

Warna Biru Langit



**LAPORAN AKHIR PENELITIAN RISBINKES**

**LAYANAN OBAT BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

**Tim Pelaksana**

**Ns. Darul Udwan, M.Si  
Ns. Irni Novitha, MPH  
Dian Novriadhy, M.Si**

**BADAN PENELITIAN PENGEMBANGAN DAN INOVASI DAERAH  
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

**2015**

**PERSETUJUAN ATASAN BERWENANG**

**JUDUL PENELITIAN**

**LAYANAN OBAT BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

PALEMBANG, DESEMBER 2015

Menyetujui

Ketua Pelaksana



Ns. Darul Udwan, M.Si  
NIP. 197206041993031004

Plt. Badan Penelitian Pengembangan dan  
Inovasi Daerah  
Provinsi Sumatera Selatan



Dr. Drs. Alamsyah, M.Pd  
196806191993031002

Mengesahkan

Ketua PPI  
Pusat Teknologi dan Intervensi  
Kesehatan Masyarakat

Dr. Ir. Anies Irawati, M.Kes  
NIP. 195703171980112001

Kepala  
Pusat Teknologi dan Intervensi  
Kesehatan Masyarakat

Dr. Dede Anwar Musadad, SKM, M.Kes  
NIP. 195709151980121002



## KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (Website) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

### KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.03/1.2/2498/2015

TENTANG

TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN,

Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan Riset Pembinaan Kesehatan (Risbinkes) Tahun 2015 sesuai dengan protokol yang sudah ditetapkan, perlu menetapkan Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tentang Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2001 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);

2. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);

4. Peraturan Pemerintah ...



## KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 2 -

4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2005 tentang Alih Teknologi Kekayaan Intelektual serta Hasil Penelitian dan Lembaga Penelitian dan Pengembangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4497);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013, Nomor 741);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 937/MENKES/SK/IX/1998 tentang Komite Nasional Jaringan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VII/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
9. Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor HK.02.03/I.2/ /2015 tentang Tim Pengelola Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015;

MEMUTUSKAN: ...





## KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 3 -

### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015.

KESATU : Susunan Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015 yang selanjutnya disebut Tim Pelaksana Risbinkes, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Tim Pelaksana Risbinkes sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. melaksanakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan sesuai dengan bidang fokus, jenis insentif judul penelitian pelaksanaan penelitian/perekayaan, dan jumlah dana yang dialokasikan;
- b. menyampaikan laporan proses pelaksanaan dan kemajuan secara periodik serta proses akhir kegiatan penelitian dalam bentuk salinan keras dan salinan lunak sebagai berikut:
  1. laporan kemajuan kegiatan penelitian;
  2. laporan realisasi penyerapan anggaran;
  3. laporan akhir penelitian;
  4. data hasil penelitian (*raw data*) dan karakteristiknya, *log book* (Definisi operasional dan struktur data);
  5. draft naskah rancangan publikasi ilmiah penelitian;
  6. usulan Hak Kekayaan Intelektual (HKI) untuk hasil penelitian yang berorientasi HKI; dan



## KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (Website) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 4 -

7. berkoordinasi dengan Tim Teknis Administrasi dalam menyelesaikan dan menyerahkan seluruh bentuk pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

- KETIGA : Tim Pelaksana Risbinkes bertanggung jawab dan wajib mengumpulkan laporan secara periodik kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Ketua Tim Pengelola Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015 dengan berkoordinasi kepada Kepala Satuan Kerja yang membidangi tugas dan fungsi masing-masing Tim Pelaksana Risbinkes.
- KEEMPAT : Pembiayaan pelaksanaan tugas Tim Pelaksana Risbinkes dibebankan pada DIPA Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun Anggaran 2015.
- KELIMA : Pada saat Keputusan ini mulai berlaku, Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor HK 02.03/I.2/1953/2014 tentang Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2014 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEENAM : Keputusan ini berlaku untuk Tahun Anggaran 2015.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 19 Maret 2015

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN KESEHATAN,



ANDRA YOGA ADITAMA



# KEMENTERIAN KESEHATAN RI

## BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (Website) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

### LAMPIRAN:

KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.03/1.2/2498/2015  
TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN  
KESEHATAN BADAN PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
1	Studi Deskriptif Molekular Gen HA dan NA Virus Influenza A Subtipe H3N2 Pada Spesimen Tersangka MERS-CoV Jemaah Haji dan Umrah tahun 2013 - 2014	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Agustiningih, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Nurika Hariastuti, MS	Peneliti
			3. dr. Natalie Laurentia Kipuw	Calon Peneliti
			4. Asri Febriyani	Pembantu Peneliti
2	Studi Deskriptif Serotipe Human Parainfluenza Virus (HPV) Kasus ISPA Berat pada kelompok Umur $\leq$ 5 tahun di RSUD Mataram tahun 2014	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Hartanti Dian Ikawati, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Kindi Adam, M.Biotech	Calon Peneliti
			3. Kartika Dewi Puspa, S.Si., Apt	Calon Peneliti



No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
3	Uji Toksisitas Akut dan Antimalaria Kombinasi Ekstrak Kulit Batang Pulau (Alstonia scholaris) dan Meniran (Phyllanthus niruri) terhadap Histopatologi Limpa pada Mencit yang Diinfeksi Plasmodium berghei	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. drh. Putri Reno Intan	Ketua Peneliti
			2. Tri Wahyuni L, S.Farm	Peneliti
			3. Nita Prihartini, SKM	Peneliti
			4. Nugroho Kardiyanto	Teknisi
4	Tikus Putih Sprague Dawley Jantan Sebagai Model Untuk Penelitian Diabetes Mellitus Tipe 2 (Optimasi Dosis Dan Lama Waktu Pemberian Glukosa Oral)	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Risqa Novita, drh., M.KM	Ketua Peneliti
			2. Sehatman, S.Pd., M.Sc	Peneliti
			3. Anggi Haris Faizal	Teknisi
5	Perbandingan Kadar Leptin Pada Individu Dengan Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) dan Diabetes Melitus (DM) di Bogor Tahun 2011 dan 2013	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. drh. Uly Alfi Nikmah, M.Biomed	Ketua Peneliti
			2. dr. Frans Dany	Peneliti
			3. dr. Faika Rachmawati	Teknisi
			4. Linda Pujowati, S.Si	Pembantu Peneliti
6	Karakterisasi Mutu Ekstrak Daun Sirsak ( <i>Annona muricata</i> L.) Pada Tiga Tempat Tumbuh	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Herni Asih Setyorini, S.Farm, Apt	Ketua Peneliti
			2. Arifayu Addiena Kurniatri, SSI	Peneliti
			3. Rosa Adelina, M.Sc, Apt	Peneliti
			4. Winarsih, SKM	Teknisi



No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
7	Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Perkembangan Bayi Usia 3-11 Bulan Di Kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	1. Dwi Anggraeni Puspitasari, SKM 2. Indri Yunita Suryaputri, S.Psi, M.Si 3. Rika Rahmawati, SP, MPH 4. Asmidah Karmini	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
8	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi Pada Masyarakat Di Kelurahan Kebon Kalapa Kota Bogor Tahun 2011 - 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. dr. Dewi Kristanti 2. Totih Ratna, SKM 3. Watiyuning Fitri, S.Ked	Ketua Peneliti Peneliti Teknisi
9	Karakteristik Pendaftar Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Bandung tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. dr. Anton Suryatma 2. Miftakhun Nafisah Y.P., SSi 3. Basuki Rahmat, ST	Ketua Peneliti Calon Peneliti Calon Peneliti
10	Pengetahuan dan Sikap Remaja Sekolah Menengah Pertama Tentang Dampak Perubahan Iklim Terhadap Kesehatan di Kota Bogor	Pusat Intervensi Masyarakat	1. Tities Puspita, S.Si 2. Rina Marina, S.Si 3. Kenti Friskarini, SKM, MKM	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti
11	Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS oleh LSM Peduli AIDS di Jakarta Tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. Ranti Suciati, S.Sos 2. Novianti, S.Sos 3. Mujiati, SKM, M.Kes	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
12	Aspek Psikososial Ibu Usia Remaja Saat Kehamilan dan Pengasuhan Anak di Bogor Tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. Andi Susilowati, SKM, M.Kes	Ketua Peneliti
			2. Iram Barida Maisya, SKM, MKM dr. Ika Saptarini	Peneliti
			3. dr. Ika Saptarini	Peneliti
13	Prevalensi Toxoplasmosis Pada Kambing di Kabupaten Banjarnegara	Balai Litbang P2B2 Banjarnegara	1. drh. Corry Laura Junita Sianturi	Ketua Peneliti
			2. Dewi Puspita Ningsih, SKM	Peneliti
			3. Novia Triastuti, Amd.AK	Peneliti
			4. Dwi Priyanto, S.Si	Teknisi
14	Daya Tolak Bunga Lawang (Illicium verum) Terhadap Nyamuk Aedes Aegypti	Balai Litbang P2B2 Banjarnegara	1. Eva Lestari, SKM	Ketua Peneliti
			2. Bondan Fajar W, SKM	Peneliti
			3. Adil Ustiawan, SKM	Peneliti
			4. Dian Indra Dewi, Amd	Teknisi
15	Penerapan Peraturan Desa Tentang Penemuan & Pengawasan Pengobatan Malaria Berbasis Masyarakat (Studi Kasus di Desa Tetel Kecamatan Pengadegan, Jawa Tengah)	Balai Litbang P2B2 Banjarnegara	1. Agung Puja Kesuma, SKM	Ketua Peneliti
			2. Nova Pramestuti, SKM	Peneliti
			3. Asnan Prastawa, SKM	Peneliti
			4. Ulfah Farida T	Teknisi



No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
16	Faktor Determinan Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kecacingan Pada Anak Sekolah Dasar di Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2015	Balai Litbang Tanah Bumbu	1. Deni Fakhri, SKM	Ketua Peneliti
			2. Annida, M.Sc	Peneliti
			3. Syarif Hidayat, S.Si	Peneliti
			4. Erli Hariyati	Teknisi
17	Studi Endemisitas Mikrofilaria Pasca POMP ke Empat di Kecamatan Kusan Hulu	Balai Litbang Tanah Bumbu	1. Dian Eka Setyaningtyas, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Nita Rahayu, SKM, M.Sc	Peneliti
			3. Windy Tri Yuana, S.Sos	Peneliti
			4. Sudayat Sudarmawan	Teknisi
18	Analisis Layanan Obat Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap (RSUD) Kota Palembang dan Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan	Badan Litbang dan Inovasi Daerah Provinsi Sumatera Selatan	1. Ns. Darul Udwan, M.Si	Ketua Peneliti
			2. Irni Novitha, S.Kep, MPH	Peneliti
			3. Dian Novriadhy, ST	Peneliti
			4. Salmah, S.Kep	Teknisi
19	Deteksi Rickettsia typhi pada pinjal tikus menggunakan Polimerase Chain Reaction (PCR) di Kota Pelabuhan Semarang, Kupang & Maumere	Balai Besar Litbang Vektor dan Reservoir Penyakit Saltaiga	1. Arum Sih Joharina, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Arief Mulyono, S.Si, M.Sc	Peneliti
			3. Drh. Tika Fiona Sari, M.Sc	Peneliti
			4. Mega Tyas Prihatin, Amd.AK	Teknisi



