

**EKSPLORASI PENGALAMAN PASIEN DIABETES MELITUS
PROGRAM RUJUK BALIK TERHADAP PELAYANAN APOTEKER
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER:
STUDI *MIXED METHODS***

*Exploration of the Patient Experiences with Diabetes Mellitus
Back-Referral Program on Pharmacist Service Care within
Primary Healthcare: A Mixed Methods Study*

**AKHMAD ARDIANSYAH
N012201005**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU FARMASI
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**EKSPLORASI PENGALAMAN PASIEN DIABETES MELITUS
PROGRAM RUJUK BALIK TERHADAP PELAYANAN APOTEKER
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER:
STUDI *MIXED METHODS***

*Exploration of the Patient Experiences with Diabetes Mellitus
Back-Referral Program on Pharmacist Service Care within
Primary Healthcare: A Mixed Methods Study*

**AKHMAD ARDIANSYAH
N012201005**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU FARMASI
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

TESIS

**EKSPLORASI PENGALAMAN PASIEN DIABETES MELITUS
PROGRAM RUJUK BALIK TERHADAP PELAYANAN APOTEKER DI
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER:
STUDI MIXED METHODS**

AKHMAD ARDIANSYAH

N012201005

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Magister Ilmu Farmasi Fakultas Farmasi
Universitas Hasanuddin
pada tanggal 31 Juli 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama



Prof. Dr. rer.nat. Marianti A. Manggau, Apt.
NIP. 19670319 199203 2 002

Ketua Program Studi Magister Ilmu Farmasi
Universitas Hasanuddin



Muhammad Aswad, S.Si, M.Si, PhD
NIP. 19800101 200312 1 004

Pembimbing Pendamping



Bustanul Arifin, S.Farm, Apt, M.Sc, MPH, PhD.
NIP. 19830316 200502 1 003

Dekan Fakultas Farmasi
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. rer.nat. Marianti A. Manggau, Apt.
NIP. 19670319 199203 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Akhmad Ardiansyah
NIM : N012201005
Program Studi : Magister Ilmu Farmasi
Fakultas : Farmasi
Judul : Eksplorasi Pengalaman Pasien Diabetes Melitus Program Rujuk Balik Terhadap Pelayanan Apoteker di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer: Studi *Mixed Methods*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Farmasi Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 31 Juli 2023

Penulis,

AKHMAD ARDIANSYAH
N012201005

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
INTISARI.....	xi
ABSTRACT.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Batasan Masalah.....	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.5. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Hakikat Pengalaman Pasien.....	8
2.2. Kepuasan Pasien pada Pelayanan Kefarmasian.....	9
2.3. Program Rujuk Balik (PRB).....	13
2.4. Diabetes Melitus.....	17
2.3. Pelayanan Farmasi Pada Diabetes Melitus.....	24
2.5. Kerangka teori.....	27
2.6. Kerangka konsep.....	28
BAB III METODE PENELITIAN.....	29
3.1. Desain penelitian.....	29
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	29
3.3. Populasi dan Partisipan.....	30
3.4. Instrumen Penelitian.....	33
3.5. Prosedur Penelitian.....	39

3.6.	Analisa Data	43
3.7.	Diagram Alir Penelitian	49
BAB IV HASIL PENELITIAN		50
4.1.	Identifikasi Tingkat Kepuasan Pelayanan Kefarmasian.....	50
4.2.	Identifikasi faktor yang memengaruhi kepuasan pada pelayanan kefarmasian.....	58
4.3.	Eksplorasi Kepuasan pada Pelayanan Kefarmasian.....	63
BAB V PEMBAHASAN		69
5.1.	Kepuasan Pasien	69
5.2.	Komunikasi dan profesionalisme	70
5.3.	Manajemen terapi.....	71
5.4.	Implikasi Kefarmasian	73
5.5.	Kekuatan dan Keterbatasan penelitian.....	74
BAB VI PENUTUP		78
6.1	Kesimpulan.....	78
6.2	Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....		80
LAMPIRAN		87

INTISARI

AKHMAD ARDIANSYAH. *Eksplorasi Pengalaman Pasien Diabetes Melitus Program Rujuk Balik Terhadap Pelayanan Apoteker di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer: Studi Mixed Methods* (dibimbing oleh Marianti A. Manggau dan Bustanul Arifin)

Pengalaman pasien terhadap pelayanan kefarmasian semakin penting dinilai agar menghasilkan luaran yang lebih baik. Penelitian ini bertujuan menilai tingkat kepuasan, mengidentifikasi faktor yang memengaruhinya, dan mengeksplorasi pengalaman pasien Diabetes Mellitus type 2 (DMt2) peserta Program Rujuk Balik (PRB) terhadap pelayanan kefarmasian. Penelitian ini mengkombinasikan metode kuantitatif dan kualitatif pendekatan sekuensial eksplanatoris. Pengumpulan data kuantitatif, skor kepuasan diukur menggunakan instrumen *Pharmacy Services Questionnaire*. Skoring kepuasan 1 hingga 4 (4 skor kepuasan tertinggi). Inklusi kriteria partisipan DMt2 PRB usia 18 keatas. Statistik deskriptif, analisis logistik biner dengan uji *chi-square* dan multivariat untuk menganalisis karakteristik, kepuasan, dan faktor yang memengaruhi kepuasan. Selanjutnya, data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan potensial terhadap pelayanan kefarmasian dengan analisis tematik. Total 266 partisipan (± 58 tahun), mayoritas ibu rumah tangga. Keseluruhan, 70% ($p < 0,005$) partisipan puas dengan pelayanan kefarmasian. Namun ditemukan 9 item dengan nilai $< 2,88$ (tidak puas) yakni 4 item domain komunikasi dan profesionalisme dan 5 item domain manajemen terapi. Tiga item dengan skor terbawah (i) penjelasan terkait efek samping [2,39], (ii) membutuhkan privasi saat berkonsultasi [2,61], dan (iii) mengharapkan apoteker untuk membantu mengelola pengobatan [2,62]. Selanjutnya, faktor-faktor yang memengaruhi ketidakpuasan: perempuan (OR 3,46), pendidikan tinggi (OR 2,20), pekerja aktif (OR 2,98), dan tidak dapat mengidentifikasi personil apotek (OR 3,71). Wawancara mendalam 10 partisipan ditemukan 93 kode relevan, 13 kategori, dan 5 tema yakni: Informasi efek samping, privasi pasien, pengelolaan obat, hambatan pelayanan, dan harapan pelayanan kefarmasian. Jadi, sebahagian besar partisipan puas dengan pelayanan kefarmasian (70%) namun, dalam beberapa aspek dinilai bahwa peningkatan kualitas layanan masih diperlukan.

Kata kunci: BPJS, Pelayanan Farmasi Komunitas, Penyakit Kronis, Program Rujuk Balik.

ABSTRACT

AKHMAD ARDIANSYAH. Exploration of the Patient Experiences with Diabetes Mellitus Back-Referral Program on Pharmacist Service Care within Primary Healthcare: A Mixed Methods Study (Supervised by Marianti A. Manggau and Bustanul Arifin)

Patient experience with pharmaceutical services is increasingly important to evaluate for better outcomes. This study aims to assess the level of satisfaction, identify influencing factors, and explore the experiences of patients with type 2 Diabetes Mellitus (t2DM) participating in the Referral-Back Program (PRB) regarding pharmaceutical services. Mixed methods sequential explanatory approach. Quantitative data collection involves measuring satisfaction scores t2DM PRB participants aged 18 and above using the Pharmacy Services Questionnaire instrument. Satisfaction scores range 1 to 4 (4 the highest score). Descriptive statistics, binary logistic regression with chi-square tests, and multivariate statistics are employed to analyze characteristics, satisfaction levels, and factors affecting satisfaction. Furthermore, qualitative data collection involves conducting in-depth interviews using thematic analysis to explore potential participants' experiences with pharmacy services. A total of 266 participants (mean age \pm 58 years), with the majority being homemakers. Overall, 70% ($p < 0.005$) of the participants were satisfied with the pharmaceutical services. However, 9 items were found scores $< 2,88$ (unsatisfied), including four items in the communication and professionalism domain and five in the therapy management domain. The three lowest scoring items were: (i) explanation of side effects [2.39], (ii) need for privacy during the consultation [2.61], and (iii) expectation for the pharmacist to assist in managing medication [2.62]. Furthermore, factors influencing dissatisfaction were identified: female (OR 3.46), higher education (OR 2.20), active employment (OR 2.98), and inability to identify pharmacy personnel (OR 3.71). In-depth interviews with 10 participants revealed 93 relevant codes, 13 categories, and five themes: information on side effects, patient privacy, medication management, service barriers, and expectations of pharmaceutical services. In conclusion, most participants were satisfied (70%) with pharmaceutical services, but improvement in service quality is still needed in certain aspects.

