



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1645/2024
TENTANG
RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS
KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : a. bahwa rujuk balik penyakit kronis dapat dilaksanakan terhadap pasien yang telah selesai ditangani pada fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan dan masih dibutuhkan perawatan lanjutan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan rujuk balik penyakit kronis ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang sesuai dengan kriteria diperlukan suatu pedoman;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 82);
4. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 35);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA.

KESATU : Rujuk balik penyakit kronis ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan terhadap pasien yang telah selesai ditangani dan dalam kondisi stabil pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut serta masih membutuhkan perawatan lanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai kemampuan pelayanan.

KEDUA : Rujuk balik penyakit kronis sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- KETIGA : Penyakit kronis sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU merupakan penyakit yang membutuhkan terapi dalam jangka waktu yang panjang namun dapat dikendalikan dengan pengobatan yang dilakukan secara terus menerus.
- KEEMPAT : Kriteria kondisi stabil sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU meliputi:
- a. pasien telah melewati fase akut dan terkontrol dengan baik serta tidak mengalami kekambuhan;
 - b. pasien telah dilakukan pemeriksaan fisik, penunjang, dan faktor risiko yang diperlukan sesuai dengan penyakitnya, serta menunjukkan kondisi klinis terkontrol;
 - c. pasien tidak memiliki keluhan dan/atau kelainan klinis yang memberatkan atau mengganggu aktivitas fisik serta membutuhkan diagnosis dan tata laksana lebih lanjut di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut;
 - d. pasien tidak disertai komorbiditas dan/atau komplikasi, atau jika ada, kondisi komorbid dan/atau komplikasi telah terkontrol dalam tiga bulan terakhir berturut-turut sesuai kondisi dan karakteristik penyakitnya;
 - e. pasien telah mendapatkan pengobatan sesuai diagnosis serta telah tercapai target pengobatan dan dosis pemeliharaan untuk penyakit utama, komplikasi, dan/atau komorbiditas yang dimilikinya sesuai kondisi dan karakteristik penyakitnya; dan
 - f. pasien tidak mengalami efek samping obat dan tidak dalam pengobatan yang membutuhkan pemantauan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut untuk penyakit utama, komplikasi, dan/atau komorbiditas yang dimilikinya.
- KELIMA : Rujuk balik penyakit kronis sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU ditujukan pada semua jenis penyakit kronis termasuk untuk pelayanan program rujuk balik jaminan kesehatan nasional dalam rangka kendali mutu dan biaya.

- KEENAM : Selain kriteria kondisi stabil sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEEMPAT, pelaksanaan rujuk balik untuk masing-masing jenis penyakit selain program rujuk balik jaminan kesehatan nasional dapat mengacu pada standar pelayanan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KETUJUH : Selain kriteria kondisi stabil sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEEMPAT, pelaksanaan rujuk balik untuk pasien dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional juga harus memenuhi kriteria rujuk balik sesuai dengan masing-masing jenis penyakit dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional.
- KEDELAPAN : Jenis penyakit dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETUJUH meliputi:
- a. diabetes mellitus;
 - b. hipertensi;
 - c. penyakit jantung;
 - d. asma;
 - e. penyakit paru obstruktif kronis (PPOK);
 - f. epilepsi;
 - g. *skizofrenia*;
 - h. *stroke*; dan
 - i. *sindroma lupus eritematosus (SLE)*.
- KESEMBILAN : Selain jenis penyakit sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDELAPAN, Menteri dapat menetapkan jenis penyakit lain dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional.
- KESEPULUH : Rujuk balik penyakit kronis dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional wajib dilakukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut penerima rujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama perujuk sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KESEBELAS : Pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan menjamin akses dan mutu pelayanan kesehatan serta ketersediaan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan untuk terselenggaranya rujuk balik penyakit

kronis sesuai dengan kewenangan masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan.

KEDUABELAS : Pendanaan pelaksanaan rujuk balik penyakit kronis bagi pasien peserta jaminan kesehatan nasional bersumber dari pembiayaan penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KETIGABELAS : Pendanaan pelaksanaan rujuk balik penyakit kronis bagi pasien bukan peserta jaminan kesehatan nasional bersumber dari pasien, asuransi komersial, pemerintah daerah, dan/atau instansi/lembaga penjamin lainnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEEMPATBELAS: Fasilitas pelayanan kesehatan perujuk dan penerima rujukan melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan rujuk balik penyakit kronis ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama melalui sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.

KELIMABELAS : Pemerintah pusat dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan rujuk balik penyakit kronis sesuai dengan kewenangan masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan.

KEENAMBELAS : Pedoman rujuk balik penyakit kronis dalam program rujuk balik jaminan kesehatan nasional tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KETUJUHBELAS: Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 14 Oktober 2024

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1645/2024
TENTANG
RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS KE
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA

PEDOMAN RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS DALAM PROGRAM RUJUK
BALIK JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Sesuai hasil kajian yang dilakukan *Center for Disease Control and Prevention* USA, menunjukkan bahwa penyakit kronis menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas secara global, dan diperkirakan biaya yang dikeluarkan untuk penanganan penyakit kronis secara global pada tahun 2030 mencapai \$47 triliun. Kondisi saat ini, Indonesia menunjukkan tren peningkatan angka rujukan kasus dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, dari 21.872.488 kasus rujukan pada tahun 2021 menjadi 33.861.047 pada tahun 2023. Tren peningkatan yang sama juga terlihat pada rujukan non spesialisistik, dari 1.168.747 pada tahun 2021 menjadi 1.414.633 pada tahun 2023. Hal tersebut juga disertai dengan peningkatan proporsi rujukan non spesialisistik menggunakan kriteria TACC dibandingkan total rujukan non spesialisistik, dari 772.541 (66,10%) kasus pada tahun 2021 menjadi 1.011.038 (71,47%) pada tahun 2023.

Meningkatnya angka rujukan ini bila tidak diimbangi dengan pelaksanaan program rujuk balik (PRB) penyakit kronis yang optimal dapat mengakibatkan penumpukan dan terhambatnya pelayanan kesehatan berkelanjutan bagi pasien. Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menunjukkan pada tahun 2022 terdapat total 2.841.471 peserta dengan diagnosis PRB di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat

lanjut, akan tetapi hanya 312.016 (11%) peserta yang dirujuk balik. Hal yang serupa juga terpantau pada tahun 2023 di mana terdapat total 3.508.357 peserta dengan diagnosis PRB di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan hanya 334.083 (10%) peserta yang dilakukan rujuk balik. Selain itu data BPJS Kesehatan juga menunjukkan dari total pasien yang dirujuk balik tersebut hingga tahun 2024 hanya 60,68% yang terpantau aktif melanjutkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Berdasarkan hasil analisis Kementerian Kesehatan melalui pengolahan data, *focus group discussion*, wawancara mendalam pada para pakar dan pelaksana di tingkat puskesmas, dinas kesehatan, dan rumah sakit yang dilaksanakan pada tahun 2023, diidentifikasi beberapa permasalahan dalam pelaksanaan rujuk balik yang dikelompokkan menjadi permasalahan di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Permasalahan di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah ketersediaan obat dan alat kesehatan serta belum tersedia sistem informasi yang mendukung koordinasi antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan apotek. Obat program rujuk balik hanya dapat disediakan apotek dan ruang farmasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Data BPJS Kesehatan menunjukkan sampai dengan Desember 2023 baru terdapat 1.789 apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, di mana 266 diantaranya merupakan ruang farmasi puskesmas, sehingga pelayanan obat program rujuk balik belum tersedia di seluruh kecamatan. Di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, permasalahan yang diidentifikasi yaitu belum tersedianya pedoman rujuk balik yang memuat kriteria kondisi stabil untuk semua penyakit, target kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang memengaruhi *take home pay*, serta keengganan pasien untuk dirujuk balik ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Penetapan kriteria stabil menjadi penting sebagai acuan tenaga medis di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut untuk merujuk balik pasien yang telah selesai ditangani dan masih membutuhkan perawatan lanjutan.