No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
20	Faktor Risiko dan Deteksi Kuman Mycobacterium Leprae Dengan Metode PCR Pada Penderita dan Kontak Penderita Kusta di Kota Jayapura Tahun 2015	Balai Litbang Biomedis Papua	1. Hana Krismawati, M.Sc	Ketua Peneliti
			2. dr. Antonius Oktavian M.Kes	Peneliti
			3. Tri Nury Kridaningsih, S.Si	Peneliti
			4. Arie Ardiansyah Nugraha	Teknisi
21	Pengembangan Model Surveilans Aktif DBD Melalui Metode Pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS) di Kota Tasikmalaya	Loka Litbang P2B2 Cianjis	1. Aryo Ginanjar, S.KM	Ketua Peneliti
			2. Arda Dinata, S.KM	Peneliti
			3. Rohmansyah WN, S.Sos	Peneliti
22	Pelaksanaan Pemberian Obat Massal Pencegah (POMP) Filariasis dan Permasalahannya di Desa Mbilur Pangadu Kab. Sumba Tengah	Loka Litbang P2B2 Waikabubak	1. Varry Lobo, S.KM	Ketua Peneliti
			2. Anderias Karniawan Bulu, S.Si	Peneliti
			3. Monika Noshirman, S.KM	Peneliti
			4. Maria Astiana Mapada, S.KM	Teknisi
23	Uji Aktivitas dan Toksisitas Akut Ramuan Jamu Anti Hipertensi Ringan Pada Tikus Putih Rattus Norvegicus	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. dr. Ulfatun Nisa	Ketua Peneliti
			2. Saryanto, S.Farm, Apt	Peneliti
			3. Suparno	Teknisi
			4. Sigit S	Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
24	Pengaruh Konseling Gizi pada Perubahan Pengetahuan, Pola Makan dan Kadar Gula Darah Penderita DM Tipe 2 di RRJ "Hortus Medicus"	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. Enggar Wijayanti, S.Gz 2. dr. Zuraida Zulkarnain 3. dr. Fajar Novianto 4. Rochmiatun, AMAK	Ketua Peneliti Peneliti Calon Peneliti Teknisi
25	Uji Aktivitas dan Toksisitas Akut Ramuan Jamu Anti Hiperurisemia Pada Tikus Putih Rattus Norvegicus L	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. dr. Ulfa Fitriani 2. dr. Danang Ardiyanto 3. Saryanto, S.Farm, Apt 4. Umi Barokhah, Amd	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
26	Karakteristik Biokimia, Klinis, dan Pola Makan Pasien Goiter di Klinik Litbang Gaki Magelang	Balai Litbang Gangguan Akibat Kekurangan Iodium Magelang	1. dr. Wayan Dani Miftakhul Jannah 2. Deni Juwanto S.TP 3. Noviyanti Liana Dewi, SKM 4. Ernani Budi Prihatmi, S.ST	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
27	Profil Kadar HbA1c dan kadar gula darah serta faktor yang mempengaruhinya pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Jayabaru Kota Banda Aceh	Loka Litbang Biomedis Aceh	1. Nur Ramadhan, Ners 2. dr. Nelly Marissa 3. Marya Ulfa, S.Si 4. Sari Hanum, AMD.AK	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
28	Uji Daya Bunuh Ekstrak Daun Dan Bunga Kecombrang (Etlingera Elatior) Terhadap Larva Nyamuk Aedes Aegypti	Balai Litbang P2B2 Donggala	1. Meiske Elisabeth Koraag, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Hayani Anastasia, SKM, MPH	Peneliti
			3. Rina Isnawati, S.Si	Peneliti
			4. Octaviani, SKM	Peneliti
29	Hubungan Anemia Gizi Dengan Infeksi Kecacingan Pada Remaja Putri Siswa SLTA di Kota Palu	Balai Litbang P2B2 Donggala	1. dr. Muchlis Syahnuddin	Ketua Peneliti
			2. Phetisya Pamela Frederika Sumolang, S.Si	Peneliti
			3. drh. Gunawan	Peneliti
			4. Leonardo Taruk Lobo, S.Si	Teknisi
30	Uji Repellent Minyak Atsiri Kulit Jeruk Bali (Citrus Maxima) Dalam Sediaan Lotion Terhadap Nyamuk Aedes Aegypti	Balai Litbang P2B2 Donggala	1. Nurul Hidayah S. B	Ketua Peneliti
			1. Murni, S.Si	Peneliti
			2. Hasrida Mustafa, S.Si	Peneliti
			3. drh. Intan Tolistiawaty	Peneliti

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
KESEHATAN,



TJANDJA YOGA ADITAMA



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Esa, berkat rahmat dan hidayahNya Laporan Risbinkes 2015 “**Layanan Obat Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD Sumatera Selatan**” dapat diselesaikan pada waktunya.

Pada kesempatan Ini kamu mengucapkan termakasih kepada pihak-pihak yang terlibat dan membantu dalam kegiatan ini, antara lain :

1. Kepala Badan Penelitian Pengembangan Dan Inovasi Daerah Provinsi Sumatera Selatan.
2. Kepala Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
3. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah tempat pelaksanaan penetian Risbinkes 2015.
4. Pembimbing dan Pengajar serta Staf Administrasi Risbinkes 2015.

Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan guna penyempurnaan laporan laporan ini.

Akhirnya kami berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Palembang, Desember 2015

Tim Peneliti

## **RINGKASAN EKSEKUTIF**

### **Layanan Obat Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD di Sumatera Selatan**

#### **Latar Belakang**

Dalam mewujudkan komitmen global dan konstitusi (Pasal 28H UUD 1945), pemerintah Indonesia memberlakukan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk didalamnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan yang dicover BPJS banyak mengalami kendala. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha menjelaskan disparitas layanan dan kepuasan peserta JKN dari aspek layanan obat.

Tuntutan pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik (service excellence) tidak dapat dihindari oleh penyelenggara pelayanan jasa. Tuntutan para penerima layanan untuk memperoleh pelayanan yang lebih baik harus disikapi sebagai upaya untuk memberikan kepuasan kepada penerima layanan.

Apabila pelayanan yang diterima atau dirasakan itu sesuai dengan apa yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Sebaliknya jika pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang dilengkapi dengan deskriptif kuantitatif. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Prabumulih dan RSUD Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa program JKN yang ada belum dapat menjamin sepenuhnya ketersediaan obat bagi pasien. Gambaran distribusi obat bagi Peserta JKN di RSUD “A” dan RSUD ‘B’ masih belum terlaksana dengan baik. Namun, permasalahan ini tidak hanya ditemukan dalam pelaksanaan JKN semata. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat responden dari peserta jaminan kesehatan sebelumnya mengalami ketidaktersediaan jenis obat tertentu namun sekarang mendapatkannya dan sebaliknya.

Dalam hal gambaran layanan obat bagi Peserta JKN di RSUD terdapat proporsi pasien yang tidak mendapatkan layanan obat di RSUD ‘A’ cukup tinggi, ini dimungkinkan dapat terjadi karena adanya pola berobat masyarakat Banyuasin. Terkonsentrasinya pasien untuk berobat di hari kalangan menyebabkan terjadinya lonjakan pasien (dalam basis harian) yang sulit diprediksi dalam perencanaan pengadaan obat di RSUD ‘A’.

Sedangkan dalam hal gambaran Persepsi Peserta JKN terhadap layanan obat bagi Peserta JKN di RSUD cukup baik, walau masih banyak keluhan tentang lamanya waktu tunggu dan pelayanan yang cukup lama disebabkan kurangnya tenaga.

Secara umum Program JKN memberikan perbaikan dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. JKN secara prinsip digolongkan sebagai *universal coverage*. Konsep *universal coverage* mengasumsikan bahwa sarana dan prasarana yang mendukung sistem telah tersedia.



## ABSTRAK

Jaminan Kesehatan Nasional secara efektif mulai berlaku semenjak tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional mengintegrasikan beberapa jaminan kesehatan yang berlaku di masa lalu. Efek pengintegrasian ini memberikan tantangan bagi fasilitas kesehatan dalam pemberian layanan termasuk didalamnya layanan obat. Penelitian bermaksud untuk mendapatkan gambaran distribusi, pelayanan dan kepuasan peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam segi layanan obat di RSUD wilayah Sumatera Selatan. Penelitian menggunakan kerangka kerja *usage ability concept*. Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif yang dilengkapi dengan kuantitatif di bulan Mei-September 2015 di RSUD Banyuasin dan RSUD Prabumulih. Narasumber penelitian berasal dari petugas RSUD dan pasien sedangkan data kuantitatif digali melalui responden. Sebanyak 66 orang responden digunakan dalam penelitian, dengan informan berasal dari pasien sebanyak 5 orang per RSUD. Temuan penelitian menunjukkan perencanaan persediaan dan pendistribusian obat menjadi kewenangan RSUD dimana peran BPJS Kesehatan dapat dikatakan sangat minim. Jaminan Kesehatan Nasional belum sepenuhnya menjamin ketersediaan obat bagi pesertanya. Efek berantai dari ketidaktersediaan obat menyebabkan timbulnya tambahan biaya dan menebus obat di lebih satu tempat. Keluhan yang dimunculkan oleh pasien diantaranya lamanya waktu tunggu. Secara keseluruhan, pasien merasa puas dengan pelayanan obat. Disarankan kepada BPJS Kesehatan untuk melakukan evaluasi kemampuan penyediaan obat bagi fasilitas kesehatan yang menjadi mitranya.

kata kunci: layanan obat, jaminan kesehatan nasional, RSUD, waktu tunggu

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Persetujuan Atasan Berwenang .....	ii
Surat Keputusan Penelitian .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Ringkasan Eksekutif .....	xvi
Abstrak .....	xviii
Daftar Isi .....	xix
Daftar Tabel .....	xxi
Daftar Gambar .....	xxii
Daftar Lampiran .....	xxiii
BAB I Pendahuluan .....	1
BAB II Tinjauan Pustaka dan Kerangka Kerja Penelitian .....	5
BAB III Metode Penelitian .....	11
BAB IV Hasil Penelitian .....	15
BAB V Pembahasan .....	5
BAB VI Kesimpulan dan Rekomendasi .....	6
Daftar Pustaka .....	7
Lampiran .....	8

## DAFTAR TABEL

	Halaman
<b>Tabel 1.</b> Distribusi Pekerjaan Responden Berdasarkan Pengakuan	15
<b>Tabel 2.</b> Distribusi Responden Berdasarkan Fasilitas Kesehatan Yang Digunakan	16
<b>Tabel 3.</b> Jenis Jaminan Kesehatan Sebelumnya Yang Dimiliki Oleh Responden	16
<b>Tabel 4.</b> Pemanfaatan JKN Dalam 3 Bulan Terakhir Sebelum Survei	17
<b>Tabel 5.</b> Lama kepesertaan JKN	17
<b>Tabel 6.</b> Distribusi Responden Pernah Mengalami Ketidaktersediaan Obat Di RSUD	20
<b>Tabel 7.</b> Distribusi Responden Pernah Mengalami Menambah Biaya Dalam Menebus Resep Obat	22
<b>Tabel 8.</b> Distribusi Responden Pernah Mengalami Jenis Obat Resep Tidak Sesuai Dengan Resep Yang Diberikan	23
<b>Tabel 9.</b> Distribusi Respon Pernah Mengalami Jumlah Obat Diberikan Tidak Sesuai Resep	24
<b>Tabel 10.</b> Distribusi Pengalaman Responden Dalam Menebus Resep Di RSUD	25
<b>Tabel 11.</b> Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan Atas Layanan Obat	25