Keywords: BPJS, Community Pharmacy Services, Chronic Illness, Referral-back Program.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Di negara-negara maju, pengalaman pasien merupakan parameter penting yang digunakan untuk menyusun strategi tata kelola rumah sakit. Pengalaman pasien dapat menggambarkan kondisi aktual tentang kualitas pelayanan pada setiap bagian di rumah sakit. Pengalaman pasien dapat menggambarkan kondisi aktual tentang pelayanan serta unsur-unsur yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan. Di Australia, pengalaman pasien selain sebagai sumber informasi dalam mengevaluasi pelayanan kesehatan, informasi yang bersumber dari keterlibatan konsumen juga dijadikan sebagai standar dalam proses perencanaan strategis suatu organisasi rumah sakit (Harrison *et al.*, 2016).

Pengalaman pasien yang dilayani apoteker pada praktek umum dapat meningkatkan aksesibilitas dan meningkatkan kualitas pelayanan yang diterima pasien pada pelayanan primer (Karampatakis *et al.*, 2021). Terdapat pengaruh yang signifikan pada pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian di apotek terhadap kepuasan pasien peserta Program Rujuk Balik (PRB) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Dwi and Ayu, 2015). Gambaran kepuasan terhadap kinerja pelayanan farmasi BPJS kepada pasien DMt2 peserta BPJS dinilai puas oleh pasien DMt2 tetapi tingkat kepuasannya belum maksimal (Aditya, Wagiono and Budiman, 2016). Penilaian pelayanan kefarmasian oleh peserta PRB di apotek terhadap aspek pelayanan informasi obat, konseling, dan monitoring belum dapat memuaskan peserta PRB serta peserta PRB juga memiliki harapan yang sangat tinggi pada apoteker dalam pelayanan kefarmasian sehingga dapat meningkatkan luaran klinik pada pengobatan peserta PRB (Wirasuta *et al.*, 2016).

BPJS Kesehatan sebagai badan hukum yang melaksanakan program JKN. Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atau Primer (Kemenkes RI, 2013). Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif yaitu pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk

pelayanan penunjang. Salah satu program yang dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer adalah Program Rujuk Balik (PRB) (Kemenkes RI, 2015).

PRB yang dikembangkan BPJS Kesehatan merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien penyakit kronis seperti Diabetes mellitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Epilepsy, Stroke, Schizophrenia, dan Systemic Lupus Erythematosus (SLE) dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Dokter Spesialis/Sub Spesialis akan memberikan Surat Rujuk Balik (SRB) yang disertai dengan arahan tindak lanjut pengobatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan memberikan resep obat sesuai jenis obat PRB (BPJS, 2014).

Di sisi lain, Indonesia menghadapi permasalahan kesehatan akibat perubahan lingkungan strategis berupa adanya kecenderungan peningkatan kasus penyakit kronis salah satunya Diabetes Melitus (DM). Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan terjadi peningkatan jumlah pasien Diabetes Melitus tipe 2 (DMt2) yang cukup signifikan pada tahun-tahun yang akan mendatang. Diperkirakan signifikansi peningkatan kasus DMt2 di Indonesia di tahun 2000 sebanyak 8,4 juta menjadi 21,3 juta pada tahun 2030 (PB Perkeni, 2021). *International Diabetes Federation* juga memprediksi penduduk Indonesia dengan diagnosa DM pada tahun 2021 sebanyak 19,4 juta dan meningkat menjadi 23,3 juta pada tahun 2030 (IDF, 2021). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Indonesia berdasarkan diagnosa dokter pada umur ≥ 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi DM tahun 2013 yaitu 1,5 %. Sulawesi selatan menempati urutan ketujuh dengan prevalensi 1,8 dengan jumlah terhitung 23 ribu jiwa. Kota Makassar sebagai ibukota provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi DM berdasarkan diagnosa dokter pada umur ≥ 15 tahun sebesar 1,73% lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 yaitu 1,6% yang dapat diartikan bahwa terjadi peningkatan jumlah pasien dengan diagnosa DM (Kemenkes RI, 2019a).

Permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan jumlah pasien DM di Indonesia menjadi beban berat dan harus segera diatasi melalui strategi peningkatan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang menjadi ujung tombak dalam pengelolaan DM dengan berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya. Peningkatan jumlah pasien DM dan penerapan *Universal Health Coverage* (UHC) sejak tahun 2019 secara signifikan

juga meningkatkan jumlah peserta PRB, demikian juga akan mutu pelayanan, kontinuitas perawatan dan jumlah ketersediaan obat (Saragi *et al.*, 2019). Dengan penerapan UHC ini, maka pemerintah melakukan perubahan pada sistem JKN.

Adanya perubahan pada sistem JKN di Indonesia yaitu pelayanan kesehatan berjenjang, membuka akses peserta PRB berkonsultasi dengan beberapa tenaga profesional kesehatan. Hal ini berpotensi menyebabkan pasien menerima pelayanan yang berbeda-beda oleh tenaga kesehatan, sehingga mempengaruhi kontinuitas dan kualitas pelayanan. DM menjadi perhatian dalam PRB, khususnya dalam pencegahan komplikasi akut dan kronis. Pasien DM yang menjalani terapi obat hanya sepertiga yang mencapai target, dengan rata-rata HbA1c masih sebesar 8%. Mencapai level HbA1c yang ideal adalah tugas yang menantang. Kepatuhan terhadap terapi, jenis terapi, polifarmasi, obesitas dan gaya hidup, jenis pelayanan kesehatan (Sherwani *et al.*, 2016; Jafarian-Amirkhizi *et al.*, 2018; AL-Musawe *et al.*, 2021; Kennedy-Martin, Boye and Kennedy-Martin, 2021; Rukleng, Woradet and Chaimay, 2021) primer vs. sekunder / tersier (Arifin, van Asselt, *et al.*, 2019)), serta kondisi psikologis pasien, misalnya, Kualitas Hidup terkait kesehatan (HRQoL) dan diabetes distress, semuanya dapat memiliki dampak pada kondisi pasien (Kautzky-Willer, Harreiter and Pacini, 2016; Arifin, Idrus, *et al.*, 2019; Arifin, van Asselt, *et al.*, 2019). Kontrol glikemik yang normal dipengaruhi oleh seberapa baik seseorang minum obat mereka. Tingkat ini dapat menurunkan risiko masuk rumah sakit, mengurangi penyakit dan kematian, dan menghemat uang untuk perawatan medis (Williams *et al.*, 2014; Polonsky and Henry, 2016). Studi oleh Garcia *et al.* pada tahun 2013 menunjukkan bahwa kurang dari 50% pasien dengan T2DM merespons pengobatan dengan baik, menunjukkan bahwa pasien perlu mengikuti rencana perawatan mereka (García-Pérez *et al.*, 2013). Hal ini disebabkan masih tingginya perilaku pasien DM yang tidak patuh dalam pengobatan sehingga pengelolaan DM perlu ditingkatkan. Pemberdayaan pasien DM dalam pengelolaan penyakit secara mandiri perlu menjadi perhatian tenaga kesehatan, dimana dapat menjadi penyebab hambatan pasien dalam membuat keputusan untuk menggunakan obat dengan aturan yang tepat untuk mengendalikan penyakitnya (Aditama *et al.*, 2021).

Penelitian tentang implementasi Model Pelaksanaan Terapi Obat Komprehensif (PTOK) pada pasien DM peserta PRB dengan menilai keberdayaan pasien dan pengalaman pasien dalam penggunaan obat pada pelayanan primer dapat meningkatkan keberdayaan pasien, namun kurangnya pengalaman

pengobatan pasien dapat berpotensi menjadi penyebab pengambilan keputusan yang tidak tepat (Aditama *et al.*, 2021). Kegagalan untuk mengobati T2DM dapat menyebabkan lebih banyak komplikasi, yang meningkatkan biaya perawatan, perawatan dan membebani pemerintah. Kepuasan perawatan merupakan faktor penting dalam kualitas pelayanan. Pasien yang merasa puas dengan perawatan mereka cenderung tetap dengan perawatan mereka, yang sangat penting ketika merawat kondisi jangka panjang seperti T2DM (Demos *et al.*, 2019; Zhou *et al.*, 2019a). Dengan cara ini, apoteker harus meningkatkan pelayanan mereka sehingga farmakoterapi, kontrol glikemik, dan profil lipid, dan HRQoL penderita diabetes semuanya dapat ditingkatkan (Shawahna *et al.*, 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Federasi Farmasi Internasional (FIF) telah menekankan pentingnya mengubah paradigma pelayanan kesehatan dari praktik berorientasi produk menjadi berorientasi pasien. Pada kenyataannya, jumlah orang yang membutuhkan perawatan kesehatan semakin meningkat karena banyak dari orang-orang yang memiliki penyakit kronis, tidak minum obat sesuai resep (World Health Organization, 2006). Berdasarkan riset kesehatan dasar di Kota Makassar pada tahun 2018, sekitar 8% dari partisipan yang tidak patuh mengkonsumsi obat DM dengan alasan partisipan sering lupa minum obat, penggunaan obat tradisional, dan merasa sudah sehat (Kemenkes RI, 2018). Kepatuhan minum obat pasien DMt2 secara signifikan dipengaruhi oleh pengalaman kepuasan pada pelayanan farmasi (Zhou *et al.*, 2019b). Secara umum, kepuasan pasien dalam hal kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor subjektif dan objektif, antara lain karakteristik demografis pasien, harapan pasien, keyakinan pasien, fungsi sosial pasien, kualitas pelayanan kesehatan, dan tenaga kesehatan (Ke *et al.*, 2020). Pengalaman pasien yang baik dalam perawatan kesehatan menjadi semakin kritis karena telah didorong untuk mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik (Manary *et al.*, 2012). Dinamika kualitas pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kepuasan pasien berdasarkan pengalaman mereka dalam pelayanan kesehatan.

Salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi pasien rawat jalan DMt2 adalah melalui program rujukan kembali BPJS (*Program Rujuk Balik*, atau PRB). Pasien rawat jalan DMt2 dalam program ini dapat berkonsultasi dengan dokter spesialis penyakit dalam (setiap tiga bulan dalam perawatan sekunder) dan dipantau oleh dokter umum selama terapi (setiap bulan dalam perawatan primer) (Saragi *et al.*, 2019). Selama pengobatan dalam program

ini, peserta PRB akan mendapatkan obat serta pelayanan farmasi di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer) dan Apotek yang bekerja sama dengan BPJS secara rutin berdasarkan rekomendasi dokter/dokter spesialis/dokter subspecialis. Pelayanan farmasi merupakan komponen integral dari program PRB. Efektivitas pengobatan pasien rawat jalan DMt2 secara substansial dipengaruhi oleh tingkat kepuasan mereka terhadap pelayanan yang mereka terima (Larasanty *et al.*, 2019).

Beberapa studi terdahulu menunjukkan bahwa lebih dari 80% pasien merasa puas dengan pelayanan farmasi. Namun, tingkat kepuasan sebagian besar tergantung pada seberapa sering pasien menggunakan pelayanan dan seberapa tinggi harapan pasien pada pelayanan farmasi. Harapan yang tinggi dari pasien membuat Apoteker harus memiliki berbagai cara untuk meningkatkan pelayanan yang mereka tawarkan, dan mereka juga dapat menghasilkan ide-ide baru untuk pelayanan tambahan yang dapat digunakan pelayanan farmasi untuk meningkatkan peran mereka dalam sistem perawatan kesehatan (Melton and Lai, 2017; Larasanty *et al.*, 2019).

Bertolak dari uraian dan fakta yang ditemukan sebelumnya, apoteker dinilai perlu memiliki informasi yang lebih mendalam mengenai pengalaman pasien DMt2 pada pelayanan farmasi. Informasi yang lebih kaya dan berdasarkan bukti-bukti (*evidence based*) tersebut dapat difokuskan pada eksplorasi pengalaman pasien DMt2 yang menjadi peserta Program Rujuk Balik (PRB) terhadap pelayanan apoteker di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Eksplorasi pengalaman pasien dapat memberikan gambaran dan wawasan yang lebih lengkap tentang perspektif pasien DMt2, tantangan yang dihadapi, harapan pasien terhadap pelayanan farmasi, serta faktor-faktor yang memengaruhi kepuasan pada pelayanan farmasi. Dengan memahami pengalaman pasien secara mendalam, apoteker dapat mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki, apoteker mampu mengoptimalkan komunikasi dengan pasien, menyediakan edukasi yang relevan, dan menciptakan lingkungan yang mendukung agar pasien lebih patuh dalam menjalani pengobatan.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan kajian masalah diatas, maka rumusan masalah penelitian adalah bagaimana gambaran pengalaman pasien DMt2 peserta PRB terhadap pelayanan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

1.3. Batasan Masalah

Ruang lingkup pembahasan dari penelitian yang akan dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat kepuasan pasien DMt2 peserta PRB berdasarkan pengalaman pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan primer?
2. Bagaimana mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker berdasarkan pengalaman di fasilitas pelayanan kesehatan primer?
3. Bagaimana mengeksplorasi pengalaman pasien pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan primer?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai gambaran pengalaman pasien DMt2 peserta PRB terhadap pelayanan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien DMt2 peserta PRB berdasarkan pengalaman pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker berdasarkan pengalaman di fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- c. Mengeksplorasi pengalaman pasien pada pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

1.5. Manfaat Penelitian

- a. Meningkatkan peran apoteker dalam memberikan pelayanan kefarmasian dalam upaya *patient care* sehingga dapat membangun kepercayaan antar profesi dengan profesi dengan pasien.
- b. Mengungkap fenomena yang terjadi di dunia praktik kerja dan dapat memberikan solusi untuk dapat diterima oleh semua pihak yang terkait (Apoteker, Dokter, Pemangku kebijakan).
- c. Meningkatkan kepatuhan pasien dalam terapi pengobatan dan luaran klinis pasien menjadi lebih baik sehingga kualitas hidup pasien semakin meningkat.
- d. Meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian melalui kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan.
- e. Menjadi salah satu acuan untuk intervensi kebijakan kesehatan terutama pada Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
- f. Meningkatkan *health literacy* pasien dalam membuat keputusan tentang terapi yang dijalani.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hakikat Pengalaman Pasien

Kenyataan yang berkembang mengatakan bahwa pengalaman pasien merupakan indikator yang baik untuk kualitas pelayanan kesehatan. Pengalaman yang lebih baik, kerja sama yang lebih kuat dengan pelanggan, dan perawatan yang berbasis pada pasien serta keluarga telah berhubungan dengan meningkatnya hasil kesehatan, klinis, finansial, pelayanan, dan kepuasan. Rekomendasi secara luas atau keputusan untuk kembali berdasarkan pertimbangan kunci yang dibuat oleh pelanggan pelayanan kesehatan melalui pengalamannya dengan penyedia jasa kesehatan merupakan satu dari sedikit cara pelanggan untuk membedakan penyedia jasa. Persepsi akan tampilan dan kualitas dari organisasi pelayanan kesehatan mulai bergerak melewati pemeriksaan ketentuan dari pelayanan kesehatan yang baik, menentukan, dan mencakup pengalaman pasien sebagai indikator penting (CAHPS, 2017).

Pengalaman pasien mengarah pada kualitas dan nilai dari semua interaksi, baik langsung maupun tidak langsung, klinik maupun non klinik, dan mencakup seluruh durasi dari hubungan pasien atau penyedia jasa (Birkelien, 2017). Pengalaman dapat diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami, dijalani maupun dirasakan, baik sudah lama maupun yang baru saja terjadi. Pengalaman dapat diartikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi. Pengalaman adalah pengamatan yang merupakan kombinasi penglihatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu (Notoatmodjo, 2019).

Beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa pengalaman pasien adalah sesuatu yang pernah, dialami maupun dirasakan yang kemudian disimpan dalam memori pasien tersebut. Pengalaman merupakan peristiwa yang tertangkap oleh panca indera dan tersimpan dalam memori. Pengalaman dapat diperoleh ataupun dirasakan saat peristiwa baru saja terjadi maupun sudah lama berlangsung. Pengalaman yang terjadi dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Notoatmodjo, 2019).

Dimensi pengukuran pengalaman pasien yang paling sering digunakan adalah pengembangan instrumen standar dari Picker Institute yang dikenal sebagai *Picker Patient experience questionnaire* (PPE-15): Informasi dan edukasi, koordinasi pelayanan, kenyamanan fisik, dukungan emosional, preferensi pasien, keterlibatan keluarga dan teman, kontinuitas dan transisi, serta akses ke pelayanan (Jenkinson, Coulter and Bruster, 2002).

Pengukuran Pengalaman Pasien Menurut Wong dan Haggerty menyebutkan dalam hasil riset mereka bahwa terdapat 6 (enam) sumber utama dimensi penting untuk mengukur pengalaman pasien terhadap Pelayanan Kesehatan Publik (*Public Health Centre, PHC*) yaitu: Akses (*Access*) yakni kemudahan akses terhadap kontak pertama, akomodasi serta kemudahan akses ekonomi. Komunikasi Interpersonal (*Interpersonal Communication*) yakni komunikasi secara umum, penuh rasa menghormati, berbagi info terhadap setiap keputusan dan pelayanan total terhadap semua orang. Kontinuitas dan Koordinasi (*Continuity and Coordination*) adalah keberlangsungan hubungan, keberlangsungan informasi, koordinasi. Pelayanan Komprehensif (*Comprehensiveness of Service*) adalah jenis pelayanan yang disediakan yaitu promosi kesehatan, pencegahan, dan pengobatan. Kepercayaan (*Trust*) adalah rasa percaya dan keyakinan terhadap sistem pelayanan kesehatan publik yang ada. Laporan perkembangan pelayanan pasien (*Patient-Reported Impacts of Care*) adalah perkembangan aktif pasien (Wong and Haggerty, 2013).