Berdasarkan hal tersebut, diperlukan suatu pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan atau panduan bagi semua fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka penyelenggaraan program rujuk balik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dengan demikian diharapkan dapat

tercapai penyelenggaraan program rujuk balik yang efektif, efisien, dan bermutu.

B. Tujuan

Menyediakan pedoman bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan program rujuk balik.

C. Sasaran

1. Dinas kesehatan daerah provinsi;
2. Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota;
3. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut;
4. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama; dan
5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

D. Ruang lingkup

1. Pelaksanaan program rujuk balik dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama; dan
2. Pengelolaan program rujuk balik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meliputi pengelolaan klinis kasus dan pengelolaan kefarmasian.

BAB II
PELAKSANAAN PROGRAM RUJUK BALIK DAN KRITERIA
RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS

A. Pelaksanaan Program Rujuk Balik dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

Rujuk balik penyakit kronis dalam program rujuk balik dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut pada pasien dalam kondisi stabil namun masih membutuhkan perawatan lanjutan, dengan tetap mempertimbangkan kemampuan pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama penerima rujuk balik.

Dalam pelaksanaannya, program rujuk balik dilakukan oleh dokter dengan memberikan surat keterangan rujuk balik yang secara lengkap menggambarkan resume kondisi pasien dan tata laksana yang diberikan. Hal ini menjadi penting dalam menjamin informasi yang dibutuhkan oleh dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk memahami kondisi dan rencana pengelolaan pasien yang dirujuk balik untuk memastikan keberlangsungan pelayanan kesehatan pada pasien.

B. Kriteria Rujuk Balik Penyakit Kronis Pada Program Rujuk Balik

Selain memenuhi kriteria kondisi stabil, untuk dapat dilakukan rujuk balik dalam program rujuk balik penyakit kronis jaminan kesehatan nasional juga harus memenuhi kriteria rujuk balik penyakit kronis sesuai dengan masing-masing jenis penyakit sebagai berikut:

1. Diabetes Mellitus

- a. Tercapai target HbA1c < 7%, atau gula darah puasa (GDP) 80-130 mg/dl, atau gula darah 2 jam pp < 180 mg/dl dengan:
 - 1) monoterapi ataupun kombinasi terapi;
 - 2) terapi insulin basal dengan dosis < 20 unit; atau
 - 3) monoterapi ataupun kombinasi terapi dengan terapi insulin basal dengan dosis < 20 unit,
- b. Komplikasi neuropati telah dilakukan pengobatan dengan neurotropik;
- c. Protein urin positif satu dengan monoterapi ataupun kombinasi;
- d. Tercapai target dengan gambaran Elektrokardiogram (EKG) normal;

- e. Tercapai target dengan *estimated Glomerular Filtration Rate* (eGFR) > 60 ml/min;
 - f. Tekanan darah terkontrol dengan 1 atau 2 obat anti hipertensi (sistolik <140 mmHg, diastolik <90 mmHg); dan
 - g. Kolesterol *Low-density Lipoprotein* (LDL) < 100 mg/dL (<70 mg/dL bila risiko kardiovaskular sangat tinggi).
2. Hipertensi
- a. Tekanan darah < 140/90 mmHg, dalam waktu 3 bulan;
 - b. Sudah dilakukan pemeriksaan kerusakan target organ dan tidak terdapat *Hypertension Mediated Organ Damage* (HMOD), yaitu:
 - 1) Payah jantung;
 - 2) Penyakit ginjal kronik stadium III-V (eGFR < 60 ml/min);
 - 3) Penyakit jantung koroner;
 - 4) *Stroke*;
 - 5) Penyakit vaskular perifer;
 - 6) Aritmia; dan/atau
 - 7) Atrial fibrilasi,
 - c. Bukan hipertensi sekunder, hipertensi pulmonal, dan/atau hipertensi pada kehamilan.
3. Penyakit Jantung
- a. Penyakit Jantung Hipertensi
 - 1) Tidak ada tanda gagal jantung (kongestif) berupa sesak napas atau nyeri dada dalam observasi selama 3 bulan;
 - 2) Tidak ada aritmia;
 - 3) Tekanan darah terkontrol baik pada waktu istirahat maupun aktivitas (TD <140/90 mmHg) dalam waktu 3 bulan; dan
 - 4) Tidak terdapat keterbatasan aktivitas berupa sesak napas dan/atau nyeri dada selama observasi 3 bulan.
 - b. Angina Pectoris
 - 1) Dilakukan revaskularisasi (*Percutaneous Coronary Intervention* (PCI)/*Coronary Artery Bypass Grafting* (CABG)) sesuai indikasi;
 - 2) Tidak ada sesak nafas atau keluhan nyeri dada saat beraktivitas;
 - 3) Sudah mendapat single atau dual antiplatelet pada pasien pasca PCI, beta bloker dosis optimal dan obat golongan statin intensitas tinggi; dan

- 4) Tekanan darah terkontrol (sistolik <140 mmHg, diastolik <90 mmHg).
- c. Infark Miokardium
- 1) Telah dilakukan revaskularisasi (*Percutaneous Coronary Intervention (PCI)/ Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*) sesuai indikasi;
 - 2) Klinis pasien stabil dengan gejala nyeri dada/angina maksimal Chronic Coronary Syndrome (CCS) kelas 1 selama evaluasi 3 bulan;
 - 3) Kapasitas fungsional sesuai dengan NYHA I-II;
 - 4) Sudah mendapatkan terapi dual antiplatelet;
 - 5) Sudah mendapatkan beta blocker dengan dosis optimal dengan target nadi istirahat < 70 kali permenit;
 - 6) Telah mendapatkan obat golongan statin intensitas tinggi yang akan dilanjutkan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - 7) Telah mendapatkan obat golongan ACE-Inhibitor atau ARB jika kontraktilitas ventrikel kiri menurun (EF < 40 %) atau hipertensi; dan
 - 8) Tekanan darah terkontrol (sistolik <140 mmHg, diastolik <90 mmHg).
- d. Gagal Jantung Kronik
- 1) Pasien bebas keluhan sesak nafas (*New York Heart Association Functional Classification I-II (NYHA Fc I-II)*) selama observasi 3 bulan;
 - 2) Volume cairan tubuh tidak bertambah selama 3 bulan berturut-turut;
 - 3) Secara hemodinamik stabil dengan kriteria: tekanan darah >90/60 mmHg dengan produksi urin tercapai sesuai klinis;
 - 4) Penyebab gagal jantung akut sudah teridentifikasi dan teratasi;
 - 5) Telah mendapatkan terapi gagal jantung sesuai dengan pedoman tata laksana gagal jantung dan memantau klinis pasien agar tetap dalam keadaan euvolemia;
 - 6) Pasien tidak dalam terapi warfarin (kasus dengan komorbid atrial fibrilasi atau paska operasi katup jantung); dan

- 7) Pasien tidak menggunakan *Implantable Cardioverter Defibrillator* (ICD), *Cardiac Resynchronization Therapy Device* (CRTD), *Left Ventricular Assist Device* (LVAD) atau alat pendukung sirkulasi mekanik lain.

