

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronik dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat dari insufisiensi fungsi insulin (WHO,1999).Secara epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM di berbagai penjuru dunia. WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Senada dengan WHO, *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2009, memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM dari 7,0 juta pada tahun 2009 menjadi 12,0 juta pada tahun 2030. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2030.

Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 oleh Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi DM di daerah urban Indonesia untuk usia di atas 15 tahun sebesar 5,7%. Prevalensi terkecil terdapat di Propinsi Papua sebesar 1,7%, dan terbesar di Propinsi Maluku Utara dan Kalimantan Barat yang mencapai 11,1%, sedangkan prevalensi toleransi glukosa terganggu (TGT), berkisar antara 4,0% di Propinsi Jambi dan tertinggi 21,8% di Propinsi Papua Barat.

Data Departemen Kesehatan menyebutkan jumlah penderita DM yang menjalani rawat inap dan rawat jalan menduduki urutan ke-1 di rumah sakit dari keseluruhan pasien penyakit dalam, distribusi pasien baru DM yang berobat jalan ke rumah sakit di Indonesia sebanyak 180.926 orang sedangkan jumlah pasien yang meninggal berjumlah 5.585 orang dengan angka *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 6.73% (Depkes RI, 2009). Berdasarkan data *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2011, terdapat 329 juta orang di dunia menderita DM Tipe 2 dengan kematian mencapai 4,6 juta orang. Indonesia, pada tahun 2011, menduduki peringkat kesepuluh dunia dengan jumlah penderita DM Tipe 2 sebanyak 6,6 juta orang dan pada tahun 2030 diproyeksikan menempati posisi kesembilan dengan perkiraan sebanyak 10,6 juta orang (IDF, 2011).

Data Puskesmas kabupaten Fak Fak menunjukkan bahwa dari tahun 2012 sampai 2014 terjadi peningkatan penderita DM tipe 2, yaitu berturut – turut dari tahun 2012 hingga 2014 yakni 14 pasien, 31 pasien dan data terakhir pada tahun 2014 mencapai 40 orang. Dengan data tersebut menggambarkan bahwa terjadi peningkatan penderita DM tipe 2 yang kontrol di puskesmas Fak Fak Papua Barat. Data - data di atas menunjukkan bahwa jumlah penyandang DM khususnya DM tipe 2 di Indonesia sangat besar dan merupakan beban yang sangat berat untuk dapat ditangani sendiri oleh dokter spesialis/ Subspesialis atau bahkan oleh semua tenaga kesehatan yang ada.

Peningkatan insidensi DM tipe 2 ini tentu akan diikuti oleh peningkatan kejadian komplikasi DM tipe 2 (Sudoyo, 2009). Kondisi kesehatan secara fisik seperti komplikasi dapat menyebabkan perubahan psikologis pada penderita

seperti mudah cemas, putus asa dan lebih sering mengeluh dengan permasalahan kesehatannya (Burrot & Bush, 2008), dan perubahan sosial seperti stigmatisasi dan isolasi dalam kelompok sosialnya (Boyd, 2011). Perubahan yang lain juga tampak dari aspek lingkungan seperti peningkatan kebutuhan keuangan dan penurunan dalam kegiatan rekreasi (WHO, 1998). Berbagai perubahan yang terjadi pada aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan akan mempengaruhi kualitas hidup penderita DM tipe 2 (*Public Health Agency of Canada, 2011*).

Kualitas hidup merupakan indikator kesehatan yang penting bagi penderita penyakit kronis seperti penderita DM tipe 2 (Health plus, 2011). Kualitas hidup yang dimaksud merupakan suatu keadaan sejahtera yang dirasakan oleh penderita DM tipe 2 dan bentuk respon emosional terhadap kepuasan hidup (Borrot & Bush, 2008). Kualitas hidup ini merupakan muara akhir dari seluruh intervensi kesehatan pada penderita DM tipe 2. Pengelolaan DM tipe 2 yang dilakukan saat ini berfokus pada empat hal, yaitu pendidikan, pengaturan diet, olahraga dan farmakoterapi (PERKENI, 2011). Pengelolaan DM tipe 2 tersebut hanya bergerak pada kesehatan fisik, yaitu mencegah dekompensasi metabolik akut penderita saja, sementara aspek psikologis dan sosial belum terjangkau. Aspek – aspek kualitas hidup meliputi keadaan psikologis penderita DM, kehidupan sosial penderita DM yang merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan afeksi serta keamanan, hubungan dengan keluarga dan hubungan dengan teman. Ke empat aspek tersebut perlu diperhatikan karena sangat

berpengaruh terhadap kualitas hidup yang menjadi tujuan akhir dari pengelolaan DM.

