

TESIS

ADAPTASI INSTRUMEN *PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE* UNTUK MENILAI KUALITAS PERAWATAN DIABETES MELITUS BERDASARKAN PENGALAMAN PASIEN: VERSI INDONESIA



LA ODE NUH SALAM

R012211036

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS

ADAPTASI INSTRUMEN *PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE* UNTUK MENILAI KUALITAS PERAWATAN DIABETES MELITUS BERDASARKAN PENGALAMAN PASIEN: VERSI INDONESIA



LA ODE NUH SALAM

R012211036

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

HALAMAN PENGAJUAN TESIS

**ADAPTASI INSTRUMEN *PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE* UNTUK MENILAI KUALITAS PERAWATAN DIABETES MELITUS
BERDASARKAN PENGALAMAN PASIEN: VERSI INDONESIA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



LA ODE NUH SALAM

R012211036

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS
ADAPTASI INSTRUMEN *PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC LLNESS*
***CARE* UNTUK MENILAI KUALITAS PERAWATAN DIABETES**
MELITUS BERDASARKAN PENGALAMAN PASIEN:
VERSI INDONESIA

Disusun dan diajukan oleh

LA ODE NUH SALAM
Nomor Pokok: R012211036


Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 16 Maret 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198409242010122003



Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN
NIK. 197810262018073001

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197404221999032002



Universitas Hasanudin,
Dr. Akhanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 19800422001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : La Ode Nuh Salam
NIM : R012211036
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Adaptasi Instrumen *Patient Assessment of Chronic Illness Care* untuk Menilai Kualitas Perawatan Diabetes Melitus Berdasarkan Pengalaman Pasien: Versi Indonesia.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli hasil pemikiran sendiri 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 Keperawatan 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, 16 Maret 2023

Yang menyatakan



(La Ode Nuh Salam)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia_Nya, sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Adaptasi Instrumen *Patient Assessment of Chronic Illness Care* untuk Menilai Kualitas Perawatan Diabetes Melitus Berdasarkan Pengalaman Pasien: Versi Indonesia”.

Tesis ini penulis persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan curahan kasih sayang dan motivasi hingga saat ini. Terkhusus untuk Alm. Ayahanda La Ode Baabo dan Ibunda Sitti Halwiah serta kakak-kakak tercinta yang selalu mendoakan kelancaran study saya dan memberi dukungan baik moril maupun materil selama menempuh pendidikan Magister di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama berkat kesediaan pembimbing dengan tulus dan ikhlas meluangkan waktunya membimbing dan mengarahkan penulis agar memberikan hasil yang lebih baik dalam penulisan tesis ini. Oleh karena itu, dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Ibu Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Pembimbing I dan Bapak Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN selaku Pembimbing II atas ketulusan memberikan bimbingan dan masukan mulai dari proses penyusunan proposal hingga tesis ini selesai.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin.

4. Penguji tesis, Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D dan Andi Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN., Ph.D yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini.
5. Para Dosen dan staf pengelola Program Sudi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu selama proses pendidikan berlangsung.
6. Direktur RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah memberikan izin penelitian dan para responden yang telah bersedia menjadi sampel pada penelitian ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini masih terdapat beberapa kekurangan, baik dari hal penulisan hingga penyusunan tata bahasa yang belum sesuai dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Olehnya itu, kami sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 16 Maret 2023

Yang menyatakan,



La Ode Nuh Salam

ABSTRAK

LA ODE NUH SALAM. *Adaptasi Instrumen Patient Assessment of Chronic Illness Care untuk Menilai Kualitas Perawatan Diabetes Melitus Berdasarkan Pengalaman Pasien: Versi Indonesia* (dibimbing oleh Suni Hariati dan Saldy Yusuf).

Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk menilai kualitas perawatan penyakit kronis berdasarkan pengalaman pasien. Instrumen ini menjadi alat penting bagi sistem kesehatan serta pengambil kebijakan di berbagai negara. Sementara itu, di Indonesia belum tersedia instrumen khusus yang tervalidasi untuk menilai kualitas perawatan diabetes melitus berdasarkan pengalaman pasien. Penelitian ini bertujuan mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC ke versi Indonesia. Metode penelitian menggunakan tujuh langkah adaptasi instrumen penelitian perawatan kesehatan lintas budaya dan pedoman terjemahan instrumen WHO, termasuk *forward translation*, sintesis *forward translation*, *blind back-translation*, dan analisis *back-translation*. *Pilot testing* pada 11 pasien diabetes melitus untuk *face validity*, dilanjutkan panel ahli (I-CVI dan S-CVI dihitung) dan uji psikometri pada 107 pasien diabetes melitus usia rata-rata 53.07 tahun. Uji *spearman rank correlation* untuk menilai korelasi karakteristik demografi dengan skor PACIC-ID, *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) untuk validitas konstruk dan *internal consistency reliability* dalam *cronbach's alpha*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *percent agreement* keseluruhan 89% dan lima subskala (84%-93%). I-CVI 0.86-1.00 dan S-CVI 0.96. Rerata skor PACIC-ID 3.18 dari skala 5 dan tidak berkorelasi secara signifikan dengan karakteristik demografi ($p > 0.05$). *Kaiser-Meyer-Olkin* 0.67 dan kebulatan *Bartlett's p* < 0.05 . Hasil analisis CFA diperoleh 19 dari 20 item dengan *factor loading* 0.40-0,78. Penghapusan satu pertanyaan (nomor 1) meningkatkan *cronbach's alpha* keseluruhan dari 0.852 menjadi 0.853, pada tiap subskala 0.71-0.80. Penelitian ini menyimpulkan bahwa instrumen PACIC-ID item menunjukkan validitas wajah, konten, dan konstruk serta konsistensi internal yang baik sehingga dapat digunakan secara luas sebagai alat terstruktur dalam menilai kualitas perawatan diabetes melitus berdasarkan pengalaman pasien di Indonesia.