4. Asma

- a. Asma stabil dan terkontrol menurut *Asthma Control Test* ≥ 25 atau secara klinis apabila pasien dalam 4 (empat) minggu memenuhi seluruh parameter gejala dalam *Asthma Symptoms Control* sebagai berikut:
 - 1) tidak ada gejala harian asma lebih dari 2x seminggu;
 - 2) tidak terbangun pada malam hari akibat sesaknya;
 - 3) tidak memerlukan obat pelega lebih dari 2x seminggu;
 - 4) tidak ada keterbatasan aktivitas fisik karena asmanya,
- b. Asma ringan dan sedang yang stabil, yaitu tidak membutuhkan obat-obat berikut:
 - 1) kortikosteroid inhalasi dosis sedang hingga tinggi (untuk dewasa budesonide >800 mcg/hari, flutikason >500 mcg/hari);
 - 2) kortikosteroid sistemik,
- c. Tidak memiliki penurunan fungsi paru berat (*Forced Expiratory Volume 1* (FEV1) $> 60\%$ prediksi);
- d. Tidak ada riwayat intubasi dan/atau perawatan ICU karena asma dalam 12 bulan terakhir; dan
- e. Tidak ada eksaserbasi berat dalam 12 bulan terakhir.

5. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

- a. Secara klinis
 - 1) skor *Modified British Medical Research Council* (mMRC) 0-1 atau skor *COPD Assessment Test* (CAT) kurang dari 10; dan
 - 2) dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir tidak ada riwayat eksaserbasi atau 1 kali eksaserbasi (memerlukan rawat inap rumah sakit) atau >1 kali eksaserbasi dalam kunjungan rumah sakit tanpa perawatan rumah sakit,
- b. Pasien tersebut sudah di *follow up* dalam 1 bulan dengan:
 - 1) mengerti rejimen pengobatan dan teknik inhaler yang digunakan; dan
 - 2) mampu melakukan aktivitas fisik untuk kebutuhan hidup sehari-hari.

6. Epilepsi
 - a. bebas bangkitan epileptik selama 6 bulan;
 - b. telah tercapai dosis rumatan obat anti bangkitan (OAB)/obat anti epilepsi (OAE) yang efektif;
 - c. tidak ada efek samping OAB; dan
 - d. tidak sedang hamil dan menyusui.
7. *Skizofrenia*
 - a. *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)-remisi (P1,P2,P3,N1,N4,N6,G5,G9) semua skor komponen lebih kecil atau sama dengan 3;
 - b. Tercapai dosis fase rumatan antipsikotik 6 bulan tanpa kekambuhan;
 - c. Bukan episode pertama;
 - d. Usia 19-59 tahun (bukan anak remaja dan usia lanjut);
 - e. Tidak ada ketergantungan zat, gangguan kepribadian, kondisi medis umum yang tidak terkontrol, kasus forensik; dan
 - f. Tidak ada efek samping obat berat, defisit kognitif, gangguan kepribadian.
8. *Stroke*
 - a. Telah dilakukan eksplorasi faktor risiko *stroke* dan semua faktor risiko telah terkontrol:
 - 1) Tekanan darah <130/80 mmHg (bagi yang memiliki riwayat DM), dan <140/90 mmHg (bagi yang tidak memiliki DM);
 - 2) Gula darah puasa antara 80 – 130 mg/dL;
 - 3) Kadar kolesterol LDL kurang dari 100 mg/dL (bagi yang memiliki riwayat penyakit Jantung koroner), dan kurang dari 130 mg/dL (bagi yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung koroner);
 - 4) Kadar asam urat <6 mg/dL (perempuan) dan <7 mg/dL (laki-laki);
 - 5) Elektrokardiogram (EKG): hasil abnormal yang ditemukan telah ditata laksana sesuai kondisi medis;
 - 6) *Vascular imaging*: dilakukan sesuai indikasi medis, hasil abnormal yang ditemukan telah ditata laksana sesuai kondisi medis; dan

- 7) Tidak ada faktor risiko lain selain yang disebut di atas seperti kelainan sel darah, arteriovenous malformation (AVM), atrial fibrilasi.
 - b. Telah melewati fase akut 6 bulan pada pasien dengan defisit neurologis yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis; dan
 - c. Bukan *stroke* serangan kedua dan seterusnya (serangan ulang).
9. Sindroma *Lupus Eritematosus* (SLE).
- a. Telah remisi (kriteria *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000*(SLEDAI 2K) = 0) selama minimal 6 bulan;
 - b. Hanya menggunakan obat kortikosteroid dosis rendah (setara prednison dosis ≤ 5 mg per hari) dan/atau hidroklorokuin; dan
 - c. Tidak dalam kondisi kehamilan.

KEMENTERIAN KESEHATAN

BAB III
PENGELOLAAN PENYAKIT KRONIS DI FASILITAS PELAYANAN
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

A. Manajemen Rujuk Balik

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama wajib memastikan kemampuan pelayanannya sesuai dengan standar yang berlaku untuk menerima pasien rujuk balik penyakit kronis. Hal-hal yang perlu dipastikan ketersediaan dan aksesnya mulai dari kompetensi (kemampuan layanan fasilitas pelayanan kesehatan), sumber daya manusia, bangunan dan prasarana, peralatan kesehatan dan pemeriksaan penunjang, obat, dan bahan medis habis pakai, kapasitas menerima pasien, kemampuan rawat inap, dan tindakan tertentu. Apabila hal tersebut tidak dapat dipenuhi secara mandiri maka fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama wajib membangun jejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan lain yang dibutuhkan.

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki tanggung jawab untuk melanjutkan tata laksana yang telah diberikan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut untuk pasien rujuk balik penyakit kronis dalam rangka menjaga keberlangsungan pelayanan. Tata laksana kasus rujuk balik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama pasca rujuk balik dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai berikut:

1. menyusun rencana pemantauan pasien termasuk jadwal pemeriksaan ulang untuk evaluasi, lokasi pemeriksaan, target yang perlu dicapai, serta prosedur monitoring dan evaluasi;
2. memberikan resep obat sesuai dengan anjuran terapi dari dokter spesialis dan standar pelayanan serta memberikan informasi terkait cara mengonsumsi obat;
3. memberikan edukasi dan informasi kondisi penyakit pada pasien dan merencanakan pengelolaan komprehensif pasien termasuk edukasi pola hidup sehat, kepatuhan pengobatan, jadwal konsultasi, dan pemeriksaan ulang;
4. pemanfaatan jejaring pelayanan kesehatan primer untuk tata laksana pasien rujuk balik yang dikoordinasikan oleh Puskesmas antara lain dengan mengoordinasikan informasi pasien program rujuk balik baru

dengan puskesmas pembantu tempat tinggal pasien, melalui sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional;

5. fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama serta apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat berkolaborasi dan koordinasi bersama untuk memastikan tata laksana pasien program rujuk balik secara komprehensif; dan
6. fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat melakukan kunjungan rumah untuk peserta program rujuk balik yang memerlukan pemantauan status kesehatan secara lebih intensif.

Tata laksana kasus rujuk balik di Puskesmas pasca rujuk balik dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat memanfaatkan jejaring Puskesmas Pembantu (Pustu) sebagai berikut:

1. Pustu yang menerima informasi pasien program rujuk balik dari puskesmas harus melakukan pencatatan dan rekapitulasi secara lengkap (terutama identitas dan rencana pengelolaan dari dokter) serta menyusun jadwal pemantauan berdasarkan rencana pengelolaan dari dokter.
2. Pustu dapat bekerja sama dengan kader posyandu untuk mendukung pemantauan melalui kunjungan rumah bila diperlukan.
3. Pustu melakukan evaluasi laporan hasil kunjungan rumah secara berkala, merencanakan tindak lanjut dan intervensi yang perlu dilakukan, dan merencanakan kunjungan rumah bersama kader bila diperlukan.