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
<b>Gambar 1.</b> Skema Sistem Jaminan Kesehatan Nasional	8
<b>Gambar 2.</b> Kerangka kerja penelitian secara umum	9

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- 1. Persetujuan Etik**
- 2. Surat Ijin Penelitian dari RSUD**
- 3. Kuisioner**
- 4. Foto**
- 5. Matrik Wawancara**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dalam mewujudkan komitmen global dan konstitusi (Pasal 28H UUD 1945), pemerintah Indonesia memberlakukan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk, termasuk didalamnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS merupakan badan hukum yang keberadaannya dijamin oleh Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Dalam Pasal 5 UU 24/2011 penyelenggara jaminan sosial terbagi menjadi BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. Terkait dengan BPJS Kesehatan maka visi utama yang diusung haruslah mengacu kepada Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yaitu “setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.” Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduknya tanpa terkecuali termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

JKN, sesuai amanat UU, mulai diberlakukan sejak tanggal 1 Januari 2014. Saat berlakunya JKN maka sistem jaminan kesehatan seperti ASKES, JAMKESMAS, JAMPERSAL dan jaminan kesehatan publik lain yang dibiayai oleh pemerintah pusat dinyatakan tidak berlaku lagi dan kesemua fitur layanan yang ada dilebur ke dalam JKN. Selain itu, pemerintah juga mendorong warga negara yang tidak *ter-cover* dalam ASKES, JAMKESMAS dan JAMPERSAL atau *di-cover* dalam asuransi kesehatan komersial/perusahaan untuk menjadi peserta JKN. Tentu kebijakan JKN ini memberikan tantangan baru baik dari segi manajerial, logistik, kultur layanan kesehatan dan aspek sosialbudaya lainnya. Mengintegrasikan sistem jaminan kesehatan dengan ruang lingkup dan target sasaran yang berbeda merupakan suatu pekerjaan yang berat dan tentunya memunculkan disparitas layanan yang perlu untuk segera dikenali dan diperbaiki

secara berkesinambungan. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha menjelaskan layanan dan kepuasan peserta JKN dari aspek layanan obat.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Program JKN merupakan program ambisius dan progresif yang menargetkan seluruh populasi terlindungi oleh jaminan kesehatan dimana diperkirakan 63% dari populasi Indonesia telah menjadi pesertanya (Lagomarsino et al, 2012). Data BPJS Kesehatan per 16 Oktober 2015 sendiri mencatat jumlah peserta JKN telah mencapai 153.284.145 orang. Masyarakat sebagai peserta JKN diharapkan memperoleh pelayanan yang optimal sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pelayanan optimal tersebut akan didapatkan oleh masyarakat jika ada koordinasi dan komunikasi yang baik antara BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN, fasilitas kesehatan sebagai penyedia jasa kesehatan dan masyarakat peserta JKN itu sendiri.

Koordinasi dan komunikasi yang baik tercipta manakala terjadi keharmonisan dalam regulasi dan kebijakan yang menjadi pijakan dalam sistem JKN. Terkait dengan layanan obat, harmonisasi regulasi dan kebijakan terlihat salah satunya dalam administrasi peraturan obat-obatan dalam Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) dan Formularium Nasional (Fornas). Namun, pada pelayanan rujukan terdapat kendala berupa ketidaksinkronan peraturan tentang obat-obatan dalam DPHO dan Fornas serta obat-obatan dalam Fornas yang tidak selengkap obat-obatan DPHO sehingga mutu menurun, termasuk obat-obatan untuk menangani alergi terhadap obat-obatan (Balitbangkes, 2014). Peraturan harga obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) mengacu pada harga obat dan BMHP yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, sedangkan untuk daftar jenis obat dan BMHP mengacu kepada Fornas. Terkait dengan layanan obat bagi peserta JKN di faskes rujukan, layanan obat menjadi satu kesatuan dalam paket layanan INA CBGs. Dengan adanya berbagai aturan tersebut terbuka terjadinya disparitas layanan obat dikarenakan oleh dua alasan, yaitu: 1) Faskes rujukan memiliki kepentingan untuk menjaga *cash-flow* organisasi tetap dalam keadaan normal. Artinya faskes akan melakukan adaptasi/penyesuaian sediaan obat yang ditanggung oleh JKN; 2) BPJS Kesehatan selaku penyelenggara JKN berusaha



menjaga agar terjadi pemerataan jaminan bagi pesertanya dengan melakukan pengendalian biaya obat agar tersedia cukup dana untuk seluruh peserta JKN. Dari uraian permasalahan, penelitian ini merumuskan pertanyaan penelitian yaitu:

- 1) Bagaimana gambaran distribusi obat bagi peserta JKN di RSUD?
- 2) Bagaimana gambaran layanan obat bagi peserta JKN di RSUD?
- 3) Bagaimana gambaran persepsi peserta JKN terhadap layanan obat bagi peserta JKN di RSUD?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Menjelaskan gambaran distribusi obat bagi peserta JKN di RSUD.
- 2) Menjelaskan gambaran layanan obat bagi peserta JKN di RSUD.
- 3) Menjelaskan gambaran persepsi peserta JKN terhadap layanan obat bagi peserta JKN di RSUD.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak antara lain:

1. Sebagai masukan bagi pembuat kebijakan untuk penyempurnaan prosedur layanan obat bagi Peserta JKN di Rumah Sakit Umum Daerah.
2. Memberikan motivasi dalam memberikan pelayanan secara optimal dan profesional tentang layanan obat bagi Peserta JKN di Rumah Sakit Umum Daerah.
3. Masyarakat ilmiah, sebagai masukan untuk penelitian lebih lanjut untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengembangan hipotesis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA KERJA PENELITIAN**

#### **2.1. Pelayanan Farmasi**

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu termasuk pelayanan farmasiklinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma drug oriented ke paradigma baru patient oriented dengan filosofi Pharmaceutical Care (pelayanan kefarmasian).

Pelayanan kefarmasian dibagi menjadi bagian yaitu (1) pelayanan farmasi minimal dan (2) pelayanan farmasi klinis. Pelayanan farmasi minimal dalam pelaksanaannya terdiri dari yaitu perbekalan, distribusi, dan administrasi. Perbekalan yang dilaksanakan oleh unit pelaksana IFRS yang meliputi pengadaan dan penyimpanan perbekalan farmasi. Pengadaan merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang bertujuan untuk mendapatkan jenis dan jumlah sesuai dengan kebutuhan dan anggaran serta menghindari kekosongan obat. Penyimpanan perbekalan farmasi merupakan kegiatan pengaturan sediaan farmasi di dalam ruang penyimpanan, dengan tujuan untuk menjamin mutu tetap baik, yaitu kondisi penyimpanan disesuaikan dengan sifat obat, misalnya dalam hal suhu dan kelembaban.

Distribusi merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan serta untuk menunjang pelayanan medis. Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan (1) efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada, (2) metode sentralisasi dan desentralisasi (3) sistem floor stock dan resep individu.

Distribusi perbekalan farmasi dilakukan untuk melayani distribusi perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap, kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat inap di rumah sakit, yang diselenggarakan secara

sentralisasi dan dengan sistem persediaan UDD (Unit Dose Dispensing) di ruangan dan sistem resep perorangan. Distribusi perbekalan farmasi untuk pasien rawat jalan, kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat jalan di rumah sakit, yang diselenggarakan secara sentralisasi dengan sistem resep perorangan oleh IFRS. Sistem pelayanan distribusi yaitu sistem resep

## **2.1. Kualitas Pelayanan**

Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan Permasalahan konsumen/pelanggan. Kualitas pelayanan diartikan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Kualitas pelayanan bukanlah dilihat dari sudut pandang pihak penyelenggara atau penyedia layanan, melainkan berdasarkan persepsi masyarakat (pelanggan) penerima layanan. Pelangganlah yang mengkonsumsi dan merasakan pelayanan yang diberikan, sehingga merekalah yang seharusnya menilai dan menentukan kualitas pelayanan.

Terdapat beberapa pendapat terkait dengan ciri-ciri dari suatu kualitas. menurut Tjiptono (1996 : 56) ciri-ciri atau atribut-atribut yang ada dalam kualitas tersebut adalah: Ketepatan waktu pelayanan, yang meliputi waktu tunggu dan waktu proses. Akurasi pelayanan, yang meliputi bebas dari kesalahan-kesalahan. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan. Kemudahan mendapatkan pelayanan, misalnya banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung seperti komputer. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, tempat parkir, ketersediaan informasi, dan lain-lain. Atribut pendukung pelayanan lainnya seperti ruang tunggu ber AC, kebersihan, dan lain-lain.

Dari pendapat di atas diketahui bahwa kualitas pelayanan mencakup berbagai faktor. Menurut Albrecht dan Zemke (dalam Dwiyanto, 2005 :145) bahwa kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek, yaitu sistem pelayanan, sumber daya manusia pemberi pelayanan, strategi, dan pelanggan (customers).

Tuntutan pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik (service excellence) tidak dapat dihindari oleh penyelenggara pelayanan jasa. Tuntutan para penerima layanan untuk memperoleh pelayanan yang lebih baik harus disikapi sebagai

upaya untuk memberikan kepuasan kepada penerima layanan. Kepuasan penerima layanan sangat berkaitan dengan kualitas pelayanan yang diberikan, seperti yang diungkapkan Tjiptono (1996:56), bahwa kualitas memiliki hubungan yang sangat erat dengan kepuasan pelanggan. Kotler (dalam Tjiptono, 1996:147) mengatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dia rasakan dibanding dengan harapannya. Setiap pelanggan atau penerima layanan tentu menghendaki kepuasan dalam menerima suatu layanan. Menurut Ratminto dan Atik (2005:28) :

Dengan demikian kebutuhan para penerima layanan harus dipenuhi oleh pihak penyelenggara pelayanan agar para penerima layanan tersebut memperoleh kepuasan. Untuk itulah diperlukan suatu pemahaman tentang konsepsi kualitas pelayanan. Menurut Wyckof (dalam Tjiptono, 1996:59) :

Apabila pelayanan yang diterima atau dirasakan itu sesuai dengan apa yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik buruknya kualitas pelayanan tergantung kepada kemampuan penyedia layanan dalam memenuhi harapan masyarakat (para penerima layanan) secara konsisten.

Berdasarkan uraian sejumlah pendapat yang tersaji, maka pengertian kualitas pelayanan adalah totalitas karakteristik suatu konsep pelayanan yang mencakup seluruh aspek pelayanan, dan tolak ukur kualitas pelayanan itu adalah dapat memberi kepuasan kepada para pelanggan atau penerima layanan.