2.2. Kepuasan Pasien pada Pelayanan Kefarmasian

Penilaian pasien terhadap pelayanan kini menjadi cara penting dalam mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan semakin banyak yang berfokus pada konsumerisme dan persaingan dalam sistem pelayanan kesehatan, penilaian pasien terhadap pelayanan dianggap sebagai komponen penting dalam menilai kualitasnya. Kepuasan pasien merupakan indikator penting dari kualitas pelayanan yang disampaikan dan sangat diperlukan untuk memantau dan meningkatkan kualitas dalam sistem pengiriman pelayanan kesehatan. Evaluasi oleh pasien dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan, persepsi, kekhawatiran, dan area kegagalan pelayanan pasien, serta mendorong penyedia pelayanan kesehatan untuk mempertanggungjawabkan kualitas pelayanan yang diberikan (Batbaatar *et al.*, 2015).

Kepuasan pasien bisa diartikan sebagai "penilaian personal pasien terhadap pelayanan dan penyedia pelayanan kesehatan." Kepuasan lebih bersifat subjektif dibandingkan dengan laporan perawatan, yang memberikan informasi objektif mengenai tindakan yang diberikan dalam pelayanan. Kepuasan mencerminkan realitas perawatan serta preferensi dan harapan pasien. Preferensi dan harapan pasien bisa dianggap sebagai faktor penentu kepuasan, sementara elemen perawatan (seperti aspek teknis dan interpersonal) merupakan komponen kepuasan. Kepuasan pasien bisa dikonseptualisasikan sebagai evaluasi kinerja, yaitu penilaian pasien terhadap kinerja apoteker dalam melakukan berbagai aktivitas pelayanan pada pasien (Larson, Rovers and MacKeigan, 2002).

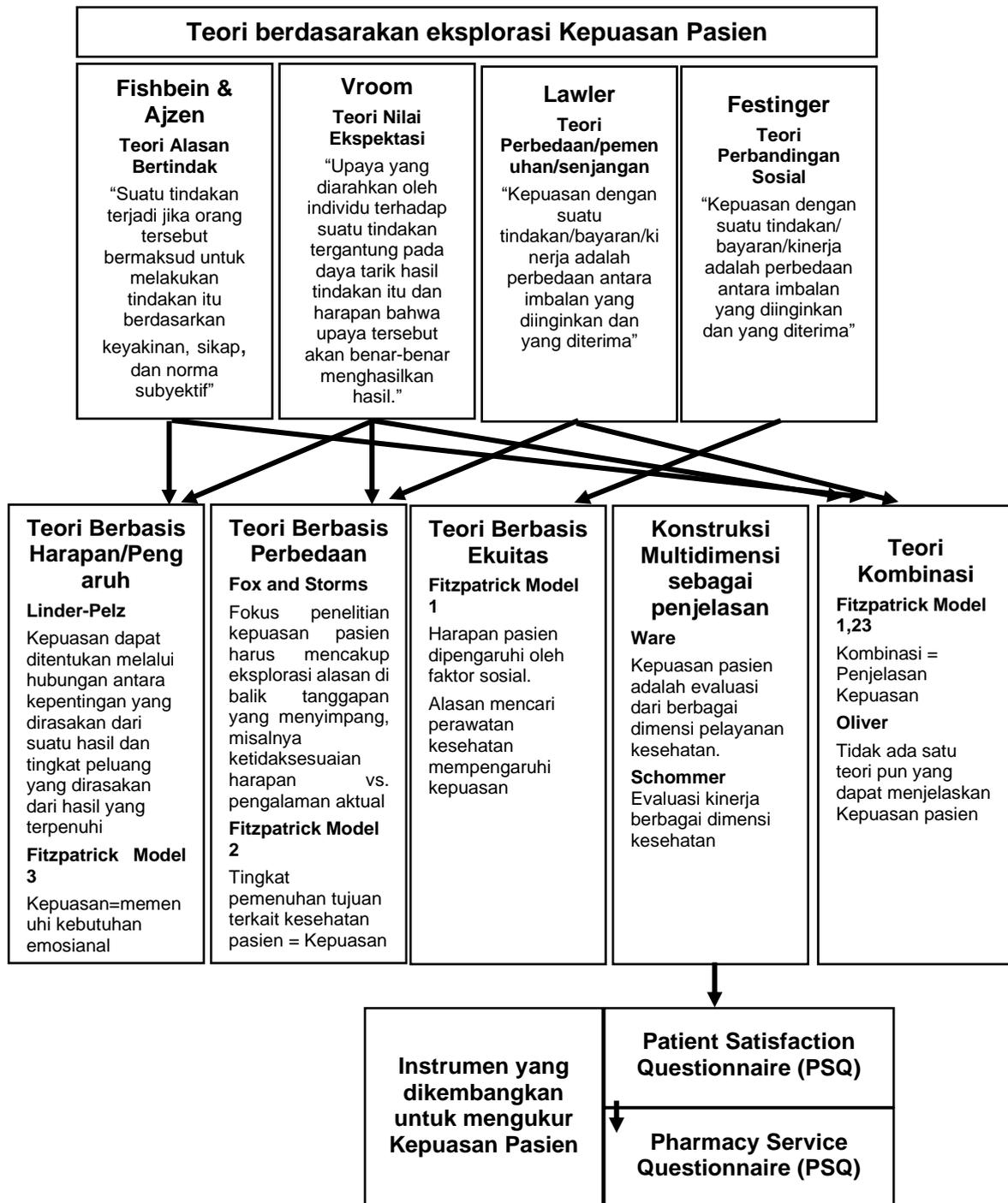
Beberapa dekade terakhir, peran apoteker telah mengalami perubahan. Apoteker tidak hanya memberikan obat, tetapi juga memberikan pelayanan farmasi dan pelayanan kognitif khusus. Model-model pelayanan khusus ini melibatkan apoteker yang terlatih dalam memberikan pelayanan farmasi atau manajemen penyakit dengan melakukan penilaian kepuasan pasien, pengujian parameter penyakit objektif/subjektif, tindak lanjut yang berkelanjutan, dan kolaborasi dengan penyedia pelayanan kesehatan lainnya. Kepuasan pasien dapat mempengaruhi penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Ada bukti yang menunjukkan bahwa pasien yang merasa puas dengan pelayanan kesehatan lebih mungkin untuk terus menggunakan pelayanan tersebut, menghargai dan mempertahankan hubungan dengan penyedia pelayanan kesehatan, patuh terhadap pengobatan, dan memiliki hasil kesehatan yang lebih baik (Naik Panvelkar, Saini and Armour, 2009).

Donabedian merekomendasikan pengukuran "kepuasan pasien" sebagai hasil perawatan (Donabedian, 1980). Pandangan ini kemudian diperluas oleh peneliti berikutnya seperti yang mengkonseptualisasikan kepuasan pasien sebagai konstruk multidimensi dan didefinisikan sebagai "evaluasi individu terhadap dimensi kesehatan yang berbeda-beda (Ware *et al.*, 1983)." Ware juga mengembangkan Kuesioner Kepuasan Pasien (PSQ), yang hingga kini tetap menjadi salah satu instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur kepuasan pasien dalam perawatan kesehatan. Linder-Pelz sebagai peneliti juga menggunakan beberapa teori sosial-psikologis dan ilmu sosial seperti teori sikap. Fishbein dan Ajzen mengemukakan teori kepuasan kerja dan upah, teori deprivasi relatif, dan proses perbandingan sosial untuk mengidentifikasi lima determinan

sosial-psikologis dari kepuasan pasien: nilai, kejadian, harapan, perbandingan interpersonal, dan hak pasien (Fishbein and Ajzen, 1977).

Schommer dan Kucukarslan melakukan sebahagian besar memulai mengkonseptualisasikan kepuasan pasien dalam konteks pelayanan farmasi (Schommer and Kucukarslan, 1997). Setelah meninjau literatur, mereka mengklasifikasikan pelayanan farmasi berdasarkan empat konseptualisasi kepuasan pasien: evaluasi kinerja (penilaian pasien terhadap aspek pelayanan), ketidaksesuaian harapan (kesenjangan antara harapan dan pengalaman aktual), penilaian berdasarkan afek (respons emosional terhadap pelayanan), dan penilaian/persepsi berdasarkan keadilan (Naik Panvelkar, Saini and Armour, 2009). Seperti yang dijelaskan dalam **Gambar 2. 1**, konseptualisasi kepuasan pasien yang bereferensi pada farmasi ini sejalan dengan beberapa teori yang telah diusulkan sebelumnya mengenai kepuasan pasien.