B. Tata Laksana Program Rujuk Balik Penyakit Kronis di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama

1. Diabetes Mellitus

- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan:
 - a) mempertahankan GDP/HbA1c sesuai kondisi saat dirujuk balik (HbA1c < 7%, GDP 80-130 mg/dl, GD 2 jam PP <180 mg/dl);
 - b) kontrol GDP dan atau dengan 2 jam PP 1 kali/bulan.
 - 2) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan

- b) melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
- c) memonitor kepatuhan pasien
- 3) Tata laksana medikamentosa:
 - a) melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: dietisien/edukator DM/perawat
 - 3) Alkes dan BMHP: glukometer dan urinalisis
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional
 - 5) Prasarana: laboratorium/laboratorium jejaring
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - 2) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - 3) Bergabung di Prolanis
 - 4) Mematuhi saran dan aturan makan obat anti diabetes/dosis insulin basal
 - 5) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - 2) Jika dalam 3 bulan terjadi peningkatan GDP/gula darah postprandial (GDPP)/HbA1c melampaui kondisi saat dirujuk balik;
 - 3) Jika dalam 3 bulan dosis insulin basal dinaikkan melebihi 20 unit per hari, pada pasien dengan insulin;
 - 4) Jika dalam 3 bulan terjadi keluhan komplikasi neuropati memberat;
 - 5) Jika dalam 3 bulan ditemukan proteinuria > positif satu;
 - 6) Jika dalam 3 bulan ditemukan aritmia jantung atau adanya perubahan EKG; dan/atau

- 7) Jika dalam 3 bulan ditemukan penurunan eGFR menjadi < 60 ml/min.

2. Hipertensi

- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan untuk memantau tekanan darah dan keluhan pasien.
 - 2) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - b) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - c) Memonitor kepatuhan pasien
 - 3) Tata laksana medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP): alat tensimeter standar dan pemeriksaan laboratorium sederhana (darah perifer lengkap (DPL), gula darah sewaktu (GDS), fungsi ginjal, urinalisis)
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional
 - 5) Prasarana: ruang pemeriksaan
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - 2) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - 3) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - 4) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - 5) Bergabung di Prolanis
 - 6) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi,

keluhan, serta kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;

- 2) Jika dalam 3 bulan tekanan darah menjadi tidak terkontrol (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg);
- 3) Jika dalam 3 bulan ditemukan tanda kerusakan target organ; dan/atau
- 4) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan dan obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

3. Penyakit Jantung

a. Penyakit Jantung Hipertensi

- 1) Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - a) Kontrol rutin setiap bulan untuk memantau tekanan darah dan keluhan pasien
 - b) Tata laksana non medikamentosa:
 - (1) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - (2) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - (3) Memonitor kepatuhan pasien
 - c) Tata laksana medikamentosa:
 - (1) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - (2) Pencegahan putus obat
- 2) Standar sumber daya untuk pelayanan
 - a) Standar tenaga medis: dokter umum
 - b) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - c) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - (1) Alat tensimeter standar
 - (2) Pemeriksaan lab sederhana (DPL, GDS, fungsi ginjal, urinalisis)
 - (3) Elektrokardiogram (EKG)
 - d) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - e) Prasarana: ruang pemeriksaan

- 3) Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - a) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - b) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - c) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - d) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - e) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - f) Memiliki kesadaran untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan bila terjadi perburukan atau keluhan nyeri dada
 - 4) Kriteria Rujuk Ulang
 - a) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan, dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - b) Jika dalam 3 bulan tekanan darah menjadi tidak terkontrol (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg);
 - c) Jika dalam 3 bulan ditemukan tanda kerusakan target organ; dan/atau
 - d) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.
- b. Angina Pektoris
- 1) Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - a) Kontrol rutin setiap bulan untuk memantau tekanan darah dan keluhan pasien.
 - b) Tata laksana non medikamentosa:
 - (1) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - (2) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - (3) Memonitor kepatuhan pasien
 - c) Tata laksana medikamentosa:
 - (1) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut

- (2) Pencegahan putus obat
- 2) Standar sumber daya untuk pelayanan
 - a) Standar tenaga medis: dokter umum
 - b) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - c) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - (1) Alat tensimeter standar
 - (2) Pemeriksaan lab sederhana (DPL, GDS, Fungsi ginjal, Urinalisis)
 - (3) Elektrokardiogram (EKG)
 - d) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - e) Prasarana: ruang pemeriksaan
- 3) Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - a) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - b) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - c) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - d) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - e) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - f) Memiliki kesadaran untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan bila terjadi perburukan atau keluhan nyeri dada
- 4) Kriteria Rujuk Ulang
 - a) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - b) Jika terdapat keluhan sesak nafas atau keluhan nyeri dada saat beraktivitas;
 - c) Jika dalam 3 bulan tekanan darah menjadi tidak terkontrol (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg); dan/atau
 - d) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

- c. Pasca Infark Miokardium
- 1) Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - a) Kontrol rutin setiap bulan untuk memantau tekanan darah dan keluhan pasien.
 - b) Tata laksana non medikamentosa:
 - (1) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - (2) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - (3) Memonitor kepatuhan pasien
 - c) Tata laksana medikamentosa:
 - (1) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - (2) Pencegahan putus obat
 - 2) Standar sumber daya untuk pelayanan
 - a) Standar tenaga medis: dokter umum
 - b) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - c) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - (1) Alat tensimeter standar
 - (2) Pemeriksaan lab sederhana (DPL, GDS, Fungsi ginjal, Urinalisis)
 - (3) Elektrokardiogram (EKG)
 - d) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - e) Prasarana: ruang pemeriksaan
 - 3) Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - a) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - b) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - c) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - d) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - e) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - f) Memiliki kesadaran untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan bila terjadi perburukan atau keluhan nyeri dada

- 4) Kriteria Rujuk Ulang
 - a) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - b) Jika terjadi perburukan keluhan nyeri dada;
 - c) Jika dalam 3 bulan terjadi penurunan kapasitas fungsional;
 - d) Jika dalam 3 bulan tekanan darah menjadi tidak terkontrol (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg); dan/atau
 - e) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.
- d. Gagal Jantung Kronis
 - 1) Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - a) Kontrol rutin setiap bulan untuk memantau tekanan darah dan keluhan pasien.
 - b) Tata laksana non medikamentosa:
 - (1) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - (2) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - (3) Memonitor kepatuhan pasien
 - c) Tata laksana medikamentosa:
 - (1) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - (2) Pencegahan putus obat
 - 2) Standar sumber daya untuk pelayanan
 - a) Standar Tenaga Medis: dokter umum
 - b) Standar Tenaga Kesehatan: perawat
 - c) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - (1) Alat tensimeter standar
 - (2) Pemeriksaan lab sederhana (DPL, GDS, Fungsi ginjal, Urinalisis)
 - (3) Elektrokardiogram (EKG)

- d) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
- e) Prasarana: ruang pemeriksaan
- 3) Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - a) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - b) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - c) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - d) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - e) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - f) Memiliki kesadaran untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan bila terjadi perburukan, keluhan sesak nafas, kaki bengkak, perut begah atau produksi urin berkurang
- 4) Kriteria Rujuk Ulang
 - a) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - b) Jika terjadi perburukan sesak nafas yang progresif;
 - c) Jika terlihat tanda penumpukan cairan tubuh (*jugular venous pressure* (JVP) meningkat, terdapat ronki basah di paru, asites bertambah, edema kaki) yang tidak membaik dengan furosemid oral atau restriksi cairan; dan/atau
 - d) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

4. Asma

- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan:
 - a) Dilakukan re-anamnesis mengenai gejala 1 bulan ke belakang:

- (1) Tidak ada gejala harian asma lebih dari 2x seminggu.
 - (2) Tidak terbangun pada malam hari akibat sesaknya.
 - (3) Tidak memerlukan obat pelega lebih dari 2x seminggu.
 - (4) Tidak ada keterbatasan aktivitas fisik karena asmanya.
- b) Pengukuran *peak flow meter* (menggunakan prediksi arus puncak ekspirasi (APE) orang Asia)
- (1) Dinilai apakah ada perbaikan atau penurunan nilai APE setelah pengobatan asma.
 - (2) Penurunan APE < 80% prediksi dari nilai terbaik, merupakan tanda pasien dengan penilaian klinis tidak terkontrol atau terkontrol sebagian.
- 2) Tata laksana non medikamentosa:
- a) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - b) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - c) Memonitor kepatuhan pasien
- 3) Tata laksana medikamentosa:
- a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat dan pengecekan kepatuhan pengobatan dan kendala dengan obat topikal asthma, antara lain dengan:
 - (1) Memeriksa angka dosis obat tertera pada *device*
 - (2) Memeriksa penggunaan teknik alat/*device* inhaler
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
- 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP): oksigen, spirometer dan *mouthpiece*, alat nebulizer termasuk masker inhalasi anak dan dewasa, *peak flow meter*, *pulse oximeter*
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - 5) Prasarana: ruang pemeriksaan

- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Pasien menggunakan *Formulir Asma Control Test (ACT)* atau formulir kontrol asma berupa kuesioner setiap hari. Jika hasil terkontrol sebagian, tidak terkontrol melaporkan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 2) Melakukan olahraga secara teratur
 - 3) Menghindari faktor alergen atau polusi (asap rokok, bahan iritan, bakaran sampah) lingkungan baik di dalam rumah maupun di luar rumah,
 - 4) aktivitas fisik berat yang lebih
 - 5) Minuman dan makanan yang kaya akan vitamin C dan antioksidan tinggi
 - 6) Menghindari makanan yang mengandung zat adiktif (zat pengawet, penyedap, pewarna makanan), obat-obatan
 - 7) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan, serta kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - 2) Jika dalam 3 bulan klinis menjadi tidak terkontrol dan terdapat komorbid yang membuat terapi tidak optimal; dan/atau
 - 3) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.
5. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan
 - 2) Monitor hasil pemeriksaan mandiri skor CAT
 - 3) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Edukasi untuk mencegah penyakit bertambah berat dengan cara menggunakan obat-obatan yang tersedia

- dengan tepat, menyesuaikan keterbatasan aktivitas, dan mencegah eksaserbasi
- b) Pengurangan pajanan faktor risiko
 - c) Memberikan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)
 - d) Keseimbangan nutrisi antara protein lemak dan karbohidrat, dapat diberikan dalam porsi kecil tetapi sering
 - e) Rehabilitasi antara lain: latihan bernapas dengan *pursed lip breathing*, latihan ekspektorasi, latihan otot pernapasan dan ekstremitas
 - f) *Home care*/visitasi atau telemedisin untuk pasien yang tidak *transportable*
 - g) Memonitor kepatuhan pasien
- 4) Tata laksana medikamentosa:
- a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
- 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - a) pulse oximetry
 - b) peak flow meter (arus puncak ekspirasi)
 - c) spirometer
 - d) nebulizer
 - e) CO analyzer smoking
 - f) oksigen
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - 5) Prasarana:
 - a) Ruang uji jalan 6 menit
 - b) Ruang pelaksanaan nebulisasi harus memenuhi standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - c) Formulir CAT
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
- 1) Modifikasi perilaku hidup sehat

- 2) Melakukan pemeriksaan mandiri skor CAT secara mandiri. Jika penurunan nilai CAT (<10) perlu langsung kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 3) Menghindari polusi (asap rokok, bahan iritan, bakaran sampah) lingkungan baik di dalam rumah maupun di luar rumah
 - 4) Minuman dan makanan yang tinggi protein dan rendah karbohidrat
 - 5) Minuman dan makanan yang kaya akan vitamin C dan antioksidan tinggi
 - 6) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Kriteria Rujuk Ulang
- 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan mengingat PPOK bersifat persisten, progresif, dan disertai komorbid sebagai akibat dari efek sistemik; dan/atau
 - 2) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.
6. Epilepsi
- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan
 - 2) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Edukasi pengenalan tipe-tipe kejang dan kepatuhan pengobatan
 - b) Memonitor kepatuhan pasien
 - 3) Tata laksana medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pengobatan obat anti bangkitan (OAB) sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tidak mengubah dosis dan sediaan

tanpa sepengetahuan dokter fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut

- b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP): oksigen dan laboratorium: gula darah, elektrolit (natrium, kalsium dan magnesium), kreatinin (pemeriksaan elektrolit pada kondisi kejang – untuk menentukan etiologi yang perlu dikoreksi)
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional
 - 5) Prasarana: ruang pemeriksaan
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - 2) Penanganan awal *pre-hospital* saat terjadi bangkitan epileptik
 - 3) Catatan bangkitan (*seizure diary*)
 - 4) Buku daftar obat yang dikonsumsi
 - 5) Mendokumentasikan riwayat pemeriksaan penunjang (antara lain *electroencephalogram* (EEG) dan hasil pemeriksaan laboratorium)
 - 6) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis dan dosis bila diperlukan;
 - 2) Jika terdapat gejala yang mengarah pada efek samping, kondisi khusus (kehamilan, persalinan), komorbid (penyakit vaskuler, sindrom metabolik, penyakit liver, gangguan ginjal dan lain-lain);
 - 3) Jika terdapat rencana penurunan dosis obat, penghentian, penambahan dan penggantian obat anti bangkitan (OAB);

- 4) Jika bangkitan epileptik muncul kembali atau didapatkan bangkitan epileptik baru; dan/atau
- 5) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

7. *Stroke*

- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan: pengendalian faktor risiko (tekanan darah, gula darah, profil lipid, asam urat)
 - 2) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pencegahan rekuren *stroke*
 - b) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan
 - c) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
 - d) Memonitor kepatuhan pasien
 - 3) Tata laksana medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat, fisioterapi, ahli gizi
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP): tensimeter, laboratorium untuk faktor risiko *stroke* (gula darah, profil lipid, asam urat) dan elektrokardiogram (EKG)
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - 5) Prasarana: ruang pemeriksaan
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Melakukan gaya hidup sehat.
 - 2) Melakukan pengendalian faktor risiko *stroke*.
 - 3) Melakukan latihan untuk restorasi sesuai arahan dari dokter/tenaga kesehatan.
 - 4) Mengenali gejala serangan *stroke* baru dan segera mencari pertolongan ke rumah sakit terdekat yang memiliki

kemampuan penanganan *stroke* bila ada serangan *stroke* baru.

- 5) Memberikan motivasi dan *support* penuh untuk pasien dalam menjalani perawatan di rumah.
 - 6) Memastikan asupan gizi pasien sesuai anjuran ahli gizi.
 - 7) Mencatat setiap perkembangan pasien dan juga merawat semua hasil penunjang pasien.
 - 8) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- d. Kriteria Rujuk Ulang
- 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - 2) Jika terdapat gejala yang mengarah pada serangan *stroke* berulang (pemberatan defisit neurologis atau ada defisit neurologis baru);
 - 3) Jika terdapat faktor risiko baru atau faktor risiko menjadi tidak terkontrol atau komplikasi; dan/atau
 - 4) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

8. *Skizofrenia*

- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan:
 - a) Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk pemeriksaan efek samping obat antipsikotik
 - b) Kontrol dapat dilakukan 2 minggu sekali misalnya untuk konseling intensif, pemantauan efek samping obat atau mengikuti program rehabilitasi
 - c) Pasien di area terpencil dan sulit terjangkau: disarankan untuk tetap dipantau cegah kekambuhannya menggunakan fasilitas telekonsultasi
 - 2) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Tata laksana psikoterapi suportif dan psikoedukasi