Persepsi peserta JKN terhadap layanan obat dipengaruhi pengalamannya terhadap empat indikator, yaitu: 1) Indikator ketersediaan obat. 2) Indikator pengeluaran biaya tambahan obat. 3) Indikator jenis dan jumlah obat yang diberikan. 4. Indikator kemudahan memperoleh obat

## **2.3 Sistem Jaminan Kesehatan Nasional**

### **a. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang



bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

#### **b. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

##### **Prinsip kegotongroyongan**

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

##### **Prinsip nirlaba**

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

##### **Prinsip portabilitas**

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

##### **Prinsip kepesertaan bersifat wajib**

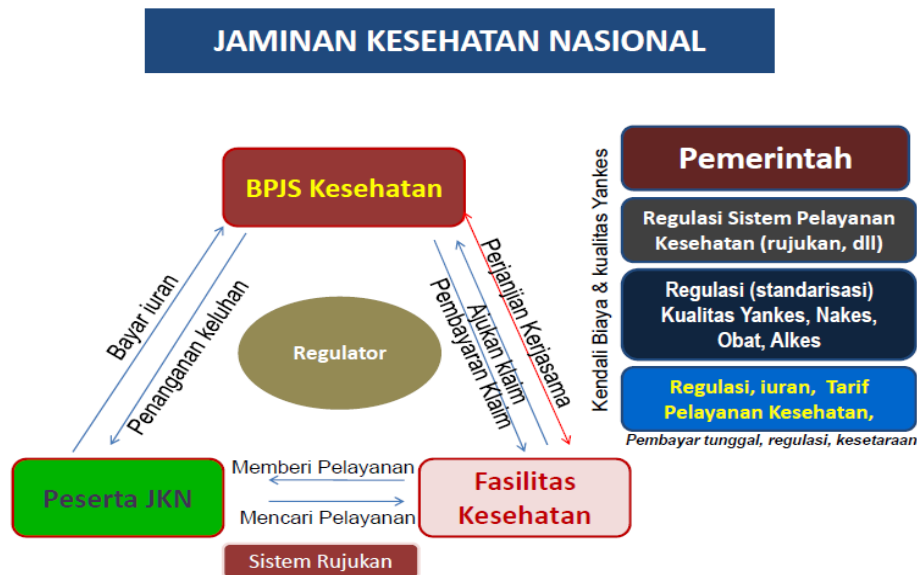
Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

### **Prinsip dana amanat**

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### **c. Fasilitas Kesehatan**

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada para peserta BPJS kesehatan, baik yang terdaftar di kelas I, II, III dan juga tidak membedakan apakah peserta dari penerima bantuan iuran jaminan kesehatan maupun bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Peserta BPJS kesehatan akan mendapatkan jumlah obat, kualitas obat, pelayanan oleh tenaga medis yang sama. Yang membedakan dari peserta BPJS kesehatan adalah fasilitas kesehatan.



Sumber : BPJS Kesehatan

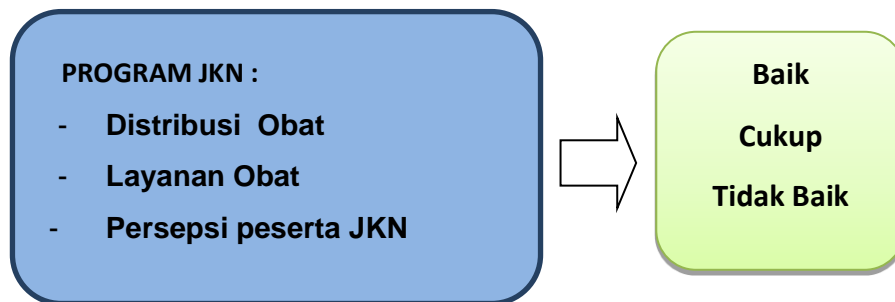
**Gambar 1.** Skema Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

### 2.3 Kerangka kerja penelitian

Penelitian kualitas layanan bersifat subyektif. Oleh karenanya, kenyamanan dan keterbukaan informan dalam memberikan data yang dibutuhkan dalam penelitian memegang peranan vital. Pendekatan personal untuk membangun ikatan kepercayaan dan kejelasan tujuan menjadi salah satu tolok ukur apakah informasi yang didapatkan memiliki kualitas yang memadai. Secara garis besar *setting* penelitian dijabarkan dalam paragraf berikut.

Informan dari peserta JKN yang memanfaatkan layanan rawat jalan diwawancarai ketika selesai mendapatkan layanan obat di instalasi farmasi RSUD sedangkan informan rawat inap diwawancarai di bangsal perawatan dengan terlebih dahulu menanyakan kesediaannya untuk diwawancarai. Wawancara dilakukan dengan memperkenalkan terlebih dahulu tentang maksud dan tujuan penelitian serta memberikan jaminan kerahasiaan identitas kepada informan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan bahasa/istilah lokal untuk menghindari bias pemahaman. Untuk mendapatkan keyakinan bahwa data yang diberikan dapat menjawab tujuan penelitian dilakukan penggalan informasi mengenai berapa lama telah menjadi peserta JKN, telah berapa kali memanfaatkan layanan JKN serta pengalaman terdahulu sebelum menjadi peserta

JKN. Wawancara dilakukan secara terbuka dan diketahui oleh pasien lainnya. Peran perawat RSUD dalam pengumpulan data ini sebatas memperkenalkan peneliti kepada pasien dan setelahnya memberikan *space* yang cukup kepada peneliti untuk mewawancarai pasien.



**Gambar 2.** Kerangka kerja penelitian secara umum

Peneliti berpendapat bahwa persepsi peserta JKN terhadap layanan obat dipengaruhi pengalamannya terhadap empat indikator, yaitu:

1. Indikator ketersediaan obat. Maksud dari indikator ini adalah untuk menggali informasi apakah peserta JKN pernah mengalami kasus dimana obat yang diresepkan oleh tenaga kesehatan tidak tersedia dari instalasi farmasi RSUD. Pertanyaan ini juga ditanyakan kepada informan apabila pernah mengalami hal yang serupa ketika masih terdaftar sebagai peserta skema jaminan kesehatan sebelumnya.
2. Indikator pengeluaran biaya tambahan obat. Maksud dari pertanyaan ini adalah untuk mendapatkan gambaran apakah program JKN memberikan efek terhadap pengeluaran biaya tambahan obat peserta dibandingkan dengan skema jaminan kesehatan sebelumnya.
3. Indikator jenis dan jumlah obat yang diberikan. Tujuan menggali informasi ini untuk mendapatkan kejelasan terkait logistik layanan obat.
4. Indikator kemudahan memperoleh obat resep yang dioperasionisasikan dalam bentuk pertanyaan menebus obat lebih dari satu tempat.

Pemilihan keempat indikator ini didasari oleh fakta empiris bahwa sesuatu dipersepsikan berkualitas dalam masyarakat lokal penelitian apabila produk atau jasa tersebut dapat diperoleh dengan mudah, murah, dalam jumlah yang wajar menurut harga yang dibayarkan dan jenis yang diterima sesuai yang di-iklan-kan. Selain fakta empiris, keempat indikator tersebut termasuk dalam *Usability Concept* yang dipergunakan dalam menilai kualitas layanan kesehatan (Haron, Hamid, & Talib, 2012).



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang dilengkapi dengan deskriptif kuantitatif. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan bulan September 2015 di RSUD Kota Prabumulih dan RSUD Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan.

#### **3.2 Pemilihan responden, Informan dan Teknik Pengumpulan Data**

##### **3.2.a Pemilihan responden**

Responden merupakan peserta JKN yang dipilih berdasarkan metode *incidental sampling*. Jumlah responden sebanyak 80 orang dengan pembagian 40 orang per RSUD. Namun, jumlah akhir responden yang digunakan dalam analisis sebanyak 66 orang terdiri dari 36 orang di RSUD 'A' dan 30 orang di RSUD 'B'. Pengurangan jumlah responden diakibatkan adanya sebagian data yang hilang (*missing value*).

Pada saat pengajuan protokol Penelitian, lokasi yang akan diambil adalah RSUD Kota Palembang dan RSUD Kabupaten Banyuasin, Oleh karena RSUD Kota Palembang mempunyai kesibukan dan baru selesai dilakukan penilaian akreditasi maka pihak RSUD Kota Palembang tidak bersedia menjadi lokasi penelitian. Tempat penelitian kemudian dialihkan ke RSUD Kota Prabumulih.

##### **3.2.b Pemilihan informan**

Informan dipilih berdasarkan pertimbangan kompetensi dan relevansi. Informan penelitian terdiri dari:

1. RSUD 'A':
  - a. Kepala Instalasi Farmasi RSUD 'A'
  - b. Kepala Bagian Administrasi dan Umum
  - c. Petugas instalasi Farmasi
2. RSUD 'B':

- a. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang
- b. Kepala Bidang Keperawatan
- c. Kepala Bagian Administrasi dan Umum
- d. Petugas Instalasi farmasi
- e. Petugas BPJS Kesehatan Center

Penelitian ini menggunakan informan yang berasal dari peserta BPJS Kesehatan dan Tenaga Kesehatan dari RSUD sebagai mitra BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan dipilih secara *purposive sampling* di instalasi farmasi RSUD (bagi yang memanfaatkan layanan rawat jalan) dan di bangsal perawatan (bagi yang memanfaatkan layanan rawat inap). Informan tenaga kesehatan dari RSUD yang dipilih sebagai sumber informasi adalah karyawan yang bertugas di bagian Pelayanan Medik, BPJS Kesehatan Center dan Perawat. Selain informan yang telah disebutkan sebelumnya, penelitian ini juga memanfaatkan data sekunder yang berasal dari pustaka primer (jurnal) dan publikasi institusi yang dapat diverifikasi. Data primer dikumpulkan melalui wawancara terstruktur yang dilengkapi dengan observasi proses layanan obat di Instalasi Farmasi.

Jumlah informan dari petugas RSUD berjumlah satu orang untuk setiap jabatan di RSUD sedangkan informan yang berasal dari peserta JKN berjumlah 5 orang.

### **3.3 Validasi Data**

Validasi data menggunakan triangulasi sumber dan Triangulasi metode. Triangulasi sumber: data diperoleh dari berbagai sumber yaitu dari Pasien/keluarga, Petugas Kesehatan dan Petugas pemberi pelayanan. Triangulasi metode: data diperoleh dengan menggunakan 3 metode yaitu: wawancara mendalam, kuisioner, dan telaah dokumen.

### **3.4 Manajemen data**

Data kualitatif yang didapat dari wawancara mendalam di-*record* dalam catatan harian penelitian (*logbook*) dan selanjutnya dikodifikasi menurut tema atau substansi untuk kemudian dibentuk matrik sehingga didapat perbandingan yang tetap/konstan.

### **3.5 Teknik Pengolahan Data**

Data diolah seketika setelah didapatkan dalam bentuk kodifikasi dan dilakukan triangulasi secara berkesinambungan. Hasil kodifikasi kemudian dipetakan untuk melihat tipologi dan alur hubungan yang terbentuk melalui perbandingan data dari informan untuk mencari persamaan dan perbedaannya. Sebagai bahan pijakan sekaligus pisau analisis bila perlu digunakan teori-teori yang relevan dan hasil penelitian terdahulu yang mendukung.

Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu, diperoleh data yang dianggap kredibel. Aktivitas dalam analisis data yaitu :

#### **1. Data Reduction**

Reduksi data adalah proses analisis untuk memilih, memusatkan perhatian, menyederhanakan, mengabstraksikan serta mentransformasikan data yang muncul dari catatan-catatan lapangan.

#### **2. Data Display**

Setelah data direduksi, langkah analisis selanjutnya adalah penyajian (*display*) data. Penyajian data diarahkan agar data hasil reduksi terorganisasikan, tersusun dalam pola hubungan, sehingga makin mudah dipahami.

#### **3. Conclusion drawing/Verification**

Langkah berikutnya dalam proses analisis data kualitatif adalah menarik kesimpulan berdasarkan temuan dan melakukan verifikasi data. Kesimpulan awal

yang dikemukakan masih bersifat sementara dan akan berubah bila ditemukan bukti-bukti kuat yang mendukung tahap pengumpulan data berikutnya. Proses untuk mendapatkan bukti-bukti inilah yang disebut sebagai verifikasi data. Apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang kuat dalam arti konsisten dengan kondisi yang ditemukan saat peneliti kembali ke lapangan maka kesimpulan yang diperoleh merupakan kesimpulan yang kredibel.

### **3.6 Pemeriksaan Keabsahan Data**

Triangulasi data dilakukan dengan mencocokkan data tema yang sama dengan metode pengumpulan data yang berbeda (membandingkan hasil wawancara dengan jawaban dalam kuesioner).



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1 Gambaran Umum Responden

Sebanyak 66 orang total responden terdiri dari 24 orang laki-laki dan 42 orang perempuan ditanyai untuk mendapatkan gambaran data kuantitatif. Mayoritas responden di kedua RSUD adalah responden perempuan dengan perincian 24 orang (66,7%) di RSUD A dan 18 orang (60%) di RSUD B. Ditinjau dari usia, mayoritas berada di usia 50-59 tahun (35,48%) dengan rerata usia 44,61 tahun dalam rentang usia 18 – 84 tahun. Rerata usia di kedua RSUD relatif berimbang, RSUD A 45,06 tahun dan RSUD B 44,00 tahun. Terkait tingkat pendidikan responden, 61,1% di RSUD A dan 66,7% di RSUD B memiliki tingkat pendidikan menengah dan pendidikan tinggi 11,1% (RSUD A) dan 10% (RSUD B). Sedangkan distribusi pekerjaan responden ditabulasikan dalam Tabel 1 dengan mayoritas pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga.

**Tabel 1.** Distribusi pekerjaan responden berdasarkan pengakuan

Jenis Pekerjaan	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
<i>Tidak menyebutkan</i>	16,7	13,3	15,2
Apoteker	5,6	0	3,0
Bidan PTT	0	6,7	3,0
Buruh	0	6,7	3,0
Pedagang/wiraswasta	11,2	0	6,0
Ibu Rumah Tangga	33,3	33,3	33,3
Pelayar	5,6	0	3,0
Petani	11,1	20,0	15,2
PNS	0	13,3	6,1
Sopir	5,6	0	3,0
Karyawan Swasta	11,1	6,7	9,1
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

**Tabel 2.** Distribusi responden berdasarkan fasilitas

kesehatan yang digunakan			
Fasilitas Kesehatan	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
Instalasi rawat inap			
Bangsas Umum	11,1	6,7	9,1
Bedah	0	13,3	6,1
Pediatri	0	6,7	3,0
Penyakit Dalam	16,7	20,0	18,2
Neonatus	0	6,7	3,0
Poliklinik (Rawat Jalan)			
poli anak	5,6	6,6	6,1
poli bedah	11,1	6,7	9,1
poli kebidanan	5,6	0	3,0
poli penyakit dalam	33,3	20,0	27,2
Missing	16,6	13,3	15,2
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

Secara garis besar, responden mayoritas memanfaatkan fasilitas perawatan penyakit dalam. Keluhan kesehatan yang dikaitkan dengan penyakit dalam muncul sebagai mayoritas baik di RSUD A maupun di RSUD B. Item Bangsal Umum dalam Tabel 2 dimaksud adalah ruang perawatan yang dikhususkan untuk peserta JKN di RSUD A dan tidak dibagi ke dalam jenis penyakit.

**Tabel 3.** Jenis jaminan kesehatan sebelumnya yang dimiliki oleh responden

Jenis Jaminan Kesehatan Sebelumnya	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
Tidak ada (peserta baru JKN)	66,7	73,3	69,7
Askes	5,6	20,0	12,1
Asuransi dari perusahaan	5,6	0	3,0
Jamkesmas	0	6,7	3,0
Jamsoskes	16,7	0	9,1
Jamsostek	5,6	0	3,0
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

Sebesar 69,7% responden merupakan peserta baru dalam JKN yang menandakan bahwa program JKN setidaknya dapat meningkatkan proporsi warga negara yang terlindungi sesuai dengan tujuan dari SJSN. Data penelitian juga menunjukkan JKN diaplikasikan oleh pemangku kepentingan untuk mengintegrasikan jaminan kesehatan yang ada sebelumnya. Perihal pemanfaatan JKN dalam tiga bulan terakhir dapat dilihat dalam Tabel 4 sedangkan Tabel 5 menampilkan lama kepesertaan dalam JKN.

**Tabel 4.** Pemanfaatan JKN dalam 3 bulan terakhir sebelum survei

pemanfaatan JKN 3 bulan terakhir	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
1	41,7	63,6	51,7
2	33,3	9,1	22,3
3	8,3	18,2	12,8
4	0	9,1	4,1
6	16,7	0	9,1
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

**Tabel 5.** Lama kepesertaan JKN

lama keanggotaan JKN (bulan)	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
2	0	7,7	3,5
3	6,7	0	3,7
6	13,3	0	7,3
7	6,7	0	3,7
8	0	15,4	7,0
10	0	7,7	3,5
≥12	73,4	69,2	71,5
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

## 4.2. Gambaran Distribusi Obat

Distribusi obat yang dimaksud dalam penelitian ini dimaknai sebagai bagaimana pihak RSUD menyediakan obat, menyimpan obat sementara dan menyerahkan obat tersebut kepada pasien. Terkait dengan penyediaan obat di RSUD memiliki kaitan dengan tingkat permintaan dan ketersediaan obat di gudang farmasi. Dalam perencanaan, tingkat permintaan umumnya diestimasi dari pola permintaan sebelumnya. Artinya RSUD harus melakukan pembaharuan data sediaan obat yang dimiliki secara berkala. Untuk mendapatkan gambaran bagaimana penyediaan obat di RSUD diketahui dari wawancara dengan petugas apotik sebagaimana berikut (kata atau kalimat di dalam tanda kurung merupakan tambahan dari peneliti):

“Permintaan obat berlangsung dengan alur: laporan keadaan obat berasal dari petugas yang menangani stok obat, kemudian laporan (keadaan stok obat - pen) diteruskan kepada Kepala Instalasi (farmasi). Kepala Instalasi (kemudian) membuat nota dinas (permintaan sediaan obat) kepada Kepala Rumah Sakit melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis. Setelah (permintaan sediaan obat) mendapat persetujuan dari Kepala RS (petugas mengestimasi waktu paling lama dua minggu), kemudian (bagian *purchasing*) melakukan pemesanan melalui *e-catalog* (bila terdapat dalam DPHO), dan pemesanan obat langsung kepada provider (apabila tidak terdapat dalam DPHO). Lama waktu pemenuhan tergantung jenis obat, bisa empat atau lima hari (atau) bisa lebih dari dua minggu.” **(RSUD A)**

“Pemesanan obat belum menggunakan *e-catalog*, (pemesanan obat) dilakukan melalui PBF (Penyalur Besar Farmasi) dan untuk harga (pembelian obat) kami mengacu pada harga yang telah ditetapkan (oleh) pemerintah. Kami hanya menunggu tiga atau empat hari untuk sampainya obat (yang dipesan).” **(RSUD B)**

Hasil wawancara menunjukkan bahwa manajemen penyediaan obat di RSUD A dapat dikatakan relatif lebih baik dari RSUD B. Setelah proses penyediaan obat, langkah selanjutnya dalam penyediaan obat adalah bagaimana RSUD melakukan penyimpanan obat sementara sebelum diserahkan kepada pasien. Kegiatan penyimpanan obat sementara tentunya terkait dengan kapasitas gudang farmasi yang dimiliki.

“Kami mempunyai gudang penyimpanan obat tetapi obat akan dikirim secara bertahap setiap tiga bulan sekali kecuali ada (sediaan) obat yang habis sebelum waktunya (maka) perlu permintaan khusus (untuk segera dikirimkan).” (**RSUD A**)

“(Sediaan) obat yang kami pesan sesuai dengan kebutuhan dan disimpan di gudang obat yang kami punya, (sediaan) obat yang jumlahnya besar (menggunakan tempat yang luas) di pesan secara bertahap.” (**RSUD B**)

Meskipun peneliti tidak secara khusus menanyakan luas dan kapasitas gudang farmasi yang dimiliki oleh setiap RSUD, namun berdasarkan pengakuan dari Kepala Bagian Administrasi dan Umum RSUD B kapasitas gudang farmasi yang dimilikinya relatif kurang memadai untuk penyimpanan sediaan obat yang dibutuhkan. Kompensasi dari kurangnya kapasitas gudang farmasi yang dimiliki oleh RSUD B nampaknya ditanggulangi dengan sistem pemesanan sediaan obat yang relatif dijaga agar tidak melampaui lima hari kerja.

Wawancara dengan Kepala Instalasi Farmasi RSUD A memberikan gambaran bagaimana penyerahan obat kepada pasien dilaksanakan di RSUD A. Instalasi farmasi RSUD A beroperasi selama 24 jam dengan waktu pelayanan di bagi dalam dua *shift*. *Shift* pertama berlangsung dari Jam 08.00 s.d. 15.00 wib sedangkan *shift* kedua mulai jam 15.00 s.d. 08.00 wib. Secara keseluruhan, layanan obat ditangani oleh 12 orang personil berasal dari PNS maupun honorer. Pengambilan obat bagi pasien rawat inap dilakukan sendiri oleh keluarga pasien. Perlakuan yang berbeda ditemukan di RSUD B dimana untuk pasien rawat inap pengambilan obat sepenuhnya oleh perawat. Sedangkan jam operasional RSUD B sama dengan jam operasional di RSUD A.

#### **4.3. Gambaran Layanan Obat**

Gambaran layanan obat di kedua RSUD dirinci berdasarkan indikator penelitian dijabarkan dalam sub-bab berikut.

##### **4.3.1 Ketersediaan obat**

Data penelitian menunjukkan bahwa 32,3% responden pernah mengalami pengalaman obat yang diresepkan tidak tersedia di instalasi farmasi RSUD.

Berdasarkan RSUD, proporsi responden yang pernah mengalami ketidaktersediaan obat di RSUD A lebih tinggi dibandingkan RSUD B.

