

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur maupun virus. Sekitar 70% kematian diakibatkan oleh kelompok penyakit tidak menular. Meskipun PTM tidak dapat ditularkan, tetapi lemahnya pengendalian terhadap faktor risiko dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus PTM. Dilaporkan bahwa PTM yang menunjukkan peningkatan cukup signifikan adalah diabetes melitus (DM), hipertensi, stroke, dan penyakit sendi (Kemenkes, 2020).

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu diagnosis penyakit tidak menular yang jumlahnya terus meningkat. Penyakit ini menimbulkan dampak serius terhadap kesehatan masyarakat dari segala usia di seluruh dunia. Hal ini disebabkan oleh tingginya morbiditas dan penurunan kualitas hidup yang signifikan. Peningkatan jumlah penyandang DM juga menyebabkan meningkatnya angka kematian terutama di negara-negara industri. Banyak anggota masyarakat yang mempunyai tindakan hidup tidak sehat dan kebiasaan makan yang buruk (Chand et al., 2020). Diabetes melitus juga merupakan prekursor dari penyakit lain, seperti hipertensi, penyakit jantung dan pembuluh darah, stroke, gagal ginjal, dan kebutaan (Munteanu et al., 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (world health Organization)) melaporkan bahwa peningkatan kejadian diabetes melitus disebabkan oleh empat faktor risiko utama, yaitu : pola makan yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik, penggunaan tembakau, dan penggunaan alkohol (Haskas et al., 2020, Depkes, 2020). Menurut data *International Diabetic Federation (IDF)* menyebutkan bahwa pada tahun 2019 secara global terdapat 463 juta orang berusia antara 20 - 79 th yang hidup dengan DM. Angka itu diperkirakan akan meningkat menjadi 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta orang pada tahun 2045 (Lambrinou et al., 2019, Kemenkes, 2020).

Menurut data IDF Indonesia berada di peringkat ke-5 dari 10 negara dengan jumlah orang dengan DM terbanyak, yaitu sekitar 19,5 juta pada tahun 2021(Kemenkes, 2020, Sun et al., 2022). Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) penyakit tidak menular, DM meningkat dari 1,1 persen pada tahun 2007 menjadi 1,5% pada tahun 2013, dan 2% pada data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi penyakit DM. Di rumah sakit Aisyiyah sendiri penyakit DM menempati urutan ke 5 dari 10 besar penyakit.

Tabel 1. Data 10 besar penyakit di Rumah Sakit Aisyiyah Kudus tahun 2021.

No	Code ICD 10	Diagnosis	Jumlah
1	A91	Dengue Haemorrhagic fever	616
2	A09	DADRS	606
3	B34.2	Covid-19	535
4	E11.9	NIDDM (<i>without complications</i>)	500
5	P39.9	Neonatal Infections	470
6	J18.0	Bronchopneumonia	414
7	I10	Hypertensi	340
8	D64.9	Anemia	316
9	A49.9	Bacterial infection	275
10	I50.0	Congestive Heart Failure	263

Tingginya prevalensi DM di Indonesia dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup seiring dengan semakin baiknya tingkat ekonomi masyarakat Indonesia. Ketidapatuhan pasien dalam penatalaksanaan DM, termasuk kurangnya pemahaman tentang diet, manfaat latihan fisik, usia lanjut, keterbatasan fisik, pemahaman yang salah mengenai manfaat obat, serta ketidapatuhan dalam minum obat merupakan kondisi yang banyak ditemukan di masyarakat. Kebiasaan masyarakat untuk mengonsumsi makanan cepat saji, kesibukan akibat pekerjaan, dan stres dalam pekerjaan semakin memperbesar kemungkinan terjadinya diabetes melitus.

Pengelolaan DM memerlukan peran serta berbagai pihak, tidak hanya dokter, perawat, ahli gizi, tenaga kesehatan lain, tetapi peran pasien dan keluarga juga sangat penting. Edukasi kepada pasien dan keluarga diperlukan untuk dapat memberikan pemahaman tentang perjalanan penyakit, pencegahan penyakit, penatalaksanaan, dan komplikasinya

(Ogurtsova et al., 2017). Dilain sisi, edukasi kesehatan juga penting dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit. Diharapkan pasien dan keluarga mampu melakukan perawatan secara mandiri (Habibah et al., 2019). Selain itu edukasi tentang faktor risiko DM diharapkan mampu mendorong setiap pasien untuk melakukan tindakan hidup sehat agar mendukung perbaikan penyakit.

Peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang DM yang diikuti dengan kesadaran untuk bersikap dan bertindak hidup sehat berperan penting dalam pencegahan komplikasi akibat DM. Meningkatnya pengetahuan tentang DM akan menyebabkan pasien dan keluarga mampu memahami bahwa pengelolaan DM tidak hanya tergantung pada pengobatan, tetapi perubahan gaya hidup seperti olah raga dan pengaturan diet juga dapat mencegah pemburukan penyakit (Yamaoka et al., 2019).

Meningkatnya prevalensi DM dilihat dari sisi ekonomi mengganggu pertumbuhan ekonomi makro. Hal ini disebabkan karena penurunan kualitas angkatan kerja. Produktivitas tenaga kerja akan menurun karena pekerja yang memiliki penyakit DM akan mempunyai potensi sering izin kerja (Chand et al., 2020). Salah satu tantangan yang dihadapi adalah DM tidak hanya menyerang kelompok lanjut usia, tetapi juga kelompok usia produktif. Tidak hanya itu, tingginya angka kejadian DM di seluruh dunia, menyebabkan tingginya beban biaya perawatan kesehatan (Cousin et al., 2022).

Rumah sakit berfungsi menyelenggarakan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan promotif. Isu *Health Promoting Hospital* (HPH) menjadi perhatian karena prevalensi penyakit tidak menular akibat perubahan gaya hidup dan penyakit kronis yang semakin tinggi, sehingga masyarakat membutuhkan dukungan yang terus menerus. Kegiatan promotif di rumah sakit biasanya dilakukan dalam kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS). Kegiatan tersebut merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk pencegahan penyakit, termasuk penyakit DM. Hal tersebut sesuai dengan amanat yang terdapat di dalam undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Rumah sakit dikembangkan untuk meningkatkan kemampuan setiap orang agar bisa mengendalikan dan memperbaiki kesehatan dirinya serta menjadikan rumah sakit sebagai tempat kerja yang sehat (Prahesti, 2018, Kusumo et al., 2023).

Inisiasi program *Health Promoting Hospital* (HPH) telah diprakarsai oleh WHO dan diterapkan di beberapa negara Eropa dan negara-negara yang tergabung dengan WHO. Implementasi program PKRS dapat mengintegrasikan promosi kesehatan dalam aktivitas harian. Salah satu integrasi program tersebut adalah menjadikan lingkungan rumah sakit bebas rokok, mendorong partisipasi pasien dalam menerapkan tindakan hidup sehat, melibatkan peran profesional dalam pelayanan pasien secara terintegrasi, memperhatikan hak-hak pasien dan meningkatkan lingkungan rumah sakit yang sehat (Wu et al., 2021). Terdapat 5 standar pelayanan

yang disampaikan oleh WHO untuk memastikan kualitas pelayanan dalam program PKRS yaitu :

1. Rumah sakit harus mempunyai kebijakan untuk promosi kesehatan. Kebijakan tersebut harus diimplementasikan sebagai bagian dari seluruh rumah sakit dan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan seluruh pasien, relasi dan staf rumah sakit.
2. Rumah sakit berkewajiban untuk memastikan *assessment* kebutuhan pasien dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan rehabilitasi.
3. Rumah sakit harus menyediakan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien dan kondisi kesehatan mereka, serta intervensi promosi kesehatan harus diterapkan dalam semua alur pelayanan pasien.
4. Manajemen rumah sakit bertanggung jawab dalam menciptakan lingkungan kerja yang sehat di rumah sakit.
5. Mengadakan kerja sama secara kontinu dengan institusi dan sektor pelayanan kesehatan lainnya.

Implementasi penerapan program PKRS akan berdampak positif bagi pasien dan keluarganya. Melalui PKRS pasien dapat diberikan pengetahuan mengenai penyakit dan pencegahannya. Promosi kesehatan rumah sakit juga dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran pasien dan keluarganya supaya aktif melakukan pola hidup sehat. Prinsip dari implementasi berbagai kegiatan program PKRS adalah edukasi untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada pengunjung rumah sakit dan