- b) Edukasi
- c) Memonitor kepatuhan pasien
- 3) Tata laksana medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: psikolog klinis atau perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP):
 - a) Alat restrain fisik (tali restrain, straitjacket) untuk tata laksana gaduh gelisah
 - b) Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk pemeriksaan efek samping obat antipsikotik
 - (1) Berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh. dilakukan setiap bulan kunjungan pasien selama 6 bulan dan dilanjutkan minimal triwulan setelahnya
 - (2) Penilaian klinis dari akathisia, distonia, parkinsonisme, dan pergerakan involunter abnormal lainnya, termasuk diskinesia tardif tiap kali kunjungan. Penilaian dengan instrumen terstruktur (seperti *extrapyramidal symptom rating scale*) minimal setiap 6 bulan pada pasien dengan risiko tinggi terjadinya diskinesia tardif dan minimal 12 bulan pada pasien lainnya, serta apabila terdapat onset baru atau eksaserbasi dari pergerakan abnormal
 - (3) Pemeriksaan gula darah puasa atau HbA1C pada 4 bulan setelah dilakukan terapi
 - (4) Profil lipid pada 4 bulan setelah memulai pengobatan dengan antipsikotik
 - (5) Pemeriksaan darah lengkap, termasuk pemeriksaan hitung neutrofil absolut pada pemberian clozapin
 - c) Elektrokardiogram (EKG): Terdapat perubahan signifikan pada EKG pada penggunaan klorpromazin, clozapine, droperidol, iloperidone, pimozide,

thioridazine, atau ziprasidone atau dengan penambahan obat lain yang berpengaruh ke interval QT pada pasien yang memiliki faktor risiko penyakit jantung atau peningkatan garis batas interval QT.

- 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - 5) Prasarana:
 - a) ruangan untuk tindakan gaduh gelisah,
 - b) ruang rawat inap untuk pasien yang sudah tenang dan membutuhkan perawatan lanjutan
 - c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Modifikasi perilaku hidup sehat
 - 2) Memiliki alat pemeriksaan tekanan darah sederhana/digital
 - 3) Melakukan pemeriksaan tekanan darah mandiri
 - 4) Mematuhi program diet dan aktivitas fisik
 - 5) Bergabung di Prolanis
 - 6) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan; dan/atau
 - 2) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.
9. Sistemik Lupus Eritematosus (SLE)
- a. Tata laksana pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 1) Kontrol rutin setiap bulan
 - 2) Mengenali tanda-tanda kekambuhan penyakit SLE
 - 3) Jika perlu melakukan pemeriksaan: laboratorium hematologi rutin, fungsi ginjal (ureum dan kreatinin darah), dan urin rutin
 - 4) Tata laksana non medikamentosa:
 - a) Edukasi pola hidup sehat dan kepatuhan pengobatan

- b) Melanjutkan program diet dan aktivitas fisik
- c) Memonitor kepatuhan pasien
- 5) Tata laksana medikamentosa:
 - a) Melanjutkan pengobatan sesuai pemberian di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - b) Pencegahan putus obat
- b. Standar sumber daya untuk pelayanan
 - 1) Standar tenaga medis: dokter umum
 - 2) Standar tenaga kesehatan: perawat
 - 3) Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP): alat tensimeter standar dan pemeriksaan laboratorium sederhana (DPL, GDS, fungsi ginjal, urinalisis)
 - 4) Standar sediaan farmasi: tersedianya obat sesuai dengan formularium nasional.
 - 5) Prasarana: ruang pemeriksaan
- c. Pengelolaan mandiri oleh pasien dan keluarga
 - 1) Mematuhi ketentuan minum obat yang dianjurkan
 - 2) Melakukan kontrol rutin setiap bulan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama selama program rujuk balik program rujuk balik
 - 3) Mengenali tanda dan gejala kekambuhan SLE setiap 3 bulan melakukan kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut
 - 4) Kontrol teratur setiap bulan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Kriteria Rujuk Ulang
 - 1) Dilakukan rujukan kembali sesuai kebutuhan medis pasien dengan tujuan agar dapat dilakukan evaluasi kondisi, keluhan dan kemungkinan perubahan jenis obat dan dosis bila diperlukan;
 - 2) Jika dalam 3 bulan pasien dicurigai mengalami perburukan aktivitas penyakit atau pada kasus dengan kehamilan; dan/atau
 - 3) Pasien segera dirujuk ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika ada perburukan atau obat-obatan tidak bisa disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara lengkap.

C. Pengelolaan Pelayanan Kefarmasian dalam Program Rujuk Balik

Pelayanan kefarmasian merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan sehingga memiliki peran penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sediaan farmasi dan BMHP yang aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu dan terjangkau, serta terjamin ketersediaannya dapat menunjang pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan pasien rujuk balik di fasilitas kesehatan tingkat pertama membutuhkan kolaborasi dari berbagai pihak, termasuk tenaga medis, tenaga kesehatan, serta dukungan sediaan farmasi dan BMHP, untuk memastikan pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi pasien.

Pelayanan kefarmasian sesuai standar harus dilakukan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi pasien rujuk balik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Untuk mencapai tujuan tersebut, anggaran, manajemen pengelolaan obat, layanan farmasi klinis, serta ketersediaan apoteker dan tenaga vokasi farmasi harus memadai. Aspek lain yang perlu diperhatikan adalah sarana dan prasarana penunjang, seperti ruang farmasi yang optimal, tempat penyimpanan obat dengan suhu yang terjaga, kelengkapan untuk pelayanan obat, serta peralatan lain yang diperlukan.

Dalam penyediaan obat harus mempertimbangkan pola konsumsi dan alokasi anggaran untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Rangkaian tahapan pengelolaan obat harus dijalankan dengan baik untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan obat rujuk balik yang optimal mulai dari perencanaan hingga pencatatan dan pelaporan.

1. Perencanaan

Perencanaan obat yang baik dapat mencegah potensi terjadinya kekurangan/kekosongan atau kelebihan stok obat dalam rangka menjaga ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Perencanaan merupakan proses kegiatan seleksi obat rujuk balik untuk menentukan jenis dan jumlah obat dalam rangka pemenuhan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Tujuan perencanaan adalah untuk:

- a. mendapatkan perkiraan jenis dan jumlah obat rujuk balik yang mendekati kebutuhan;
- b. meningkatkan penggunaan obat secara rasional; dan

c. meningkatkan efisiensi penggunaan obat.

Dalam proses perencanaan, tahap pemilihan/seleksi adalah kegiatan untuk menetapkan jenis obat rujuk balik sesuai dengan kebutuhan. Proses pemilihan obat rujuk balik dilakukan dalam rangka perencanaan kebutuhan obat yang mengacu pada daftar obat rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional. Perencanaan obat rujuk balik dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa hal seperti pola penyakit, pola konsumsi obat rujuk balik periode sebelumnya, data mutasi obat rujuk balik, dan rencana pengembangan hal-hal tersebut di atas. Proses perencanaan kebutuhan obat rujuk balik dalam periode tertentu dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Adapun pendekatan perencanaan kebutuhan obat rujuk balik dapat dilakukan dengan beberapa metode:

a. Metode Konsumsi

Metode konsumsi didasarkan pada data konsumsi obat, dengan menggunakan data konsumsi periode sebelumnya dengan penyesuaian yang dibutuhkan meliputi stok penyangga (*buffer stock*), stok waktu tunggu (*lead time stock*), dan mempertimbangkan sisa stok serta kekosongan obat.