**Tabel 6.** Distribusi Responden Pernah Mengalami Ketidaktersediaan obat di RSUD

Indikator	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
<b>pernah mengalami obat resep tidak tersedia</b>			
Ya	40,0	23,1	32,3
Tidak	60,0	76,9	67,7

Meskipun proporsi pasien yang mengalami ketidaktersediaan obat di RSUD B lebih baik dibandingkan dengan RSUD A, namun layanan obat di RSUD B relatif banyak dikeluhkan oleh pasien. Keluhan ini utamanya terkait dengan waktu tunggu di apotik.

“Setiap kali kami mengambil obat, obat (yang diresepkan) selalu ada di Apotik. (te)tapi terkadang kami harus menunggu cukup lama, kira-kira ½ sampai 2 jam.” **(Pasien X RSUD B)**

Adanya keluhan pasien terhadap waktu tunggu di RSUD B diamini oleh petugas apotik RSUD B:

“Obat (yang diresepkan) selalu tersedia, sebab stok obat selalu terjaga (jumlah dan jenisnya), yang menjadi permasalahan adalah waktu tunggu obat. Karena kami mendengar banyak keluhan dari pasien yang menunggu cukup lama. (Hal ini terjadi) karena resep pasien rawat jalan digabung dengan resep obat rawat inap (dan dilayani dalam satu loket). Solusi dari pihak RS adalah (dengan) mengalokasikan dana untuk membangun ruang apotik yang baru sehingga antara resep pasien rawat inap dan rawat jalan (pelayanan obatnya akan) dipisahkan, dengan harapan akan mempersingkat waktu tunggu obat.” **(Petugas RSUD B)**

Perihal ketidaktersediaan obat yang diresepkan di RSUD A diwakili oleh pernyataan berikut:

“(Bagi peserta JKN) di BPJS (kesehatan) sering obatnya tidak ada atau habis sehingga perlu menebus (obat yang di)resep(kan) di



luar (apotik RSUD A). (Saya) lebih menyukai (menjadi peserta) askes dari pada (menjadi peserta) BPJS (Kesehatan), disamping lebih cepat dalam pelayanan, (men)apat(kan) obat lebih banyak, (dan) cukup untuk satu bulan untuk.” (**Pasien xy penderita penyakit jantung**).

“Obat (bagi peserta JKN) selalu tersedia, tetapi bila permintaan akan satu (jenis) obat terlalu banyak sehingga menyebabkan obat yang dibutuhkan kosong (tidak tersedia) maka harus menunggu pesanan berikutnya. Bila Obat yang diresepkan kosong maka akan diberikan resep untuk dibeli diluar apotik RSUD.” (**Petugas RSUD A**).

Hal senada juga diutarakan oleh Kepala Instalasi Farmasi RSUD A yang memperkuat informasi petugas apotik terkait regulasi RSUD A terkait pelayanan obat yang tidak tersedia:

“Pada saat obat tertentu dalam kondisi kosong tetapi diperlukan pasien maka pasien tersebut diarahkan untuk beli diluar (diapotik 24 Jam) yang ada disekitar RSUD, walaupun tidak ada di apotik tersebut, maka akan disarankan ke apotik yang berada lumayan jauh dari RSUD (sekitar 10 km).”

#### 4.3.2 Keberadaan Tambahan Biaya Obat

Indikator adanya tambahan biaya dalam menebus obat yang diresepkan memiliki kaitan dengan ketersediaan obat di RSUD. Proporsi responden yang pernah mengeluarkan biaya tambahan dalam memperoleh obat resep berbanding lurus dengan proporsi responden yang pernah mengalami ketidaktersediaan obat yang diresepkan di setiap RSUD.

**Tabel 7.** Distribusi Responden Pernah Mengalami Menambah Biaya Dalam Menebus Resep Obat

Indikator	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
<b>pernah mengalami mengeluarkan biaya obat tambahan</b>			
Ya	20,0	15,4	17,9
Tidak	80,0	84,6	82,1

sumber: data primer, diolah

“Obat (yang diresepkan) sering habis sehingga harus beli diluar dengan nantinya ada penggantian biaya, hanya saja sering terjadi selisih harga yang cukup besar antara harga obat di apotik luar dengan standar yang ada di RSUD.” (**Pasien RSUD A**).

“Bagi pemegang kartu BPJS (Kesehatan), apabila obat yang diresepkan tidak ada dalam DPHO, akan diberikan resep yang harus dibeli diluar, dan nantinya diganti biayanya oleh (bagian) administrasi di RSUD (mengikuti dengan standar yang berlaku). Memang sering terjadi perbedaan harga antara obat yang dijual di apotik luar RSUD dengan standar harga obat BPJS (Kesehatan) yang berlaku, sehingga kadang-kadang masyarakat memang harus membayar lebih.” (**Petugas RSUD A**)

Dua petikan wawancara menunjukkan keabsahan dari adanya biaya tambahan yang dikeluarkan oleh peserta JKN untuk memperoleh obat yang diresepkan. Perihal adanya tambahan biaya dalam memperoleh obat resep di RSUD B belum diketahui secara pasti penyebabnya.

#### 4.3.3. Kesesuaian Jenis Obat

Kesesuaian jenis obat yang diberikan dengan obat yang diresepkan merupakan salah satu indikator dalam SPM yang ditetapkan oleh Kemenkes. Besarnya proporsi responden yang pernah mengalami jenis obat yang diberikan tidak sesuai dengan resep ditenggarai oleh kurang fahamnya responden dengan jenis obat dalam nama generic. Responden beranggapan penggantian resep menandakan obat yang diberikan tidak sesuai kebutuhan. Namun dalam praktiknya penggantian resep yang dimaksud adalah resep untuk menebus obat di apotik luar RSUD, bukan penggantian substansi dari jenis bahan aktif obat tersebut.

**Tabel 8.** Distribusi Responden Pernah Mengalami Jenis obat resep tidak sesuai dengan resep yang diberikan

Indikator	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
<b>pernah mengalami jenis obat resep tidak sesuai resep</b>			
Ya	8,3	8,3	8,3
Tidak	91,7	91,7	91,7

“Obat yang diberikan sesuai resep, tapi bila obatnya tidak ada, akan diberikan resep pengganti.” **(Pasien zy RSUD A).**

“Obat yang diberikan sesuai resep, tapi bila obatnya tidak ada, akan diberikan resep pengganti oleh Dokter ybs, dan kalau pasien tidak mau diganti obatnya, akan diberikan resep obat yang harus dibeli di luar RSUD.” **(Petugas RSUD A).**

“Oh ya pak, kami dapat obat yang sesuai dengan resep. Terkadang kami liat tulisan resep dokter walau kadang terbaca atau tidak dan kami tanya dengan perawatnya.” **(Pasien X RSUD B)**

“Obat yang diberikan sesuai resep.” **(Petugas RSUD B)**

#### **4.3.4. Kesesuaian Jumlah Obat**

Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang RSUD B, terkait pemberian jumlah obat yang diberikan mengatakan memang ada perbedaan antara skema JKN dengan Jaminan Kesehatan lainnya di masa lalu. Namun mengenai pemberian jumlah obat ini menjadi ranah kebijakan RSUD. Artinya, RSUD dapat saja memberikan jumlah lebih banyak dari yang seharusnya dengan pertimbangan tertentu tanpa merugikan penyelenggara JKN maupun pasien. Sebagai contoh beliau mengatakan untuk pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan jumlah obat untuk sebulan diberikan kebijakan dengan mencukupi jumlahnya meskipun secara regulasi diperlukan pengambilan obat dengan resep berulang. Sebagai solusi untuk menghindari kesulitan pasien melakukan penebusan obat secara berulang maka dijalankan kebijakan dua klaim obat: pertama, melalui skema dalam INA CBGs; kedua, klaim kepada BPJS Kesehatan untuk mencukupi kelebihan jumlah obat yang telah diberikan. Terdapat informasi yang cukup menarik bahwa adanya potensi kecemburuan atas disparitas pemberian jumlah obat antara peserta JKN dengan peserta Jamsoskes. Menurut beliau, regulasi dalam Jamsoskes tidak memberikan fleksibilitas klaim obat seperti halnya JKN sehingga untuk kasus penyakit kronis yang sama dan jumlah obat yang dibutuhkan sama maka peserta Jamsoskes tetap harus melakukan penebusan obat secara berulang.

**Tabel 9.** Distribusi Respon Pernah Mengalami Jumlah Obat Diberikan Tidak Sesuai Resep

Indikator	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
<b>pernah mengalami jumlah obat diberikan tidak sesuai resep</b>			
Ya	8,3	0	4,5
Tidak	91,7	100	95,5

“Obat yang diberikan jumlahnya sesuai dengan resep yang diberikan.” **(Pasien RSUD B)**

“Obat yang diberikan sesuai resep, tetapi ada pertimbangan untuk penyakit tertentu dan jarak yang jauh dari RS kita berikan obat lebih, itu juga kami koordinasikan dengan pihak BPJS (Kesehatan).” **(Petugas RSUD B)**

“Jumlah obat ada yang tidak sesuai resep, belum tiga hari obat yang diberikan sudah habis, tapi obat yang lain belum habis, tapi lupa nama obatnya.” **(Pasien RSUD A)**

“Jumlah obat yang diberikan memang sesuai resep, dan memang perlu dicek lagi saat obat diterima, apakah jumlah obatnya cukup atau kurang.” **(Petugas RSUD A)**

#### 4.3.5. Menebus obat di lebih satu tempat

Menebus obat dilebih dari satu tempat merupakan konsekuensi akhir dari ketidaktersediaan jenis obat yang dibutuhkan.

“Kalau obatnya ada, bisa cepat (waktu tunggu), lebih kurang 1 jam, apabila obat tidak ada, maka harus mengurus resep pengganti, dan sangat panjang alurnya, harus ke apotik pelengkap, ataupun apotik yang lebih besar diarah pusat kota.” **(Pasien)**

“Memang kalau obatnya tidak ada dalam persediaan, pasien harus menebus obat di apotik pelengkap yang ada diluar RSUD, tetapi jika di apotik pelengkap tersebut pun obat yang bersangkutan juga tidak ada, maka pasien harus menebus obat di apotik yang lebih besar di pusat kota.” **(Petugas RSUD A)**

**Tabel 10.** Distribusi pengalaman responden dalam menebus resep di RSUD

Indikator	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
pernah mengalami menebus obat resep di lebih satu tempat			
Ya	25,0	0	13,6
Tidak	75,0	100	86,4

sumber: data primer, diolah

#### 4.4. Persepsi Kepuasan Pasien Terhadap Layanan Obat

Secara garis besar, peserta JKN yang menggunakan faskes RSUD B relatif lebih puas atas layanan obat yang diterima dibandingkan dengan peserta JKN yang menggunakan faskes RSUD A.