keluarganya. Tujuan dari edukasi tersebut adalah meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan hidup sehat (Kusumo et al., 2023, Afriyani et al., 2021). Kegiatan PKRS dapat dilakukan secara langsung dengan memberikan ceramah kepada pasien saat menunggu giliran periksa di poliklinik. Selain itu PKRS dapat dilakukan dengan menggunakan media cetak seperti leaflet dan brosur yang disediakan di rumah sakit.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berorientasi pada pasien (*patient centered care/ PCC*) didefinisikan sebagai pendekatan dalam perencanaan, pemberian layanan kesehatan dan evaluasinya berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia layanan, pasien, dan keluarga. Konsep ini didasarkan pada hubungan yang baik dan kuat antara pemberi layanan dan pasien, komunikasi yang baik dan efektif, serta pengambilan keputusan bersama (Rubashkin et al., 2018). Kegiatan PKRS dapat menunjang program PCC sesuai rekomendasi WHO. Keterlibatan pasien dan keluarga memberikan manfaat terhadap peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang dideritanya. Hal ini dapat mempermudah dokter untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan pelayanan kesehatan yang akan dijalaninya.

Di era pandemi Covid-19 saat ini, didapatkan pembatasan kegiatan berkumpul di rumah sakit, kegiatan PKRS dapat dilakukan dengan pendekatan teknologi informasi. Hasil penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa, intervensi terhadap pasien DM berbasis aplikasi telepon seluler berpengaruh terhadap perbaikan keadaan penyakitnya (Fan and Zhao,

2022). Dibutuhkan usaha yang besar dan melibatkan berbagai pihak untuk dapat mengubah gaya hidup penyandang DM. Manajemen diri untuk dapat mengubah tindakan merupakan kunci keberhasilan dalam pengelolaan DM. Pemberian pengetahuan mengenai diet yang sehat, olah raga teratur, minum obat secara teratur, dan tata cara mengelola stres adalah hal-hal yang dapat diberikan kepada pasien DM melalui aplikasi *mHealth*. Menurut penelitian sebelumnya, penggunaan teknologi informasi melalui aplikasi *mHealth* berperan dalam membentuk tindakan pasien (Murad et al., 2020).

Pasien yang menerima edukasi dengan media video yang diberikan melalui telepon seluler mendapatkan penurunan HbA1c dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapat video edukasi (Agastiya et al., 2022). Penelitian serupa juga menjelaskan bahwa penggunaan pesan singkat (*Short Message Service/SMS*) dalam pengelolaan DM cukup efektif dalam memperbaiki indikator-indikator yang diperiksa seperti HbA1c, LDL, Cholesterol, BUN, microalbumin, serta meningkatkan pengetahuan dan perbaikan diri pada pasien dibandingkan pada kontrol (Güner and Coşansu, 2020).

Rumah sakit Aisyiyah Kudus merupakan amal usaha Muhammadiyah. Manajemen rumah sakit Aisyiyah saat ini mulai melakukan beberapa perubahan untuk efisiensi dan modernisasi pelayanan kesehatan. Salah satu strategi yang dilakukan untuk efisiensi adalah menggantikan rekam medis kertas menjadi rekam medis elektronik. Selain itu pendaftaran dan antrean pasien rawat jalan juga mulai menggunakan

aplikasi Online berbasis android. Kondisi ini memberikan manfaat terhadap pengurangan waktu tunggu (antrean) pasien rawat jalan. Tetapi disisi lain, program PKRS yang sebelumnya dilakukan dengan ceramah secara langsung, tidak bisa lagi dilakukan oleh karena pasien lebih banyak yang menunggu dari rumah. Berdasarkan kondisi tersebut manajemen mulai berpikir untuk dapat melakukan program PKRS dengan menggunakan teknologi berbasis aplikasi.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa aplikasi E-MMCD (*Electronic Muhammadiyah Monitoring Chronic Disease*) dapat digunakan untuk mencegah komplikasi DM. Aplikasi ini dirancang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien. Pasien dengan mudah dapat menginstal dan mendownload di *Google App* secara mudah. Aplikasi ini belum dilakukan diuji efektivitas untuk menilai sejauh mana keefektifan produk yang sudah ada. Pasien yang menginstal aplikasi tersebut dan mengisi data survei yang berkaitan dengan status kesehatannya, akan mendapat *assessment* awal apakah kondisi yang bersangkutan tidak berisiko, berisiko sedang, atau berisiko tinggi. Selanjutnya dari *assessment* awal tersebut, pasien dapat mengerti hal-hal apakah yang perlu ditingkatkan agar kondisinya menjadi lebih baik. Pasien dapat melakukan penilaian secara mandiri dengan melihat apakah aktivitas fisiknya yang kurang, pola dietnya yang kurang baik, keteraturan minum obat, atau manajemen stres melalui ketaatan dalam beribadah yang perlu ditingkatkan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana efektivitas aplikasi E-MMCD dalam mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat pasien DM?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengukur efektivitas aplikasi E-MMCD dalam mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat pasien DM di rumah sakit Aisyiyah Kudus