Kata kunci: adaptasi, *patient assessment of chronic illness care*, kualitas perawatan, diabetes melitus, pengalaman pasien, Indonesia



ABSTRACT

LA ODE NUH SALAM. *The Adaptation of Patient Assessment of Chronic Illness Care to Assess the Quality at Diabetes Mellitus Care Based on Patients' Experience: An Indonesian Version* (supervised by Sund Haristi and Saldy Yusuf)

Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) is an instrument developed to assess the quality of chronic disease care based on patients' experience and it has become an important tool for health systems and policymakers in various countries, while in Indonesia there is no specific validated instrument available to assess the quality of diabetes mellitus care based on patients' experience. This research aims to adapt cross-cultural PACIC instrument to the Indonesian version. There were seven steps of adapting cross cultural health care research instruments and WHO's instrument translation guidelines, including forward translation, synthesis forward translation, blind back-translation, and back-translation analysis. Pilot testing was performed to 11 diabetes mellitus parents for face validity, followed by expert panels (1-CVI and S-CVI were calculated) and psychometric tests were performed to 107 diabetes mellitus patients with an average age of 3307 years Spearman rank correlation test was conducted to assess the correlation of demographic characteristics with PACIC ID scores, Confirmatory Factor Analysis (CFA) for construct validity, and internal consistency reliability in Cronbach's alpha. The results show that overall percent agreement is 80% and five subscales, i.e. (84%-93%). 1-CVI 0.86- 100 and S-CVI 0.9%. The mean PACIC-ID score is 3.18 on a scale of 5 and it is not correlated significantly with demographic characteristics ($p < 0.05$), Kaiser-Meyer-Olkin 0.07 and Bartlett's roundness $p < 0.05$. CFA analysis results indicate 19 of 20 items with a loading factor of 0.40-0.78. Eliminating one question (number 1) increases the overall Cronbach's alpha from 0.852 to 0.853, while on each subscale it is 0.71-0.80. In conclusion, the 19-item PACIC-ID instrument shows a good face, content, and construct validity as well as internal consistency, so it can be widely used as a structured tool in assessing the quality of diabetes mellitus care based on patients' experience in Indonesia.

Keywords: adaptation, Patient Assessment of Chronic Illness Care, quality of care, diabetes mellitus, patients' experience, Indonesia



DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PENGAJUAN TESIS | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| ABSTRAK | viii |
| ABSTRACT | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| DAFTAR SINGKATAN | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 8 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 9 |
| D. Originalitas Penelitian..... | 9 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Penyakit Kronis..... | 15 |
| B. Konsep Perawatan Diabetes Melitus (DM)..... | 16 |
| C. Konsep Kualitas Perawatan..... | 21 |
| D. Penilaian Kualitas Perawatan DM Berdasarkan Pengalaman Pasien..... | 25 |
| E. Jenis-Jenis Instrumen Evaluasi Penyakit Kronis..... | 27 |
| F. <i>Instrumen Patient Assessment of Chronic Illness Care</i> (PACIC)..... | 28 |
| G. Adaptasi Instrumen Lintas Budaya..... | 33 |
| H. Validitas dan Reliabilitas..... | 37 |
| I. Kerangka Teori..... | 41 |

BAB III KERANGKA KONSEP

- A. Kerangka Konsep..... 42
- B. Definisi Operasional..... 42

BAB IV METODE PENELITIAN

- A. Fase I: Studi Literatur..... 43
- B. Fase II: Tahapan Adaptasi Instrumen PACIC..... 43
- C. Fase III: Adaptasi Instrumen PACIC..... 44
- D. Etik Penelitian..... 53
- E. Alur Penelitian..... 54

BAB V HASIL PENELITIAN

- A. Hasil Studi Literatur..... 55
- B. Tahapan Adaptasi Instrumen PACIC..... 58
- C. Hasil Adaptasi Instrumen PACIC..... 59

BAB VI PEMBAHASAN

- A. Studi Literatur..... 87
- B. Tahapan Adaptasi Instrumen PACIC..... 88
- C. Adaptasi Instrumen PACIC..... 88
- D. Implikasi Dalam Keperawatan..... 99
- E. Keterbatasan..... 98