**Tabel 11.** Distribusi responden berdasarkan kepuasan atas layanan obat

Puas atas layanan obat	Proporsi (%)		Total
	RSUD A (n = 36)	RSUD B (n = 30)	
Sangat puas	0	8,3	3,8
Puas	64,4	91,7	76,8
Cukup puas	14,3	0	7,8
Kurang puas	21,3	0	11,6
Total	100,0	100,0	100,0

sumber: data primer, diolah

Dirunut lebih rinci, ketidakpuasan peserta JKN terhadap layanan obat JKN kiranya diwakili oleh informasi yang diperoleh dari Ibu M (usia 40 tahun; menderita sakit jantung). Sebelumnya beliau merupakan peserta ASKES. Beliau lebih menyukai program ASKES dibandingkan JKN. Menurut beliau layanan obat program ASKES lebih cepat dalam pelayanan, mendapatkan obat lebih banyak dan cukup untuk 1 bulan. Dalam penilaiannya beliau mengatakan bahwa apresiasi masyarakat lebih tinggi terhadap ASKES dibanding JKN, bahkan dengan kartu ASKES lama (warna kuning) dia juga merasa lebih percaya diri. Selain itu, ketika berubah menjadi peserta JKN sering mengalami obatnya tidak ada/habis sehingga harus beli diluar. Meskipun diakuinya ada penggantian biaya, hanya saja sering terjadi selisih harga yang cukup besar antara harga obat di apotik luar dengan standar yang ada di RSUD A.

Ketidakpuasan Ibu M terhadap layanan obat peserta JKN di RSUD A dapat dimengerti. Namun besarnya proporsi ketidakpuasan peserta JKN terhadap layanan obat tidak mustahil muncul karena peserta JKN membandingkan pengalamannya dengan pengalaman peserta Jamsoskes. Seperti diutarakan oleh Tn. A (umur 35 tahun) yang menjadi peserta Jamsoskes mengungkapkan:

“Lebih enak pakai Jamsoskes, karena semuanya gratis, hanya tinggal mengurus ktp dan kartu keluarga (di) kelurahan dan (di) (ke)camat(an) (maksudnya surat keterangan tidak mampu sebagai syarat mendapat fasilitas Jamsoskes - pen). Apabila sudah diverifikasi, mereka dapat menggunakan Jamsoskes tersebut. Fasilitas yang didapat juga sama dengan yang menggunakan BPJS, dan obatnya juga selalu ada. Pelayanan yang mereka terima juga sama dengan kepesertaan asuransi lainnya. Tidak perlu bayar premi tiap bulan, semua ditanggung oleh pemerintah. BPJS juga tidak menguntungkan, karena, apabila ingin masuk menjadi peserta, harus seluruh anggota keluarga, ini memberatkan mereka yang tidak tetap pekerjaannya, karena harus membayar premi 25.000/orang/ bulan (untuk kelas 3).”

Hal senada tentang tidak adanya disparitas layanan obat bagi peserta JKN dan peserta non-JKN diungkapkan oleh Tn. D (umur 45 thn dan telah menjadi peserta JKN selama satu tahun):

“Pelayanan yang didapatkan sama saja. Pelayanan didapatkan setelah diperiksa dokter, kemudian menunggu resep yang harus ditebus.

Kalau obatnya ada, bisa cepat lebih kurang 1 jam, apabila obat tidak ada, maka harus mengurus resep pengganti, dan sangat panjang alurnya, harus ke apotik pelengkap, ataupun apotik yang lebih besar diarah pusat kota kabupaten. Keuntungannya hanya tidak repot mengurus kartu tertentu, tetapi kalau tidak berobat, uang tidak dapat diambil kembali. Ini cukup memberatkan ekonomi keluarga (beliau memiliki 4 orang anak, semuanya masuk menjadi anggota dan harus bayar iuran 150.000/bulan - pen).”



## BAB V

### PEMBAHASAN

Menilik dari hasil wawancara dengan informan penelitian, nampaknya persediaan obat sangat bergantung kepada sistem pelaporan dari bagian farmasi. Hasil wawancara tidak mengindikasikan adanya turut campur dari BPJS Kesehatan mengenai persediaan item jenis obat. Kendali BPJS Kesehatan terkait dengan layanan obat bagi peserta JKN terbatas kepada ketentuan jenis dan jumlah yang tertera dalam INA CBGs atau ketentuan dalam DPOH. Oleh karenanya, distribusi obat mejadi kewenangan RSUD sebagai mitra BPJS Kesehatan. hasil penelitian menunjukkan bahwa program JKN yang ada belum dapat menjamin sepenuhnya ketersediaan obat bagi pasien.

Secara umum Program JKN memang memberikan perbaikan dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. JKN secara prinsip digolongkan sebagai *universal coverage*. Adanya ketimpangan dari layanan obat yang ditemui dilapangan merupakan problem klasik dari sistem *universal coverage*. Konsep *universal coverage* mengasumsikan bahwa sarana dan prasarana yang mendukung sistem telah tersedia. Apabila asumsi ini tidak terpenuhi maka terciptalah ketimpangan (Palmer, 2008). Sejauh telaahan yang dilakukan, peraturan menjadikan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN bertindak sebagai *service purchaser* bukan *service provider*. Artinya, kebijakan mengenai jenis layanan yang diberikan dalam JKN (termasuk sediaan obat) menjadi domain fasilitas kesehatan yang menjadi mitra BPJS Kesehatan. Hal ini menimbulkan perbedaan layanan obat dari satu fasilitas kesehatan dengan fasilitas kesehatan lainnya.

Meskipun faskes yang menjadi lokasi penelitian keduanya merupakan RSUD, namun perbedaan kemampuan anggaran belanja daerah dan status kewilayahan merupakan factor penting yang menentukan kualitas layanan obat. Pola berobat pasien secara nyata menurut pengakuan dan fakta empiris dipengaruhi oleh aktifitas perdagangan masyarakat. Adanya lonjakan pasien di hari *kalangan* (hari berkumpulnya masyarakat di kawasan pinggir perkotaan/pusat

kecamatan untuk aktifitas perdagangan dan rekreasi) memberikan kesulitan dalam manajemen perencanaan dan penyediaan obat.

Program JKN, sebagaimana telah diprediksikan oleh sebagian ahli, menimbulkan lonjakan kunjungan pasien sesaat. Program JKN memberikan peluang bagi masyarakat untuk berobat langsung ke RSUD berbekal keterangan rujukan dari faskes tingkat pertama. Masih lemahnya sarana dan prasarana faskes tingkat pertama, utamanya di wilayah kabupaten, merupakan salah satu faktor pemicu dari melonjaknya kunjungan di RSUD. Lonjakan kunjungan sesaat tentu saja tidak dapat diantisipasi dengan cepat oleh manajemen RSUD sehingga efek paling nyata yang dirasakan oleh peserta JKN adalah semakin lamanya waktu tunggu di layanan obat.

Persoalan yang mungkin timbul (tidak hanya terkait obat), seperti diceritakan oleh petugas BPJS Center dari mitra RSUD dan dikonfirmasi oleh Kepala Bagian Pelayanan Medik adalah sistem pelaksanaan BPJS (pada saat data dikumpulkan) tidak memberlakukan adanya kepesertaan otomatis dari anak yang dilahirkan dari ibu peserta JKN jenis PBI. Apabila terjadi kasus dimana neonatus dari ibu peserta JKN jenis PBI membutuhkan layanan kesehatan diluar paket persalinan yang dijamin maka pihak RSUD merujuk kepada jamkesda. Dalam hal ini maka JKN tidak memberikan fleksibilitas seperti halnya jamkesda. Namun demikian, menurut informasi yang diberikan dari petugas BPJS Kesehatan Center, calon ibu dapat melaporkan terlebih dahulu tentang kelahiran sehingga dapat diantisipasi permasalahan neonatus yang mungkin muncul.

Hasil penelitian ini harus dicermati dengan baik dikarenakan program JKN masih dalam tahap awal (kurang dari dua tahun pelaksanaan). Oleh karenanya hasil kuantitatif dapat menimbulkan bias dikarenakan tidak dikontrolnya nilai yang dihasilkan berdasarkan lama kepesertaan dan frekuensi penggunaan peserta JKN terhadap faskes yang ada.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **6.1 KESIMPULAN**

- 1) Distribusi obat merupakan domain dari RSUD sebagai fasilitas kesehatan mitra dari BPJS Kesehatan. Oleh karena, terdistribusi dengan baik atau tidak bagi peserta JKN menjadi tanggung jawab dari RSUD.
- 2) Program JKN belum sepenuhnya dapat menjamin ketersediaan obat bagi pesertanya. Ketidaktersediaan jenis obat memberikan efek rantai terhadap layanan obat secara keseluruhan.
- 3) Efek rantai dari manajemen distribusi dan layanan obat memberikan tingkat kepuasan responden yang berbeda dari satu fasilitas kesehatan dengan fasilitas kesehatan lainnya. Secara umum, peserta JKN merasa puas atas layanan obat yang diterima.

#### **6.2 REKOMENDASI**

1. Pihak RSUD perlu meeningkatkan manajemen distribusi dan perencanaan persediaan obat, tidak hanya untuk peserta JKN, namun juga secara keseluruhan.
2. BPJS Kesehatan kiranya perlu melakukan upaya untuk meminimalisir ketimpangan layanan di faskes yang menjadi mitra dalam pelayanan kesehatan. Salah satunya dengan mengevaluasi kemampuan fasilitas kesehatan dalam menyediakan obat.
3. Hasil penelitian masih dalam fase awal sehingga dapat ditindaklanjuti dalam penelitian yang memfokuskan kepada studi komparasi layanan obat bagi peserta JKN dan Jamsoskes (Jamkesda).

## DAFTAR PUSTAKA

1. Alderman, H., & Lavy, V: Household Responses to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs. *the World Bank Research Observer*, vol. 11, no. 1: 3-22, 1996.
2. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Pemetaan Penelitian Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2015 – 2019. Jakarta, 2014
3. Haron, S.N., Hamid, M.Y., & Talib, A. Towards Healthcare Service Quality: An Understanding of the Usability Concept in Healthcare Design. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 42: 63-73, 2012.
4. Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, I.T : the Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction, Repurchase Intentions and Word-of-Mouth Communication in the Public Healthcare Industry. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 148: 161-169, 2014.
5. Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. : Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 380: 933-43, 2012.
6. Palmer, N : Access and equity: Evidence on the extent to which health services address the needs of the poor. In S.Bennett, L.Gilson, & A. Mills (Eds.). *Health, Economic Development and Household Poverty: from understanding to action* (pp. 61-74). Routledge, 2008.
7. Undang- Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945
8. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional  
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
9. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

# **LAMPIRAN**

## **Lampiran 1. BIODATA TIM PENELITIAN**

### **KETUA PENELITIAN**

Nama : Ns. Darul Udwan, M.Si  
Alamat : Komp. Srigading No. A/11 Banyuasin  
Pendidikan : S2 Pemerintahan  
Riwayat pekerjaan : 1. Balitbangnovda Prov. Sumsel.  
2. Badan Penanggulangan Bencana Daerah  
Prov. Sumsel  
3. RS. Ernaldi Bahar  
email : [daruludwan@gmail.com](mailto:daruludwan@gmail.com)

### **PENELITI 1**

Nama : Ns. Irni Novitha, MPH  
Alamat : Jl. Bendung no 1377 RT 20 Sekip Ujung  
Palembang  
Pendidikan : S2 Kesehatan Masyarakat  
Riwayat pekerjaan : 1. Balitbangnovda Prov. Sumsel.  
2. Badan Narkotika Nasional Prov. Sumsel.  
3. RS. Ernaldi Bahar.  
email : [irninovitha@gmail.com](mailto:irninovitha@gmail.com)

### **PENELITI 2**

Nama : Dian Novriadhy, ST, M.Si  
Alamat : Jl. Demang Lebar Daun No. 4864  
Pendidikan : S2 Kependudukan  
Riwayat pekerjaan : Balitbangnovda Prov. Sumsel  
email : [dian.novriadhy@gmail.com](mailto:dian.novriadhy@gmail.com)

### **TEKNISI**

Nama : Salmah, S.Kep  
Alamat : Jl. Demang Lebar Daun No. 4864  
Pendidikan : S1 Keperawatan  
Riwayat pekerjaan : 1. Balitbangnovda Prov. Sumsel  
2. RS. Ernaldi Bahar  
email : [SalmahS.Kep@gmail.com](mailto:SalmahS.Kep@gmail.com)

## Lampiran 2.



### KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (Website) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

#### PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)

Nomor : LB.02.01/5.2/KE. 161 /2015

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

#### **"Analisis Layanan Obat Bagi Peserta Program JKN di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Palembang dan Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan"**

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

**Ns. Darul Udwan, M.Si.**

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimum selama 1 (satu) tahun.