Tujuan Khusus :

- a. Menganalisis perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah pemberian aplikasi E-MMCD pada pasien DM di rumah sakit Aisyiyah Kudus
- b. Menganalisis perbedaan sikap sebelum dan setelah pemberian aplikasi E-MMCD pada pasien DM di rumah sakit Aisyiyah Kudus
- c. Menganalisis perbedaan perilaku sebelum dan setelah pemberian aplikasi E-MMCD pada pasien DM di rumah sakit Aisyiyah Kudus
- d. Mengeksplorasi hambatan penggunaan Aplikasi E-MMCD dalam mengendalikan DM
- e. Mengeksplorasi rekomendasi penggunaan Aplikasi E-MMCD untuk mengendalikan komplikasi akibat DM

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis :

Hasil penelitian ini diharapkan dapat melengkapi konsep dalam pelaksanaan program PKRS yang berorientasi pada pasien (*Patient Centered Care/PCC*).

2. Manfaat Praktis :

a. Bagi Peneliti :

Meningkatkan pengetahuan peneliti mengenai model PKRS berbasis teknologi informasi.

b. Bagi Institusi :

- 1) Melengkapi panduan dalam pelaksanaan program PKRS yang berorientasi pada pasien
- 2) Mengembangkan model PKRS yang efektif yang berorientasi pada pasien.
- 3) Menjadi nilai tambah bagi rumah sakit dengan memenuhi kebutuhan pasien terhadap informasi kesehatan yang berkaitan dengan kondisinya.
- 4) Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit.

b. Bagi peneliti selanjutnya :

Hasil penelitian ini menjadi dasar pengembangan pemanfaatan media berbasis teknologi informasi dalam program PKRS.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 2. Keaslian penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun Penelitian	Intervensi	Populasi Penelitian	Prosedur Penelitian
1.	An mHealth App to Promote Diabetes self-care Behavior among Medically Underserved Population.	Mohammad Murad, RadhaKanta Mahapatra, Ramakrishna Dantu, Matthew Alenius	2020	Elaboration Likelihood Model & Fogg's Behavioral Model	30 orang pasien DM tipe 2 yang berusia 18 th atau lebih, dari kelompok masyarakat yang kurang mendapat pelayanan medis	Pasien dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan yang akan memakai aplikasi <i>mHealth</i> , dan kelompok kontrol yang tidak memakai aplikasi. Kelompok perlakuan akan menggunakan aplikasi selama periode waktu penelitian (6 bulan). Seluruh peserta penelitian akan mengisi survey pada awal penelitian, pada pertengahan dan pada akhir periode penelitian. Evaluasi dilakukan terhadap perubahan perilaku dan pada kondisi kesehatan.
2.	Impact of Distance education via mobile phone text messeging on knowledge, attitude, practice and self efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus in Iran	Mandana Goodarzi, Issa Ebrahimzadeh, Alireza Rabi, Bahman Saedipoor, Mohammad Asghari Jafarabadi	2011	Peneliti memberikan edukasi mengenai latihan fisik, diet, penggunaan obat DM dan pemantauan gula darah secara mandiri kepada kelompok perlakuan selama 3 bulan	81 pasien DM tipe 2	Pasien dibagi menjadi 2 kelompok, kelompok perlakuan yang akan mendapatkan sms secara rutin 4 kali dalam 1 mgu selama 3 bulan mengenai Latihan fisik, diet, penggunaan obat DM, dan pemantauan gula darah secara mandiri. Sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan SMS. Survey dilakukan sebelum dan pada akhir penelitian untuk menilai pengetahuan dan tindakan pasien dari kedua kelompok.
3.	A mobile app for diabetes management : impact on self-efficacy among patients with type 2 diabetes at a community hospital	Yangkui Zhai, Wenjuan Yu	2020	Pengukuran self - efficacy dengan menggunakan kuisioner Diabetes Self-Efficacy scale questionnaire	120 pasien DM tipe 2 yang terdaftar di Pusat Kesehatan Masyarakat di Zhangjiawo, China.	Pasien dibagi dalam 2 kelompok secara acak, 60 orang ke dalam kelompok penerima aplikasi, 60 orang tidak mendapat aplikasi. Kemudian dilakukan pemeriksaan pada bulan ke 3 dan 6 untuk menilai HbA1C dan diabetes self-efficacy.