Jumlah stok penyangga dipengaruhi oleh perubahan pola penyakit, kenaikan kasus, atau kejadian luar biasa dengan variasi jumlah berdasarkan karakteristik obat dan anggaran. Sedangkan stok waktu tunggu adalah stok obat yang dibutuhkan selama waktu tunggu sejak obat dipesan/diminta sampai obat diterima. Untuk menghitung jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan metode konsumsi, perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan dan pengolahan data
- 2) Analisis data untuk informasi dan evaluasi
- 3) Perhitungan rencana kebutuhan obat

Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan dengan metode konsumsi adalah:

- 1) Stok awal
- 2) Penerimaan obat
- 3) Pengeluaran obat/pemakaian rata-rata obat
- 4) Sisa stok

- 5) Obat rusak dan/atau kedaluwarsa
- 6) Waktu kedaluwarsa obat yang tersedia
- 7) Kekosongan obat
- 8) *Lead time* (waktu tunggu sejak obat dipesan sampai diterima)
- 9) Stok penyangga (*buffer stock*)

Rumus Metode Konsumsi:

$$A = (B + C + D) - E$$

Keterangan:

A = Rencana Kebutuhan

B = Stok Kerja (Pemakaian rata-rata x 12 bulan). Stok Kerja adalah kebutuhan obat untuk pelayanan kefarmasian selama satu tahun. Jika pernah terjadi kekosongan obat, maka perhitungan stok kerja berdasarkan pemakaian rata-rata periode pelayanan di mana obat tersedia.

C = *Buffer stock* (stok penyangga)

D = *Lead time stock* (*lead time* x pemakaian rata-rata)

E = Sisa stok yang masih dapat digunakan

b. Metode Morbiditas

Metode morbiditas adalah perhitungan kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit mengacu pada standar pengobatan yang telah ditetapkan. Metode ini memiliki tantangan dalam pengumpulan data morbiditas yang valid terhadap rangkaian penyakit tertentu, meliputi beberapa faktor yaitu perkembangan pola penyakit, jumlah kasus, jumlah sasaran program, dan standar pengobatan.

Rumus metode morbiditas:

$$CT = (CE \times T) + LTS + BS - Sisa Stok$$

Keterangan:

CT = Kebutuhan per periode waktu

CE = Perhitungan standar pengobatan

T = Lama kebutuhan (bulan/tahun)

LTS = *Lead Time Stock*

BS = *Buffer Stock*

Langkah-langkah dalam perhitungan kebutuhan dengan metode morbiditas:

- 1) Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur-penyakit
- 2) Menyiapkan data populasi penduduk dari demografi berdasarkan jenis kelamin untuk umur antara:
 - a) 0 s.d. 4 tahun
 - b) 4 s.d. 14 tahun
 - c) 15 s.d. 44 tahun
 - d) >45 tahun
 - e) Atau ditetapkan berdasarkan kelompok dewasa (>12 tahun) dan anak (1 – 12 tahun)
- 3) Mengumpulkan data yang diperlukan, meliputi:
 - a) Perkiraan jumlah populasi
Komposisi demografi dari populasi yang akan diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin
 - b) Pola morbiditas penyakit
 - (1) Jenis penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
 - (2) Frekuensi kejadian masing-masing penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
 - c) Standar pengobatan
Obat yang masuk dalam rencana kebutuhan harus disesuaikan dengan standar pengobatan, seperti *clinical pathway*/PNPK di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - d) Data sasaran program
- 4) Menghitung kebutuhan jumlah obat meliputi jenis obat, dosis, frekuensi, dan lama pemberian sesuai dengan standar terapi/pedoman pengobatan.
- 5) Menghitung secara total jumlah kebutuhan obat yang harus disiapkan/diadakan

c. Metode *Proxy Consumption* (Metode Kombinasi)

Metode *proxy consumption* atau metode kombinasi merupakan metode perencanaan gabungan dari metode morbiditas dan metode konsumsi, di mana perencanaan kebutuhan dibuat berdasarkan pola penyakit dengan mempertimbangkan data pemakaian obat selama periode tertentu berdasarkan cakupan populasi atau tingkat layanan yang diberikan. Metode ini juga dapat digunakan oleh fasyankes yang belum memiliki data pemakaian obat sebelumnya dengan menggunakan ekstrapolasi dari data fasyankes lain yang memiliki kemiripan karakteristik.

Rumus metode *proxy consumption* (kombinasi):

$$C \text{ kombinasi} = (CA + CE) \times T + BS - \text{Sisa stok}$$

Keterangan:

CA = Pemakaian rata-rata per bulan

CE = Perhitungan kebutuhan 1 bulan berdasarkan standar pengobatan

T = Lama kebutuhan (bulan/tahun)

BS = *Buffer stock*

Untuk menjamin ketersediaan obat dan efisiensi anggaran perlu dilakukan analisis saat perencanaan dengan penyesuaian anggaran terkait kebutuhan obat dengan menggunakan model perhitungan:

a. Analisis ABC

Analisis ABC dilaksanakan melalui dua pendekatan yaitu berdasarkan mutasi dan berdasarkan investasi. Kedua pendekatan ini dapat digunakan satu sama lain terutama untuk mengkonfirmasi keakuratan analisis status ABC tiap-tiap obat. Analisis ABC berdasarkan mutasi dilakukan dengan membuat peringkat/ranking di mana urutan dimulai dengan yang terbaik/terbanyak jumlah mutasinya. Analisis ABC berdasarkan investasi dilakukan dengan mengelompokkan item sediaan farmasi berdasarkan kebutuhan dananya.

b. Analisis VEN

Analisis VEN adalah suatu metode evaluasi untuk meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran dengan mengelompokkan obat

berdasarkan dampak tiap jenis obat pada kesehatan (vital, esensial, dan non esensial).

c. Analisis Kombinasi

Analisis kombinasi adalah gabungan antara analisis ABC dengan VEN untuk mendapatkan kategori pemilihan obat berdasarkan prioritas, utama, dan tambahan (PUT)

	A	B	C	Kategori PUT	Tingkat Buffer
V	AV	BV	CV	P	25-30%
E	AE	BE	CE	U	15-25%
N	AN	BN	CN	T	10-20%

Tabel PARETO ABC dan VEN

Kategori PUT meliputi:

- a. Prioritas harus diadakan tanpa memperdulikan sumber anggaran. Pada analisis ABC-VEN yang termasuk dalam kelompok prioritas adalah kelompok AV, BV, dan CV (kategori vital A, B, dan C).
- b. Utama menjadi prioritas kedua dalam perencanaan. Pada analisis ABC-VEN yang termasuk dalam kelompok utama adalah kelompok AE, BE, CE (kategori esensial A, B, dan C).
- c. Tambahan dialokasikan pengadaannya setelah obat prioritas dan utama terpenuhi. Pada analisis ABC-VEN yang termasuk dalam kelompok tambahan adalah kelompok AN, BN dan CN (kategori non esensial A, B, dan C)

2. Penyediaan Obat Rujuk Balik

Pengadaan obat untuk program rujuk balik bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) maupun non BLUD (dan fasilitas pelayanan kesehatan swasta sistem tetap sama) melalui proses *e-purchasing* atau melalui mekanisme lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sumber anggaran penyediaan obat program rujuk balik di puskesmas dapat menggunakan dana kapitasi sebagai penyediaan stok awal, dengan besaran alokasi anggaran pengadaan obat diatur

oleh dinas kesehatan kabupaten/kota atau dapat menggunakan mekanisme lain yang ditetapkan oleh pemerintah daerah dan mengikuti ketentuan yang berlaku.