Selama penelitian berlangsung, laporan kemajuan (setelah 50% penelitian terlaksana) harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 13 Maret 2015

Ketua  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Badan Litbang Kesehatan,

Prof. Dr. M. Sudomo



### **Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari RSUD**

## Foto Aktivitas Penelitian





















## LAMPIRAN 2. MATRIKS WAWANCARA

No	Keyword	RSUD A	RSUD B
1	Pemesanan obat	Permintaan obat berlangsung dengan alur: laporan keadaan obat berasal dari petugas yang menangani stok obat, laporan diteruskan ke kepala instalasi. Kepala instalasi membuat nota dinas kepada kepala Rumah Sakit melalui Kepala bidang pelayanan medis. Setelah mendapat persetujuan dari kepala RS (paling lama 2 minggu), kemudian melakukan pemesanan melalui e catalog (bila terdapat dalam DPOH), dan pemesanan obat langsung kepada provider.	Pemesanan obat dilakukan melalui pemesanan ke PBF (penyalur Besar Farmasi) dan untuk harga kami mengacu pada harga yang ada di e-catalog.
2	Waktu sampai obat	Lama waktu pemenuhan tergantung jenis obat, bisa 4-5 hari, bisa lebih dari 2 minggu.	Kami hanya menunggu 3-4 hari untuk sampainya obat.
3	Stok Obat	Kami mempunyai gudang penyimpanan obat tetapi obat akan dikirim secara bertahap setiap 3 (tiga) bulan sekali kecuali ada obat yang habis sebelum waktunya perlu permintaan khusus.	Obat yang kami pesan sesuai dengan kebutuhan dan disimpan di gudang obat yang kami punya, obat yang jumlahnya besar (menggunakan tempat yg luas) di pesan secara bertahap.

**2). Gambaran layanan obat bagi Peserta JKN di RSUD.**

No	Keyword	RSUD A	RSUD B
1	Persediaan obat	Di BPJS sering obatnya tidak ada/habis,sehingga perlu menebus resep diluar. Lebih menyukai askes dari pada BPJS, disamping lebih cepat dalam pelayanan, dapat obat lebih banyak,cukup untuk 1 bulan (bagi penderita penyakit jantung)	Setiap kali kami mengambil obat, obat selalu ada di Apotik. Tapi terkadang kami harus menunggu cukup lama, kira-kira ½ sampai 2 jam.
		Obat selalu tersedia, tetapi bila permintaan akan satu obat terlalu banyak, sehingga menyebabkan obat ybs kosong, maka harus menunggu pesanan berikutnya. Bila Obat yang diresepkan kosong, maka akan diberikan resep untuk dibeli diluar RS.	Obat selalu tersedia, sebab stok obat selalu terjaga. Yang menjadi permasalahan adalah waktu tunggu obat. Karena kami mendengar banyak keluhan dari pasien yang menunggu cukup lama dan pihak RS telah mengalokasikan dana untuk membangun ruang apotik yg baru sehingga antara resep pasien rawat inap dan rawat jalan dipisahkan, sehingga akan memperingkat waktu tunggu obat.
2	mengeluarkan biaya tambahan	Obat sering habis, sehingga harus beli diluar, dengan nantinya ada penggantian biaya, hanya saja sering terjadi selisih harga yang cukup besar antara harga obat di apotik luar dengan standar yang ada di RS.	Tidak ada pak, Tidak ada biaya tambahan yang kami keluarkan untuk beli obat.

		Bagi pemegang kartu BPJS, Apabila obat yang diresepkan tidak ada dalam DPOH, akan diberikan resep yang harus dibeli diluar, dan nantinya diganti biayanya oleh administrasi di RS (dengan standar yg berlaku). Memang sering terjadi perbedaan harga antara obat yang dijual di apotik luar RS dengan standar harga obat BPJS yang berlaku, sehingga kadang- kadang masyarakat memang harus membayar lebih	Kami berusaha menyiapkan obat yang di butuhkan pasien dan menjaga jangan sampai stok obat habis.
3	obat tidak sesuai resep	Obat yang diberikan sesuai resep, tapi bila obatnya tidak ada,akan diberikan resep pengganti.	Oh ya pak, kami dapat obat yang sesuai dengan resep. Terkadang kami liat tulisan resep dokter walau kadang terbaca atau tidak dan kami tanya dengan perawatnya.
		Obat yang diberikan sesuai resep, tapi bila obatnya tidak ada,akan diberikan resep pengganti oleh Dokter ybs, dan kalau pasien tidak mau diganti obatnya, akan diberikan resep obat yang harus dibeli di luar RS.	obat yang diberikan sesuai resep
4	jumlah obat diberikan tidak sesuai resep/ganti obat	Jumlah obat ada yang tidak sesuai resep, belum tiga hari obat yang diberikan sudah habis, tapi obat yang lain belum habis, tapi lupa nama obatnya	Obat yang diberikan jumlahnya sesuai dengan resep yang diberikan,

		Bisa saja jumlah obat yang diberikan memang sesuai resep, dan memang perlu dicek lagi saat obat diterima	Obat yang diberikan sesuai resep, tetapi ada untuk penyakit tertentu dan jarak yang jauh dari RS kita berikan obat lebih, itu juga kami koordinasikan dengan pihak bpjs.
5	menebus obat lebih dari satu tempat	Kalau obatnya ada, bisa cepat, lebih kurang 1 jam, apabila obat tidak ada, maka harus mengurus resep pengganti, dan sangat panjang alurnya, harus ke apotik pelengkap, ataupun apotik yang lebih besar diarah pusat kota kabupaten.	Tidak pernah, hanya di RS.
		Memang kalau obat nya tidak ada dalam persediaan, pasien harus menebus obat di apotik pelengkap yang ada diluar RS, tetapi jika diapotik pelengkap tersebut pun obat Ybs juga tidak ada, maka pasien harus menebus obat di apotik yang lebih besar di pusat kota.	Tidak pernah menebus resep keluar, karena semua obat sesuai standar BPJS tersedia

Matriks hasil wawancara dengan pengguna BPJS

No	Keyword	M, 40 thn (pengguna Askes, sekarang BPJS)	Tn. D, 45 thn (Pengguna BPJS)	Tn A, 40 thn (Pengguna BPJS)
1	Pelayanan obat BPJS	Lebih menyukai askes dari pada BPJS, disamping lebih cepat dalam pelayanan, dapat obat lebih banyak,cukup untuk 1 bulan (bagi penderita penyakit jantung). apresiasi masyarakat juga lebih tinggi terhadap askes dibanding BPJS, bahkan dengan kartu askes lama (warna kuning) dia juga merasa lebih Percaya Diri. BPJS sering obatnya tidak ada/habis, sehingga harus beli diluar, dengan nantinya ada penggantian biaya, hanya saja sering terjadi selisih harga yang cukup besar antara harga obat di apotik luar dengan standar yang ada di RS	Pelayanan yang didapatkan sama saja, sudah menjadi peserta BPJS selama 1 tahun. Pelayanan didapatkan setelah diperiksa dokter, kemudian menunggu resep yang harus ditebus. Kalau obatnya ada, bisa cepat,lebih kurang 1 jam, apabila obat tidak ada, maka harus mengurus resep pengganti, dan sangat panjang alurnya, harus ke apotik pelengkap, ataupun apotik yang lebih besar diarah pusat kota kabupaten. Keuntungannya hanya tidak repot mengurus kartu tertentu, tetapi kalau tidak berobat, uang tidak dapat diambil kembali. Ini cukup memberatkan ekonomi keluarga, karena dia punya 4 anak, dan semuanya masuk menjadi anggota (harus bayar 150000/bulan)	Pelayanan sama saja dengan pasien yang lainnya, Cuma kalau tidak ada obat, harus mendapatkan pengganti resep dan beli diluar. Yang jadi permasalahan, kita harus beli obat tersebut dengan uang sendiri, nanti baru mendapat penggantian. Saya sering tidak dapat menebus obat, karena tidak ada uang, karena saya bekerja sebagai buruh harian.

### Matriks Hasil Wawancara di RSUD B

No	Keyword	Petugas BPJS Kesehatan Center	Ka. Yanmedik dan Penunjang
1	Pemberian jenis dan jumlah obat	Pemberian jenis dan jumlah obat bagi peserta JKN sama saja, tidak ada perbedaan menurut kelas keanggotaan	Peserta JKN mendapatkan keuntungan dengan sistem BPJS Kesehatan karena dengan BPJS RS dapat keleluasaan dalam memberikan jumlah obat bagi penderita penyakit kronis. Kebijakannya yang diambil melalui pemberian jumlah melalui skema INA CBGs kemudian ditambahkan melalui klaim BPJS. Sehingga pasien tidak perlu mengulang menebus obat per minggu.
2	koordinasi kontrol jenis dan jumlah obat	Jenis dan jumlah obat mengikuti pedoman BPJS Kesehatan. Selama ini belum ada klaim obat ditolak oleh BPJS. Pihak RS bergantung sepenuhnya kepada petugas BPJS Kesehatan terkait informasi kebijakan/regulasi obat terbaru yang dikeluarkan BPJS.	RS bertanya-tanya apakah program berobat gratis masih ada di tahun 2016 dikarenakan program ini dapat menutup gap yang terjadi dalam skema BPJS Kesehatan utamanya bagi peserta PBI. Jenis dan jumlah obat berobat gratis lebih terbatas dibandingkan BPJS Kesehatan namun lebih sederhana dalam proses koordinasi layanan obat.
3	Sarana dan Prasarana Layanan obat		Saat ini pelayanan obat dilakukan di satu tempat untuk semua jenis perawatan (INAP dan IRJA), untuk semua jenis pembiayaan. Terjadi keterlambatan (menunggu lebih lama) akibat terjadinya lonjakan pasien.