Dalam bidang farmasi, telah dikembangkan dan validasi instrumen multidimensi untuk mengukur kepuasan pasien dengan pelayanan apotek komunitas. Instrumen *Pharmacy Services Questionnaire* (PSQ) dapat digunakan oleh apoteker yang ingin menilai kepuasan pasien terhadap pelayanan yang berorientasi pada pasien. Domain *Friendly Explanation/Communication Skill* memiliki kemiripan dengan pengukuran kepuasan sebelumnya, namun dengan jenis pertanyaan dan pilihan respon yang berbeda. Item dalam skala ini berasal dari dua dimensi instrumen kepuasan yaitu: konseling obat dan pelayanan yang ramah dan menghormati. Menggabungkan kedua dimensi ini menjadi satu skala sejalan dengan penelitian sebelumnya, yang menunjukkan bahwa kedua dimensi perawatan sangat berkorelasi. Oleh karena itu, skala kemampuan komunikasi adalah langkah evolusioner dalam mengukur kepuasan pasien dengan pelayanan apotek. Skala Manajemen Terapi dalam instrumen digunakan sesuai aspek pelayanan apoteker. Instrumen ini relatif mudah digunakan dalam praktik (Larson, Rovers and MacKeigan, 2002).



Gambar 2. 1 Kerangka Teoritis Kepuasan Pasien

Source: (Fishbein and Ajzen, 1977; Donabedian, 1980; Ware *et al.*, 1983; Schommer and Kucukarslan, 1997; Larson, Rovers and MacKeigan, 2002; Naik Panvelkar, Saini and Armour, 2009)

2.3. Program Rujuk Balik (PRB)

2.3.1 Pengertian Program Rujuk Balik (PRB)

Pelayanan Program Rujuk Balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat (BPJS, 2014).

2.3.2 Manfaat Program Rujuk Balik (PRB)

Beberapa manfaat dari PRB yakni; peserta yang terdaftar bermanfaat meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan; Meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif; Meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistik; Memudahkan untuk mendapatkan obat yang diperlukan. Manfaat selanjutnya bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah meningkatkan fungsi fasilitas kesehatan selaku *Gatekeeper* dari aspek pelayanan komprehensif dalam pembiayaan yang rasional; Meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini (*evidence based*) melalui bimbingan organisasi/dokter spesialis; Meningkatkan fungsi pengawasan pengobatan. Sedangkan bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan adalah mengurangi waktu tunggu pasien di poli rumah sakit; Meningkatkan kualitas pelayanan spesialis di rumah sakit; Meningkatkan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit.

Jenis Penyakit yang termasuk Program Rujuk Balik (PRB) adalah : Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Epilepsi, Skizofrenia, Stroke, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE). Sesuai dengan rekomendasi Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia dan Komite Formularium Nasional, penyakit sirosis tidak dapat dilakukan rujuk balik ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama karena sirosis hepatitis merupakan penyakit yang tidak *curable* dan tidak ada obat untuk sirosis hepatitis. Setiap gejala yang timbul mengarah kegawatdaruratan (misal: *esophageal bleeding*) yang harus ditangani di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Tindakan-tindakan medik untuk menangani gejala umumnya hanya dapat dilakukan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (BPJS, 2014).

2.3.3 Jenis Obat Program Rujuk Balik (PRB)

Obat yang termasuk dalam Obat Rujuk Balik terdiri dari Obat Utama, yaitu obat kronis yang diresepkan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan tercantum pada Formularium Nasional untuk obat Program Rujuk Balik. Selain obat Utama terdapat juga Obat Tambahan yaitu obat yang mutlak diberikan bersama obat utama dan diresepkan oleh dokter Spesialis/Sub Spesialis di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk mengatasi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama.

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB adalah peserta dengan diagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta Program Rujuk Balik. Mekanisme Pendaftaran Peserta PRB yaitu peserta mendaftarkan diri pada petugas Pojok PRB dengan menunjukkan: Kartu Identitas peserta BPJS Kesehatan, Surat Rujuk Balik (SRB) dari dokter spesialis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari BPJS Kesehatan, Lembar resep obat/salinan resep, Peserta mengisi formulir pendaftaran peserta PRB, Peserta menerima buku kontrol peserta PRB (BPJS, 2014).

2.3.4 Mekanisme Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB)

Mekanisme pelayanan PRB pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yaitu peserta melakukan kontrol ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (tempatnya terdaftar) dengan menunjukkan identitas peserta BPJS, SRB dan buku kontrol peserta PRB; Dokter Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku kontrol peserta PRB.

Pelayanan pada Apotek/depo Farmasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan obat PRB maka, Peserta menyerahkan resep dari Dokter Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama; Peserta menunjukkan SRB dan Buku Kontrol Peserta; Pelayanan obat rujuk balik dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Setelah 3 (tiga) bulan peserta dapat dirujuk kembali oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis/sub-spesialis.

Pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke dokter spesialis/sub spesialis sebelum 3 bulan dan menyertakan keterangan

medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari dokter Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis. Apabila hasil evaluasi kondisi peserta dinyatakan masih terkontrol/stabil oleh dokter spesialis/sub-spesialis, maka pelayanan program rujuk balik dapat dilanjutkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta. Peserta baru yang akan mendapatkan Pelayanan obat PRB dengan ketentuan yaitu obat PRB diberikan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari setiap kali peresapan dan harus sesuai dengan Daftar Obat Formularium Nasional untuk Obat PRB serta ketentuan lain yang berlaku. Perubahan/penggantian obat program rujuk balik hanya dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis/sub-spesialis yang memeriksa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dengan prosedur pelayanan RJTL. Dokter di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama melanjutkan resep yang ditulis oleh Dokter Spesialis/Sub-spesialis dan tidak berhak mengubah resep obat PRB. Dalam kondisi tertentu Dokter di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat melakukan penyesuaian dosis obat sesuai dengan keterbatasan kewenangannya.

Obat PRB dapat diperoleh di Apotek/depo farmasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan obat PRB. Jika peserta masih memiliki obat PRB, maka peserta tersebut tidak boleh dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, kecuali terdapat keadaan kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien harus konsultasi ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (BPJS, 2014).

2.3.5 Landasan Hukum Jenis Obat Program Rujuk Balik (PRB)

Landasan hukum untuk jenis obat PRB diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional; Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan; Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

2.3.6 Tarif Pelayanan Obat Rujuk Balik (PRB)

Pelayanan Obat Program Rujuk Balik Tarif Obat Program Rujuk Balik sesuai *e-catalog* ditambah faktor pelayanan dan *embalage*. Peresapan obat

Program Rujuk Balik sesuai dengan Daftar Obat Program Rujuk Balik. Harga dasar obat Program Rujuk Balik sesuai dengan *e-catalog* atau sesuai ketentuan yang berlaku. Klaim obat PRB ditagihkan secara kolektif oleh Apotek PRB/Depo Farmasi kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan oleh Apotek PRB dengan kelengkapan administrasi umum (BPJS, 2014).

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Program Rujuk Balik (PRB)

Pelayanan pemeriksaan penunjang Program Rujuk Balik (PRB) yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pemeriksaan Gula Darah Puasa, Gula Darah *Postprandial* dan Gula Darah Sewaktu. Tarif pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan kisaran tarif Rp10.000,00 - Rp20.000,00. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu, Glukosa Darah Puasa (GDP) dan Glukosa Darah *Postprandial* (GDPP) dilakukan 1 (satu) bulan sekali. Pemeriksaan lain selain yang termasuk dalam komponen paket kapitasi dan selain GDP, GDPP dan GDS dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan biayanya sudah termasuk dalam paket *INA-CBG's*. Klaim diajukan secara kolektif oleh Laboratorium/Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan (BPJS, 2014).

2.4. Diabetes Melitus

2.4.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (PB Perkeni, 2021). Diabetes melitus, lebih sederhana disebut diabetes kondisi serius, jangka panjang (kronis) terjadi bila ada peningkatan kadar glukosa dalam darah seseorang karena tubuh mereka tidak dapat memproduksi cukup hormon insulin, atau tidak bisa secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon penting yang diproduksi di pankreas. Ini memungkinkan glukosa dari aliran darah untuk memasuki sel tubuh dimana glukosa diubah menjadi energi. Insulin juga penting untuk metabolisme protein dan lemak. Kekurangan insulin atau ketidakmampuan sel untuk menanggapi, menyebabkan tinggi kadar glukosa darah (hiperglikemia), yaitu indikator klinis diabetes (IDF, 2019).

2.4.2 Epidemiologi

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi DM tipe 2 di berbagai penjuru dunia pada tahun-tahun mendatang. 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 2014, memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM dari 9,1 juta pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2035 (PB Perkeni, 2021).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Indonesia tahun 2007, diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun sebanyak 133 juta jiwa. Dengan prevalensi DM sebesar 8,2 juta penyandang diabetes pada daerah urban dan 5,5 juta penyandang diabetes pada daerah rural dan diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun, maka diperkirakan prevalensi DM pada daerah urban terdapat 12 juta penyandang diabetes dan 8,1 juta di daerah rural dan berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes RI, 2014).