Mengingat penjelasan di atas bahwa DM akan memberikan dampak terhadap kualitas hidup penderita DM, maka diperlukan usaha dari semua pihak terutama bagi tenaga kesehatan dalam usaha penanggulangan yang komprehensif. Hal tersebut dapat diimplementasikan melalui pengintegrasian peran dokter, perawat dan farmasis untuk menangani pasien secara holistik yang dikenal sebagai *collaborative care*.

Collaborative care merupakan suatu intervensi sistem-level pelayanan kesehatan yang menggunakan pengelolaan kasus untuk menghubungkan penyedia layanan kesehatan primer dengan pasien. Bentuk dari *collaborative care* adalah menggabungkan tiga pelayanan kesehatan, yaitu pelayanan medis (*medical care*), pelayanan kefarmasian (*Pharmaceutical care*) dan pelayanan keperawatan (*nurse care*). Ketiga pelayanan ini diharapkan dapat berkesinambungan satu dengan yang lain agar mencapai tujuan dalam pengelolaan pasien dengan menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral yang didasarkan pada pendidikan dan kemampuan praktisi (Shorthidge, 1986), sehingga tenaga kesehatan (dokter, perawat dan farmasis) dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan standar kompetensi masing – masing profesi untuk menghindari konflik tenaga kesehatan dalam pengelolaan pasien.

World Health Organization (WHO) tahun 2010 menyatakan bahwa banyak sistem kesehatan di negara-negara di dunia yang sangat terfragmentasi pada akhirnya tidak mampu menyelesaikan masalah kesehatan di negara itu sendiri. Hal ini kemudian disadari karena permasalahan kesehatan sebenarnya menyangkut banyak aspek dalam kehidupan, dan untuk dapat memecahkan satu persatu permasalahan tersebut atau untuk meningkatkan kualitas kesehatan itu sendiri, tidak dapat dilakukan hanya dengan sistem uniprofessional. Kontribusi berbagi disiplin ilmu ternyata memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan (WHO, 2010).

Manfaat dari *collaborative care* dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan hasil kesehatan. Dalam perawatan baik akut maupun kronik, pasien melaporkan tingkat kepuasan pelayanan dan hasil kesehatan lebih baik. Bukti penelitian telah menunjukkan jumlah hasil praktek kolaborasi dapat meningkatkan akses dan koordinasi layanan kesehatan, perawatan dan keselamatan pasien. Praktek kolaborasi juga dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, ketegangan dan konflik di antara tim kesehatan, tingkat kematian, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (WHO, 2010).

Pelaksanaan *collaborative care* di pusat pelayanan primer menjadi hal yang penting dikarenakan pusat pelayanan primer seringkali bertanggung jawab dalam mengelolah pasien DM dan berada pada posisi yang baik untuk menyediakan pelayanan yang terintegrasi dalam meningkatkan kondisi fisik dan

mental pasien (Riley *et al.*, 2009). Dengan adanya *collaborative care* diharapkan derajat kesehatan pasien dengan DM dapat dikelola dengan baik sehingga, dapat meningkatkan kualitas hidup pasien secara optimal

Sebagaimana Allah berfirman dalam surah al- Isra ayat 82,

وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ هُـمَّا وَ شِفَاءً وَرَحْمَةً لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ خَسَارًا إِلَّا (٨٢)

“Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian.” (QS. Al Isra’: 82)

Berdasarkan uraian di atas menjelaskan bahwa praktik *collaborative care* penting dalam proses perawatan pasien DM guna mendapatkan hasil pengobatan yang holistik, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh *collaborative care* terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, peneliti ingin menjelaskan, Apakah sistem *collaborative care* mampu meningkatkan kualitas hidup pasien DM Tipe 2?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui seberapa besar pengaruh *Collaborative care* pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 terhadap kualitas hidup di pusat kesehatan masyarakat.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini diharapkan dapat :

- a. Menjadi data awal untuk menguatkan program *Interprofesional Education* (IPE) dalam proses pembelajaran di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- b. Untuk mengetahui peran dokter, apoteker dan perawat dalam penatalaksanaan DM tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Fak Fak
- c. Untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Fak Fak
- d. Untuk mengoptimalkan peran dan fungsi dari masing profesi (dokter, apoteker dan perawat)
- e. Untuk menganalisis teknik *collaborative care* yang efektif

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat untuk :

1. Manfaat keilmuan
Meningkatkan pengetahuan di bidang kesehatan mengenai hasil guna sistem *Colaborative Care* pada DM tipe 2.
2. Manfaat kebijakan:
 - a) Memberikan data tentang penerapan *Interprofesional Education* (IPE) di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

- b) Memberikan dasar untuk penerapan *collaborative care* di pusat pelayanan kesehatan primer.
3. Manfaat kemaslahatan manusia
- Mampu membantu pasien DM tipe 2 untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi biaya untuk pengobatan.

