatan evaluasi rutin terkait PRB	
(Sari, 2015)	Aplikasi pendaftaran/pendataan pasien BPJS	
(Paramita et al., 2019)	Apotek memperkirakan dan mempersiapkan jumlah di masing-masing jenis obat berdasarkan permintaan faskes sebelumnya	<i>Market</i> (Apotek)

(Paramita et al., 2019)	Distriutor (PBF) tidak dapat memenuhi seluruh permintaan stok obat dari apotek	
(Maryani et al., 2019)	Daftar harga obat belum ditetapkan oleh LKPP	
(Paramita et al., 2019)	Lokasi rumah pasien dengan FKTP dan FKRTL lebih dekat FKRTL	<i>Market (FKTP)</i>
(Paramita et al., 2019)	Apotek puskesmas tidak dapat melakukan pemesanan obat berikutnya akibat keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS	
(Maryani et al., 2019)	Pelayanan medis dan farmasi	
(Hamzah & Sulistiadi, 2017)	Kemitraan puskesmas dan apotek	
(Rinata et al., 2019)	Sistem pelayanan obat	
(Efayanti, 2019)	Akses menuju FKTP	
(Paramita et al., 2019)	Pasien stabil dan potensi PRB cenderung tidak mau dikembalikan ke FKTP	<i>Market (FKRTL)</i>
(Maryani et al., 2019)	Pasien lebih memilih dirawat dokter spesialis daripada dokter umum	
(Paramita et al., 2019)	Distributor (PBF) tidak dapat memenuhi seluruh permintaan obat dari bagian farmasi FKTP	<i>Market (BPJS Kesehatan)</i>
(Paramita et al., 2019)	Harga obat fornas terlalu rendah	<i>Money (Apotek)</i>
(Paramita et al., 2019)	Sulit mencari distributor obat dengan harga sesuai e-catalogue	
(Paramita et al., 2019))	Apotek harus mengurangi batas laba untuk menjamin ketersediaan obat	
(Paramita et al., 2019)	Sering terjadi keterlambatan pembayaran tagihan oleh BPJS	
(Maryani et al., 2019)	Harga Obat lambat dikeluarkan oleh LKPP	
(Maryani et al., 2019)	Obat di LKPP tidak terdapat stok barang di PBF yang ditunjuk	
(Paramita et al., 2019)	Sering mengalami keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS	<i>Money (FKTP)</i>
(Paramita et al., 2019)	Penundaan pembayran jasa pelayanan tenaga medis	
(Paramita et al., 2019)	Pembayaran pembelian obat ke PBF pada waktu berjalan	
(Paramita et al., 2019)	Keterbatasan pemesanan obat akibat penundaan pembayran	
(Maryani et al., 2019)	Belum ada rincian alur alternatif pengadaan obat	
(Hamzah & Sulistiadi, 2017)	Insentif petugas medis	
(Efayanti, 2019)	Biaya mendapatkan obat rujuk balik	
(Paramita et al., 2019)	Sering mengalami keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS	<i>Money (FKRTL)</i>

(Paramita et al., 2019)	Penundaan pembayaran jasa pelayanan tenaga medis	
(Paramita et al., 2019)	Pembayaran pembelian obat ke PBF pada waktu berjalan	
(Paramita et al., 2019)	Keterlambatan pemesanan obat akibat penundaan pembayaran	
(Paramita et al., 2019)(Nafi et al., 2020)(Christianson & Trude, 2003)	Iuran premi bagi peserta BPJS belum sesuai	<i>Money</i> (BPJS Kesehatan)
(Paramita et al., 2019)	BPJS beberapa kali mengalami defisit keuangan	
(Paramita et al., 2019)	BPJS telah mengajukan tambahan dana tapi belum terpenuhi	
(Paramita et al., 2019)	Strategi mengatasi keterlambatan pembayaran klaim melalui kerjasama bank tapi RS menolak karena diberikan bunga bank	
(Paramita et al., 2019)	Waktu pencairan dana klaim obat tidak dapat di prediksi	<i>Time</i> (Apotek)
(Paramita et al., 2019)	Menghemat waktu tempuh dan waktu tunggu pasien	<i>Time</i> (FKTP)
(Paramita et al., 2019)(Nafi et al., 2020)	Waktu tunggu di FKRTL tinggi	<i>Time</i> (FKRTL)
(Paramita et al., 2019)	Pasien penyakit kronis, peserta JKN dapat menghemat waktu tempuh dan waktu tunggu karena akses faskes menjadi lebih dekat dan cepat terlayani	<i>Time</i> (BPJS Kesehatan)

Gambar



Gambar 1. Diagram Alur Penelitian