Prevalensi DM di Indonesia yang terdiagnosis dokter atau gejala adalah 2,1%, dan yang paling tinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara

(3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%) dan Nusa Tenggara Timur (3,3%) dan untuk Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) sebesar 2,6%. Penyakit DM sangat berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia dan berdampak pada peningkatan biaya kesehatan yang cukup besar. Penyandang DM dengan kadar glukosa darah yang sulit dikendalikan atau yang berpotensi mengalami penyulit DM perlu secara periodik dikonsultasikan kepada dokter spesialis penyakit dalam di tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi di rumah sakit rujukan. Pengelolaan penyakit DM memerlukan peran serta dokter, apoteker dan tenaga kesehatan lain. Pasien dan keluarga juga ikut berperan penting, sehingga perlu mendapatkan edukasi untuk memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit dan penatalaksanaan DM (PB Perkeni, 2021).

2.4.3 Klasifikasi

Klasifikasi Diabetes mellitus terbagi menjadi 4 type yang diuraikan pada

Tabel 2. 1.

Tabel 2. 1 Klasifikasi Etiologi Diabetes Melitus

Klasifikasi	Deskripsi
Type 1	Destruksi sel beta, umumnya berhubungan dengan pada defisiensi absolut - Autoimun - Idiopatik
Type 2	Bervariasi, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin
Diabetes Mellitus Gestasional	Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dimana sebelum kehamilan tidak didapatkan diabetes
Type spesifik yang berkaitan dengan penyebab lain	<ul style="list-style-type: none"> • Sindroma diabetes monogenik (diabetes neonatal, <i>maturity – onset diabetes of the young</i> [MODY]) • Penyakit eksokrin pankreas (fibrosis kistik, pankreatitis) • Disebabkan oleh obat atau zat kimia (misalnya penggunaan glukokortikoid pada terapi HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ)

Sumber: (PB Perkeni, 2021)

2.4.4 Diagnosis

Diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah dan HbA1c. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada pasien DM. Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan

seperti: Keluhan klasik DM yaitu poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain seperti lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita (PB Perkeni, 2021). Kriteria diagnosis Diabetes Mellitus diuraikan pada **Tabel 2. 2**.

Tabel 2. 2 Kriteria Diagnosis Diabetes Mellitus

Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam. (B)

Atau

Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dL 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram. (B)

Atau

Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL dengan keluhan klasik atau krisis hiperglikemia.

Atau

Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) dan Diabetes Control and Complications Trial assay (DCCT). (B)

Catatan: Saat ini tidak semua laboratorium di Indonesia memenuhi standar NGSP, sehingga harus hati-hati dalam membuat interpretasi terhadap hasil pemeriksaan HbA1c. Pada kondisi tertentu seperti: anemia, hemoglobinopati, riwayat transfusi darah 2 - 3 bulan terakhir, kondisi-kondisi yang mempengaruhi umur eritrosit dan gangguan fungsi ginjal maka HbA1c tidak dapat dipakai sebagai alat diagnosis maupun evaluasi.

2.4.5 Penatalaksanaan DM

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes. Tujuan penatalaksanaan terdiri dari: Tujuan jangka pendek yakni menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut. Tujuan jangka panjang yakni mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunnya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara komprehensif.

Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan. Obat anti hiperglikemik oral dapat diberikan sebagai terapi tunggal atau kombinasi. Pada keadaan emergensi dengan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, atau adanya ketonuria, harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

Pengetahuan tentang pemantauan mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia dan cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien. Pengetahuan tentang pemantauan mandiri tersebut dapat dilakukan setelah mendapat pelatihan khusus.

2.4.6 Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

Obat Antihyperglikemik Oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat antihyperglikemik oral dibagi menjadi 5 golongan:

a. Pemacu Sekresi Insulin (*Insulin Secretagogue*)

- Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Efek samping utama adalah hipoglikemia dan peningkatan berat badan. Hati-hati menggunakan sulfonilurea pada pasien dengan resiko tinggi hipoglikemia (orang tua, gangguan fungsi hati dan ginjal). Contoh obat dalam golongan ini adalah glibenclamide, glipizide, glimepiride, gliquidone dan gliclazide.

- Glinid

Glinid merupakan obat yang cara kerjanya mirip dengan sulfonilurea, namun berbeda lokasi reseptor, dengan hasil akhir berupa penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu Repaglinide (derivat asam benzoat) dan Nateglinide (derivat fenilalanin). Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia *postprandial*. Efek samping yang mungkin terjadi adalah hipoglikemia. Obat golongan glinid sudah tidak tersedia di Indonesia.

b. Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin (Insulin Sensitizers)

- Metformin

Metformin mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM tipe 2. Dosis metformin diturunkan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (LFG 30-

60 ml/menit/1,73 m²). Metformin tidak boleh diberikan pada beberapa keadaan seperti LFG < 30 mL/menit/1,73 m², adanya gangguan hati berat, serta pasien-pasien dengan kecenderungan hipoksemia (misalnya penyakit serebrovaskular, sepsis, renjatan, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik), gagal jantung NYHA (*New York Heart Association*) fungsional kelas III-IV. Efek samping yang mungkin terjadi adalah gangguan saluran pencernaan seperti dispepsia, diare, dan lain-lain.

- Thiazolidinedione (TZD)

Tiazolidindion merupakan agonis dari Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma (PPAR-gamma), suatu reseptor inti yang terdapat antara lain di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Tiazolidindion menyebabkan retensi cairan tubuh sehingga dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA fungsional kelas III-IV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah pioglitazone.

c. Penghambat Alfa Glukosidase

Obat ini bekerja dengan menghambat kerja enzim alfa glukosidase di saluran pencernaan sehingga menghambat absorpsi glukosa dalam usus halus. Penghambat glukosidase alfa tidak digunakan pada keadaan LFG \leq 30 ml/min/1,73 m², gangguan faal hati berat, irritable bowel syndrome (IBS) efek samping mungkin terjadi berupa bloating (penumpukan gas pada usus) sehingga sering menimbulkan flatus. Guna mengurangi efek samping pada awalnya dapat diberikan dengan dosis kecil. Contoh obat golongan ini adalah acarbose.

d. Penghambat enzim *Dipeptidyl Peptidase-4*

Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) adalah suatu serin protease, yang didistribusikan secara luas dalam tubuh. Enzim ini memecah dua asam amino dari peptida yang mengandung alanin dan prolin di posisi kedua peptida N-terminal. Enzim DPP-4 terekspresikan di berbagai organ tubuh, termasuk di usus dan membran brush border ginjal, di hepatosit, endothelium vaskuler dari kapiler villi, dan dalam bentuk larut dalam plasma. Penghambat DPP-4 akan menghambat lokasi pengikatan pada DPP-4 sehingga akan mencegah inaktivasi dari *glucagon-like peptide* (GLP)-1. Proses inhibisi ini akan mempertahankan kadar GLP-1 dan

glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) dalam bentuk aktif di sirkulasi darah, sehingga dapat memperbaiki toleransi glukosa, meningkatkan response insulin, dan mengurangi sekresi glukagon. Penghambat DPP-4 merupakan agen oral, dan yang termasuk dalam golongan ini adalah vildagliptin, linagliptin, sitagliptin, saxagliptin dan alogliptin.

e. Penghambat enzim *Sodium Glucose coTransporter 2*

Obat ini bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi glukosa di tubulus proksimal dan meningkatkan ekskresi glukosa melalui urin. Obat golongan ini mempunyai manfaat untuk menurunkan berat badan dan tekanan darah. Efek samping yang dapat terjadi akibat pemberian obat ini adalah infeksi saluran kencing dan genital. Pada pasien DM dengan gangguan fungsi ginjal perlu dilakukan penyesuaian dosis, dan tidak diperkenankan menggunakan obat ini bila LFG kurang dari 45 ml/menit. Hati-hati karena obat ini juga dapat mencetuskan ketoasidosis.

Terapi Insulin

Insulin merupakan hormon polipeptida yang terdiri dari 51 asam amino yang tersusun dalam 2 rantai, rantai A terdiri dari 21 asam amino dan rantai B terdapat 2 gugus disulfida yaitu antara A-7 dengan B-7 dan A-20 dengan B-19. Selain itu masih terdapat gugus disulfida antara asam amino ke-6 dan ke-11 pada rantai A. Target organ utama terapi insulin adalah hepar, otot dan adiposa.

Insulin pada organ bekerja dengan mekanisme antara lain ambilan, utilisasi dan penyimpanan nutrien di sel. Efek anabolik insulin meliputi stimulasi, utilisasi dan penyimpanan glukosa, asam amino, asam lemak intrasel, sedangkan efek katabolismenya (pemecahan glikogen, lemak dan protein) dihambat. Semua efek ini dilakukan dengan stimulasi transpor substrat dan ion ke dalam sel, menginduksi translokasi protein, mengaktifkan dan menonaktifkan enzim spesifik, merubah jumlah protein dengan mempengaruhi kecepatan transkripsi gen dan translasi mRNA spesifik. Insulin umumnya berasal dari Human insulin dan Insulin analog.