E. Keaslian Penelitian

Ada beberapa penelitian yang membahas mengenai *collaborative care*.

Berikut ini penelitian yang berhubungan antara lain:

Collaborative care for Patients with Depression and Chronic Illnesses (Wayne J. Katon *et al.*, 2010). Penelitian tersebut menggunakan studi *single blind randomize control trial* yang dilakukan pada 214 orang dengan DM disertai depresi dan penyakit jantung koroner yang jarang kontrol. Secara random pasien dibagi menjadi 2 kelompok yakni kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang mendapat pengawasan dari perawat dan dokter dengan manajemen kolaboratif dengan tujuan untuk mengontrol faktor resiko komplikasi dari penyakit seperti pengontrolan hemoglobin, kolesterol, tekanan darah dan gejala – gejala depresi selama 12 bulan. Kesimpulan yang didapatkan pada penelitian yang dilakukan antara tahun 2007-2009 di Washington, didapatkan bahwa pasien dengan depresi dan penyakit kronis seperti DM dan penyakit jantung koroner setelah diberikan intervensi berupa *collaborative care* memiliki tingkat yang signifikan dalam pengontrolan penyakit dan depresi dengan nilai *p* sebesar 0,001.

Collaborative care Management of Late – Life Depression in The Primary Care Setting, (Uniltzer *et al.*, 2002). Penelitian ini menggunakan studi *randomized control trial* yang dilakukan pada 1801 orang dengan umur lebih dari 60 tahun yang mengalami depresi mayor, gangguan dystimik atau pun kedua – keduanya. Secara random pasien dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol sebanyak 895 orang dan kelompok intervensi sebanyak 906 orang. Pada kelompok intervensi, akan diberikan perlakuan selama 12 bulan berupa pengawasan oleh psikiater dan dokter di pelayanan primer. Selain itu kelompok intervensi akan diberikan edukasi, manajemen perawatan dan pengontrolan pemberian obat – obat antidepresan. Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *collaborative care* terhadap tingkat depresi.

Utami, Tri (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “ Hubungan Motivasi Kerja Perawat dengan Praktik Kolaborasi Perawat -Dokter dalam Perawatan Anak Kanker Di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP DR. Sardjito Yogyakarta” menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara motivasi kerja dengan praktik kolaborasi perawat – dokter. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif yang bersifat deskriptif korelasional sedangkan rancangan penelitiannya menggunakan *cross sectional*. Jumlah responden sebanyak 37 perawat yang bekerja di ruang perawatan kanker instalasi kesehatan anak.

Perbedaan ketiga penelitian tersebut dengan penelitian yang penulis lakukan selain terletak pada judul juga terletak pada subjek, waktu, variabel, tempat penelitian dan kuisener yang digunakan. Penelitian yang dilakukan oleh Katon *et al.*, dilakukan di 14 klinik yang terdapat di Washington Amerika

Serikat dengan variabel penelitian berupa *collaborative care* pada pasien DM dan penyakit jantung koroner yang mengalami depresi. Hal ini berbeda dengan yang dilakukan oleh peneliti, yaitu penelitian dilakukan di PUSKESMAS Kabupaten Fak Fak Papua Barat. Dengan variabel yang digunakan adalah *collaborative care* pada pasien DM tipe 2 yang melakukan rawat jalan untuk melihat kualitas hidup diabetisi. Untuk penelitian yang dilakukan oleh Uniltzer *et al.*, variabel yang digunakan hanya depresi tanpa diikuti dengan penyakit kronis lain seperti DM tipe 2 yang digunakan oleh peneliti. Selain itu instrumen yang digunakan berupa kuisener *Public Health Quisenaire* (PHQ) - 9 untuk menilai tingkat depresi pasien sedangkan peneliti menggunakan kuisener untuk menilai kualitas hidup diabetisi berupa *Whoqol-Bref*, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Utami menilai gambaran motivasi kerja perawat, gambaran skala praktik kolaborasi perawat dalam melaksanakan kolaborasi perawat dokter serta hubungan antara motivasi kerja perawat dengan praktik kolaborasi perawat – dokter sehingga, subjek yang diambil sebagai sampel adalah tenaga kesehatan (perawat) sedangkan pada penelitian yang peneliti lakukan subjek penelitian yang digunakan adalah pasien DM tipe 2.