Sedangkan bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama non pemerintah proses pengadaan dan penganggaran obat untuk program rujuk balik bagi peserta JKN mengikuti ketentuan yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut. Penyediaan obat rujuk balik dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bekerjasama dengan apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

3. Penyimpanan

Penyimpanan obat rujuk balik diatur sedemikian rupa agar obat yang diterima aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Penyimpanan obat rujuk balik dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. bentuk dan jenis sediaan;
- b. kondisi yang dipersyaratkan dalam penandaan di kemasan obat, seperti suhu penyimpanan, cahaya, dan kelembaban;
- c. narkotika dan psikotropika disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- d. tempat penyimpanan sediaan farmasi tidak dipergunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi

4. Pendistribusian Obat Rujuk Balik

Pendistribusian obat rujuk balik bertujuan untuk memenuhi kebutuhan obat rujuk balik dengan jenis, mutu, jumlah dan waktu yang tepat. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan apotek dalam hal pendistribusian harus memperhatikan jarak lokasi dan biaya. Khusus untuk program rujuk balik, apotek harus bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

5. Pengendalian

Dalam pelayanan obat rujuk balik diperlukan fungsi pengendalian, di mana pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan fasilitas kesehatan bertanggung jawab atas kesediaan obat rujuk balik sesuai dengan kewenangannya. Pengendalian ini bertujuan untuk mengetahui daerah mana yang mengalami kekosongan ataupun kelebihan obat

yang diperlukan untuk pelayanan rujuk balik, sehingga dapat menggeser obat rujuk balik ke daerah yang mengalami kekosongan obat. Pengendalian ini didukung oleh Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) yaitu Sistem Satu Sehat Logistik.

6. Pencatatan

Dalam setiap kegiatan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian baik pengelolaan obat rujuk balik dan pelayanan farmasi klinis wajib dilakukan pencatatan secara akurat untuk memudahkan penelusuran data misalnya selisih stok atau masalah terkait dengan obat lainnya. Pencatatan dalam pengelolaan obat rujuk balik dilakukan pada setiap tahapan mulai dari perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, dan penggunaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan rujuk balik.

Pencatatan obat rujuk balik dapat dilakukan dalam bentuk digital atau manual dan mampu telusur. Pencatatan stok obat program rujuk balik dalam bentuk manual dengan menggunakan kartu stok. Tujuan pencatatan dan pelaporan adalah:

- a. Bukti bahwa pengelolaan obat rujuk balik telah dilakukan;
- b. Sumber data untuk melakukan pengaturan dan pengendalian; dan
- c. Sumber data untuk pembuatan laporan.

Dalam rangka pengendalian persediaan dan penggunaan obat program rujuk balik sebaiknya obat program rujuk balik yang dikelola oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama hanya digunakan untuk pelayanan program rujuk balik dan disimpan secara terpisah dengan obat yang diperoleh dengan sumber anggaran lain sehingga dapat mempermudah pencatatan administrasi pelayanan obat program rujuk balik.

7. Pemusnahan

Pemusnahan obat rujuk balik yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemusnahan dilakukan untuk obat bila:

- a. produk tidak memenuhi persyaratan mutu, khasiat/kemanfaatan dan kemasan
- b. kedaluwarsa;
- c. tidak memiliki izin edar; dan/atau
- d. berhubungan dengan tindak pidana di bidang kesehatan

Tahapan pemusnahan obat terdiri dari:

- a. membuat daftar obat yang akan dimusnahkan;
 - b. menyiapkan Berita Acara Pemusnahan;
 - c. mengoordinasikan jadwal, metode dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait;
 - d. menyiapkan tempat pemusnahan; dan
 - e. melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku
8. Upaya yang dapat dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka mempermudah akses obat untuk pasien program rujuk balik

Dalam rangka mempermudah akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan obat program rujuk balik, pelayanan obat program rujuk balik dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Beberapa alternatif pilihan bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam melakukan pelayanan obat program rujuk balik diantaranya:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam penyediaan pelayanan obat program rujuk balik. Obat program rujuk balik dikelola sepenuhnya oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pencatatan, dan pelaporan serta penyerahan hingga klaim ke BPJS Kesehatan. Klaim obat program rujuk balik oleh puskesmas ke BPJS Kesehatan dilakukan secara terpisah di luar dana kapitasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam pelayanan obat program rujuk balik fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat menerima manfaat seperti jasa pelayanan kefarmasian yang dapat dimanfaatkan sepenuhnya untuk keperluan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

- b. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bekerja sama dengan apotek PRB

Jika fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama belum dapat menyediakan obat untuk program rujuk balik, obat tersebut bisa disediakan melalui apotek PRB.

Dalam menjamin ketersediaan obat bagi pasien program rujuk balik, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat bekerja sama dengan apotek lintas daerah, baik di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota. Apotek PRB dapat dipenuhi kebutuhan obatnya dari apotek PRB lainnya jika terjadi kekurangan atau kekosongan obat program rujuk balik, sesuai dengan kondisi tertentu berdasarkan kesepakatan dalam Perjanjian Kerja Sama.

Mekanisme kerja sama antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan apotek PRB dalam pelayanan obat program rujuk balik dapat dilakukan dengan cara berikut:

1) *Single or Multiple Collaboration Model*

Kerja sama yang dilakukan antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan satu atau lebih apotek PRB. Pengelolaan obat program rujuk balik, termasuk perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pencatatan, dan penyiapan, dilakukan oleh apotek. Sementara penyerahan obat kepada pasien dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dalam kerja sama ini, pendistribusian obat program rujuk balik ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan dengan sistem antar atau jemput. Resep obat program rujuk balik dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dikirimkan ke apotek PRB melalui email atau pesan teks. Resep asli dan kelengkapannya diserahkan saat pengambilan obat yang telah disiapkan apotek. Penyerahan obat kepada pasien dilakukan oleh petugas farmasi di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Model kerja sama ini juga bisa dilakukan dengan mengarahkan pasien untuk mengambil obat program rujuk balik langsung di apotek terdekat, sehingga pengelolaan, pelayanan, dan klaim obat sepenuhnya ditangani oleh apotek. Mekanisme

distribusi dan pelayanan obat program rujuk balik yang diterapkan bergantung pada kesepakatan dalam Perjanjian Kerja Sama. Proses klaim obat program rujuk balik ke BPJS Kesehatan dilakukan oleh apotek PRB.

2) *Depo Model*

Kerja sama dengan Depo Model melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan beberapa apotek PRB untuk memenuhi kebutuhan dalam periode tertentu. Kerja sama model ini dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Apotek bertanggung jawab untuk melakukan perencanaan dan pengadaan obat program rujuk balik.
- b) Apotek membuat depo obat program rujuk balik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk kebutuhan dalam periode tertentu.
- c) Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bertanggung jawab terhadap stok obat program rujuk balik dalam depo di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- d) Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bertanggung jawab terhadap penyiapan dan penyerahan obat program rujuk balik kepada pasien.
- e) Secara berkala fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama melaporkan kepada apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terkait mutasi obat.

Pendistribusian obat program rujuk balik dari apotek ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan dengan sistem antar atau jemput. Mekanisme distribusi obat program rujuk balik yang diterapkan bergantung pada kesepakatan dalam Perjanjian Kerja Sama.

- c. Kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
Kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama melibatkan kolaborasi antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama satu dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dalam memberikan pelayanan obat program rujuk balik. Dalam model kerja sama ini, terdapat satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bermitra

dengan BPJS Kesehatan untuk penyediaan dan pelayanan obat Program Rujuk Balik bagi peserta jaminan kesehatan. Fasilitas ini juga berperan sebagai penyuplai obat Program Rujuk Balik ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lain yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kerja sama model ini membutuhkan anggaran untuk pengadaan obat yang memadai bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertindak sebagai penyuplai. Kegiatan pengelolaan dan klaim obat program rujuk balik dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama penyuplai, sedangkan pelayanannya dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lain sesuai dengan kesepakatan. Pendistribusian obat program rujuk balik dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama penyuplai ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dapat dilakukan dengan sistem antar atau jemput sesuai dengan kesepakatan.


BAB IV
PENUTUP

Pedoman rujuk balik penyakit kronis ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diharapkan dapat menjadi panduan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pasien yang menderita penyakit kronis yang telah selesai ditangani oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan sudah dalam kondisi stabil namun masih membutuhkan perawatan lanjutan sesuai dengan kriteria rujuk balik.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003