Terapi Insulin memiliki lama kerja yang berbeda-beda. Insulin dengan lama kerja pendek/cepat (insulin terkait dengan makan) umumnya bekerja selama 4-8 jam, digunakan untuk mengendalikan glukosa darah sesudah makan, dan diberikan sesaat sebelum makan. Contoh insulin kerja pendek yaitu human insulin regular kerja pendek (diberikan 30-45 menit sebelum makan dengan lama kerja 6-8 jam) dan insulin analog kerja cepat (diberikan 5-15 menit sebelum makan dengan

lama kerja 4-6 jam). Insulin dengan lama kerja menengah antara 8-12 jam, diabsorpsi lebih lambat, dan menirukan pola sekresi insulin endogen (insulin puasa). Digunakan untuk mengendalikan glukosa darah basal (saat tidak makan/puasa). Contoh: human insulin NPH. Insulin kerja panjang: lama kerja 12-24 jam, diabsorpsi lebih lambat, mengendalikan glukosa darah basal. Digunakan 1 kali (malam hari sebelum tidur) atau 2 kali (pagi dan malam hari). Contoh: insulin analog kerja panjang. Untuk memenuhi kebutuhan pasien tertentu, juga tersedia insulin campuran (premixed), yang merupakan campuran antara insulin kerja pendek dan kerja menengah (human insulin) atau insulin kerja cepat dan kerja menengah (insulin analog). Insulin campuran tersedia dalam perbandingan tetap antara insulin kerja pendek atau cepat dan menengah.

Tabel 2. 3 Karakteristik Insulin

Jenis Insulin	Awitan (onset)	Puncak efek	Lama Kerja	Kemasan
Kerja pendek (human insulin, insulin regular)				
Humulin R				Vial
Actrapid	30 - 45 menit	2 - 4 jam	6 - 8 jam	Penfill
Insuman				
Kerja cepat (insulin analog)				
Insulin Lispro				Vial/pen
Insulin aspart	5 - 15 menit	1 - 2 jam	4 - 6 jam	Flexpen
Insulin glulisine				Pen/vial
Kerja menengah (human insulin, <i>Neutral Protamine Hagedorn</i> (NPH))				
Humulin N				Vial
Insulatard	1,5 - 4 jam	4 -10 jam	8 -12 jam	Penfill
Insuman basal				Vial
Kerja panjang (insulin analog)				
Insulin glargine	1 - 3 jam	hampir tanpa puncak	12 - 24 jam	Pen/vial 100 IU/mL
Insulin detemir				Pen 100 IU/mL
Kerja ultra-panjang (insulin analog)				
Degludec	30 - 60 menit	hampir tanpa puncak	sampai 48 jam	Pen
Glargine U300	1 - 3 jam	tanpa puncak	24 jam	Pen 300UI/mL
Campuran (premixed, human insulin)				
Humulin 30/70 (30% regular, 70% NPH)	30 - 60 menit	3 - 12 jam		Vial 30 /70 penfill
Mixtard 30/70 (30% regular, 70% NPH)				

Jenis Insulin	Awitan (onset)	Puncak efek	Lama Kerja
Campuran (premixed insulin analogue)			
Humalog Mix 75/25 (75% protamin lispro, 25% lispro)	12 - 30 menit	1 - 4 jam	Vial 10 mL, pen 3 mL
Novomix 30 (30% aspart, 70% protamin aspart)			Penfill/flexpen

Sumber: (Kemenkes RI, 2019b)

2.3. Pelayanan Farmasi Pada Diabetes Melitus

Dekade terakhir, apoteker memiliki peranan penting dalam pemeriksaan faktor risiko dan mengidentifikasi individu yang berisiko diabetes. Shawahna et al., (2022), dalam studinya mengungkapkan bahwa apotek modern saat ini telah dilengkapi dengan peralatan canggih yang dapat digunakan untuk mengukur berat badan, tinggi badan, glukosa darah, HbA1c, tekanan darah, dan profil lipid termasuk kolesterol total, LDL, HDL, dan trigliserida. Apoteker juga dapat berperan penting dalam memberikan edukasi kepada individu tentang bagaimana mengurangi faktor risiko dan mengurangi risiko mereka untuk mengembangkan diabetes di masa depan. Apoteker dapat merujuk pasien untuk mencari pelayanan pemeriksaan dan diagnosis formal di perawatan khusus. Praktik-praktik ini dapat mempromosikan diagnosis dini, meningkatkan pengelolaan, dan menunda munculnya komplikasi yang terkait dengan diabetes.

Apoteker sebagai penyedia layanan kesehatan yang mudah diakses dan dipercaya. Selama pendidikan/pelatihan mereka, apoteker belajar bagaimana menyambut hangat pasien mereka, membuat mereka merasa nyaman, memperhatikan kebutuhan perawatan kesehatan mereka, mendengarkan, dan menjawab pertanyaan mereka. Seringkali, pasien memiliki ketakutan dan persepsi negatif tentang diabetes mereka. Apoteker dapat mengatasi persepsi negatif ini dengan meyakinkan pasien dan memberikan dukungan emosional kepada mereka. Layanan-layanan ini telah terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien.

Apoteker dapat mengambil riwayat obat yang lengkap dan dapat diandalkan dari pasien mereka. Riwayat ini sangat penting dalam memberikan informasi mengenai intervensi gaya hidup dan farmakoterapi. Apoteker juga kompeten dalam melakukan rekonsiliasi obat. Akses terhadap informasi pasien yang lengkap telah terbukti memudahkan perancangan rencana perawatan yang sesuai, memberikan rekomendasi, dan/atau memperbarui rencana perawatan.

Apoteker dapat memainkan peran penting dalam memberikan edukasi kepada pasien mengenai diabetes mereka, komplikasi yang terkait dengan diabetes yang tidak terkontrol, cara hidup dan menghadapi diabetes, cara memantau kadar glukosa darah, dan cara mencegah/menunda terjadinya komplikasi. Telah dikemukakan bahwa pasien yang terinformasi dengan baik lebih mungkin mencapai kontrol glikemik. Apoteker adalah ahli dalam obat-obatan dan dapat memberikan edukasi kepada pasien tentang cara memperoleh manfaat maksimal dari obat mereka. Apoteker telah merancang intervensi yang tepat untuk meningkatkan kesadaran umum pasien terhadap obat mereka: kapan menggunakannya, bagaimana menggunakannya, cara menyimpannya, efek samping yang mungkin terkait dengannya, serta obat-obatan, herbal, dan makanan apa yang perlu dihindari saat mengonsumsinya.

Apoteker dapat memberikan edukasi kepada pasien tentang bagaimana menjalani gaya hidup yang sesuai dengan diabetes, termasuk diet sehat, olahraga teratur, pengendalian berat badan, dan berhenti merokok. Beberapa pasien dapat mengontrol kadar glukosa darah mereka dengan modifikasi gaya hidup dan mengurangi ketergantungan pada obat antidiabetes. Apoteker juga dapat mengajarkan pasien cara mengelola diabetes mereka sendiri. Pasien dapat belajar cara menggunakan perangkat pemantauan di rumah dengan tepat, seperti glukometer dan pengukur tekanan darah digital, serta cara melacak dan mendokumentasikan pembacaan di rumah mereka. Pasien dapat mempelajari rentang nilai yang dianggap normal atau target, serta kapan harus mencari nasihat medis. Apoteker juga dapat mengajarkan pasien mereka, terutama yang menderita diabetes type 1, cara mengenali, menghindari, dan/atau mengelola keadaan hipoglikemia.

Apoteker membantu mengevaluasi pasien dengan diabetes berdasarkan riwayat dan tes laboratorium mereka untuk memulai, menyesuaikan/modifikasi/optimalisasi, dan/atau menghentikan terapi obat. Dalam pelayanan kesehatan modern, kasus pasien biasanya dibahas dalam diskusi tim perawatan kesehatan multidisiplin di mana apoteker aktif berpartisipasi. Seringkali, keputusan terbaik dalam perencanaan perawatan adalah keputusan yang diambil secara bersama-sama.

Layanan farmasi yang individual dan disesuaikan harus dirancang dan disediakan kepada pasien setelah diskusi lengkap mengenai riwayat medis, keluarga, dan sosial mereka; temuan laboratorium; kontrol glikemik; kondisi

komorbid; serta komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular. Rencana perawatan individual telah diadvokasi sebagai pendekatan yang berguna untuk secara efektif mengatasi kebutuhan perawatan kesehatan khusus pasien.

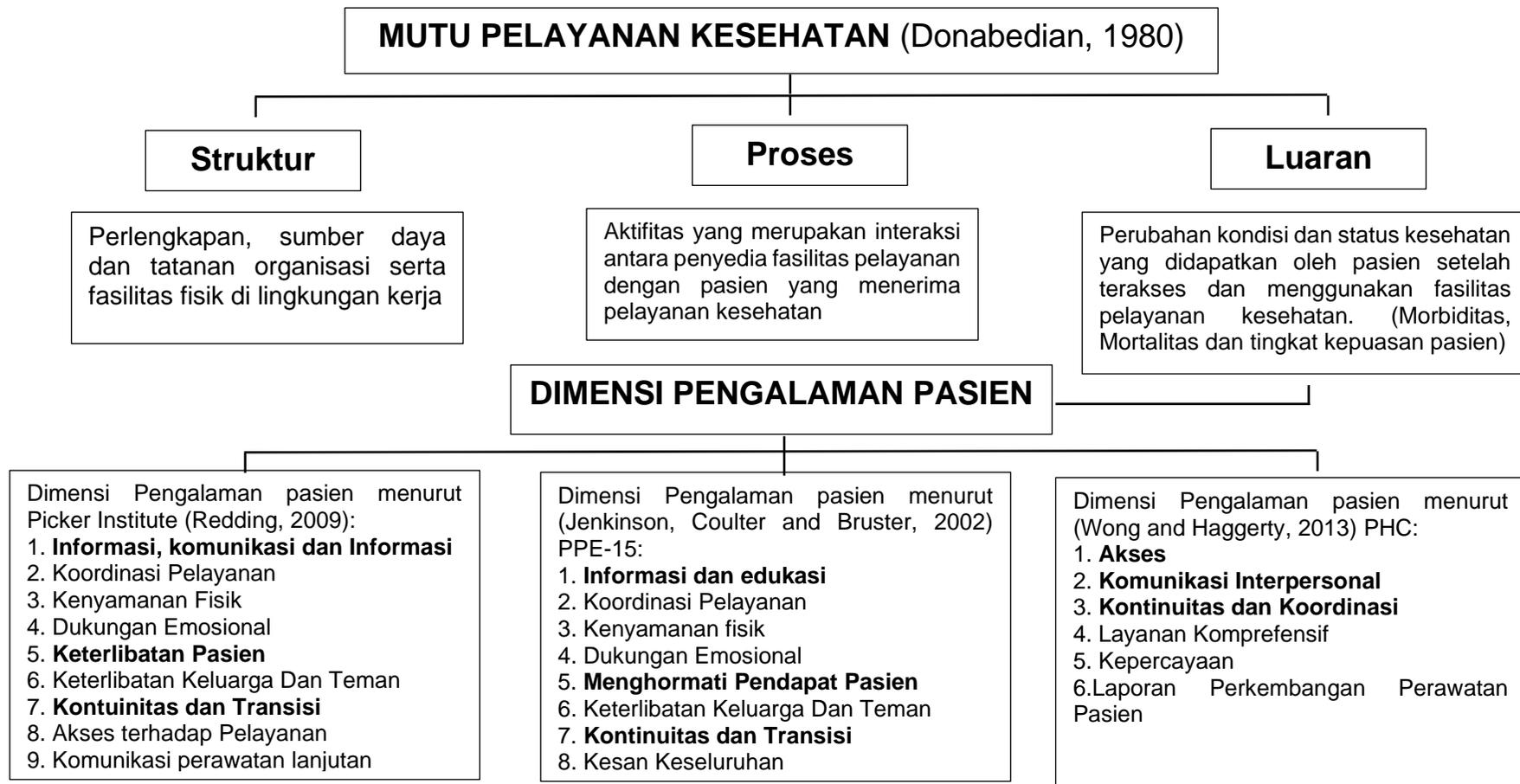
Dalam sistem pelayanan kesehatan modern, apoteker memiliki beberapa peran dan tanggung jawab yang, jika dilakukan dengan efisien, telah terbukti meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien; hal ini berdampak pada peningkatan kontrol glikemik dan penundaan komplikasi jangka pendek dan jangka panjang dari diabetes. Hasil studi menunjukkan bahwa melibatkan apoteker dalam tim perawatan seringkali menghasilkan pengelolaan obat yang lebih baik, optimisasi rejimen obat, pengurangan masalah terkait obat, dan pencapaian lebih mudah dari tujuan terapeutik. Selain itu, penambahan apoteker telah terbukti melengkapi keahlian penyedia layanan kesehatan lainnya dan memungkinkan penyediaan layanan manajemen dan rujukan komprehensif kepada pasien dengan diabetes.

Hasil studi menunjukkan bahwa pasien cenderung kurang patuh dalam mengonsumsi obat mereka ketika biaya obat tinggi. Apoteker dapat merujuk pasien ke sumber yang menyediakan obat secara gratis bagi mereka yang tidak mampu membelinya. Selagi memungkinkan, apoteker harus berusaha untuk mengubah rencana perawatan dan menggantikan beberapa obat dengan alternatif yang lebih terjangkau setelah berkonsultasi dengan dokter yang meresepkannya.

Apoteker dapat meninjau catatan kesehatan pasien, mengevaluasi kepatuhan pasien terhadap obat mereka, dan memantau hasil terkait kesehatan mereka. Layanan farmasi semacam itu telah terbukti membantu pasien mencapai tujuan terapeutik, mengurangi insiden komplikasi yang terkait dengan ketidakpatuhan, dan meningkatkan kepuasan, kualitas hidup, dan cara mereka menghadapi penyakit. Meningkatkan kontrol glikemik dan hasil pasien telah terbukti mengurangi keadaan darurat dan rawat inap, biaya perawatan kesehatan, morbiditas, dan mortalitas di antara pasien diabetes.

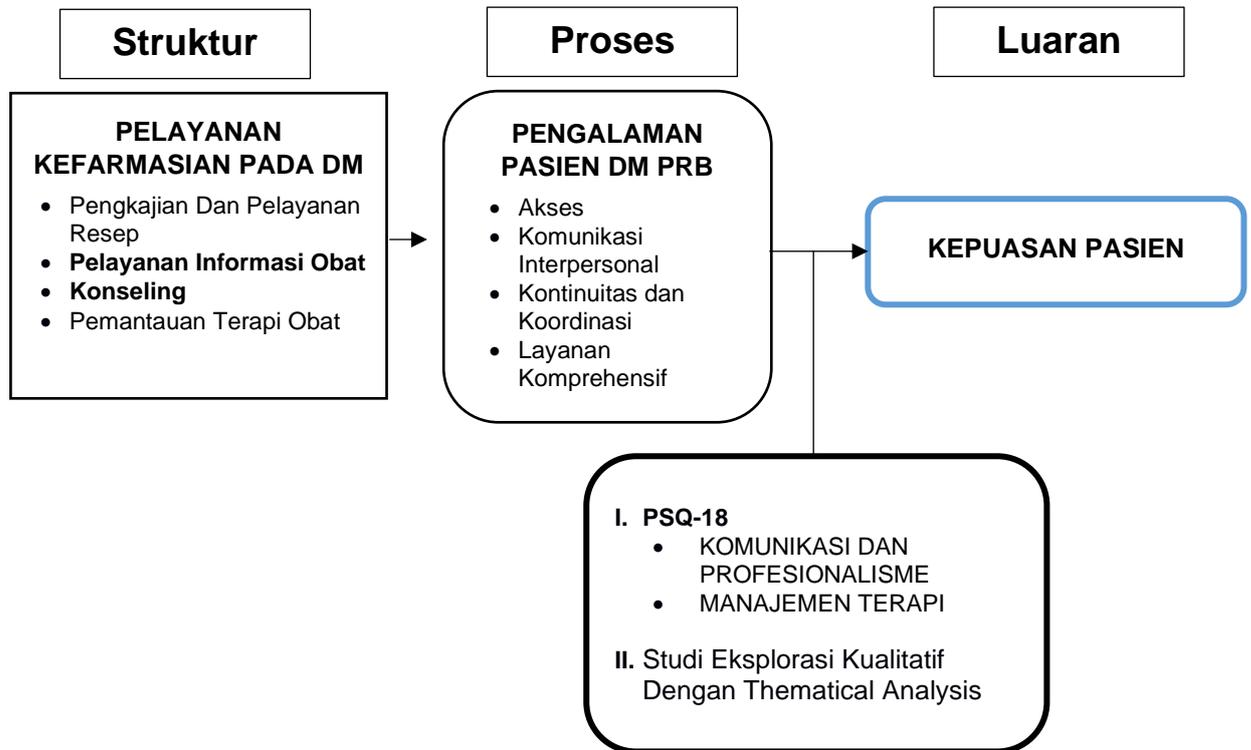
Apoteker dapat menjadwalkan kunjungan atau panggilan telepon untuk melakukan tindak lanjut dengan pasien, memberikan edukasi/konseling mengenai obat mereka, memeriksa masalah terkait obat, dan memastikan kepatuhan terhadap obat, diet, dan gaya hidup. Apoteker juga dapat mengingatkan pasien untuk menghadiri tes laboratorium yang sudah dijadwalkan dan kunjungan ke penyedia layanan kesehatan mereka untuk pemeriksaan kaki, mata, ginjal, kardiovaskular, dan saraf.

2.5. Kerangka teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori pengalaman pasien terhadap pelayanan kesehatan

2.6. Kerangka konsep



Gambar 2. 3 Kerangka konsep penelitian