BAB VII PENUTUP

- A. Kesimpulan..... 101
- B. Saran..... 101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Nomor | | Hal |
|-------|--|-----|
| 1.1 | Originalitas Penelitian..... | 11 |
| 2.1 | Kriteria Diagnostik Diabetes..... | 18 |
| 2.2 | Definisi 5 Subskala PACIC..... | 32 |
| 2.3 | Pertanyaan Instrumen PACIC 20 Item..... | 32 |
| 3.1 | Definisi Operasional..... | 42 |
| 5.1 | Hasil Sintesis <i>Forward Translation</i> dan Adaptasi Konteks Instrumen PACIC-ID 20 Item..... | 60 |
| 5.2 | Karakteristik Responden <i>Pilot Testing</i> | 69 |
| 5.3 | <i>Percent Agreement</i> Keseluruhan Item Pertanyaan dan Tiap Subskala Instrumen PACIC-ID 20 Item..... | 70 |
| 5.4 | Karakteristik Ahli..... | 72 |
| 5.5 | <i>Content Validity</i> Keseluruhan dan Tiap Subskala PACIC-ID 20 Item..... | 74 |
| 5.6 | Karakteristik Responden Tes Psikometri..... | 77 |
| 5.7 | Skor Jawaban Responden untuk Keseluruhan Item dan Tiap Subskala PACIC-ID 20 Item..... | 78 |
| 5.8 | Korelasi Karakteristik Demografi Responden Terhadap Skor PACIC-ID 20 Item..... | 80 |
| 5.9 | <i>Factor Loading</i> dan <i>Total Variance Explained</i> Menggunakan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Serta <i>Internal Consistency Reliability</i> Keseluruhan Item dan Lima Subskala Instrumen PACIC-ID 20 Item..... | 81 |
| 5.10 | Hasil Akhir Instrumen PACIC-ID 19 Item..... | 83 |
| 511 | Ringkasan Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen PACIC-ID 19 Item..... | 86 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | | Hal |
|--------------|--|------------|
| 1. | Kerangka Teori Penelitian..... | 41 |
| 2. | Kerangka Konsep..... | 42 |
| 3. | Alur Penelitian..... | 54 |
| 4. | Diagram Alur Seleksi dan Eksklusi Artikel..... | 56 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Hasil Pencarian Artikel Pada Database
- Lampiran 2 : Sintesis Grid Hasil Studi Literatur
- Lampiran 3 : Surat Permohonan Menjadi Anggota Komite Sintesis *Forward Translation*
- Lampiran 4 : Persetujuan Menjadi Anggota Komite Sintesis *Forward Translation*
- Lampiran 5 : Surat Permohonan Menjadi *Expert Sintesis Back-Translation*
- Lampiran 6 : Persetujuan Menjadi *Expert Sintesis Back-Translation*
- Lampiran 7 : Surat Permohonan Menjadi Responden (*Pilot Testing*)
- Lampiran 8 : Persetujuan Menjadi Responden (*Pilot Testing*)
- Lampiran 9 : Surat Permohonan Menjadi *Expert* (Panel Ahli)
- Lampiran 10 : Persetujuan Menjadi *Expert* (Panel Ahli)
- Lampiran 11 : Surat Permohonan Menjadi Responden (Tes Psikometri)
- Lampiran 12 : Persetujuan Menjadi Responden (Tes Psikometri)
- Lampiran 13 : Instrumen Asli PACIC 20 Item
- Lampiran 14 : Izin Adaptasi Instrumen PACIC 20 Item
- Lampiran 15 : Rekomendasi Etik Dari Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 16 : Rekomendasi Persetujuan Etik Dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 17 : *Letter of Agreement Forward Translation*
- Lampiran 18 : Hasil *Forward Translation* dan Sertifikat Penerjemah
- Lampiran 19 : Hasil Sintesis dan Berita Acara Pelaksanaan *Forward Translation*
- Lampiran 20 : Hasil *Back-Translation* dan Sertifikat Penerjemah
- Lampiran 21 : Hasil Analisis dan Lembar Persetujuan *Expert Back-Translation*
- Lampiran 22 : Instrumen Penelitian (*Pilot Testing*)
- Lampiran 23 : Instrumen Penelitian (Panel Ahli)
- Lampiran 24 : Instrumen Penelitian (Tes Psikometri)

- Lampiran 25 : Permohonan Izin Penelitian Dari Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Ke RSUP DR. Wahidin Sudirohusdo Makassar
- Lampiran 26 : Surat Persetujuan Atasan Yang Berwenang
- Lampiran 27 : Surat Izin Penelitian Dari RSUP DR. Wahidin Sudirohusdo Makassar
- Lampiran 28 : Master Data dan Hasil Analisis *Face Validity*
- Lampiran 29 : Master Data dan Hasil Analisis *Content Validity*
- Lampiran 30 : Master Data dan Hasil Analisis Tes Psikometri
- Lampiran 31 : Instrumen *Patient Assessment of Chronic Illness Care* Versi Indonesia (PACIC-ID) 19 item untuk menilai kualitas perawatan diabetes melitus berdasarkan pengalaman pasien

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|----------|---|
| ADA | : <i>American Diabetes Association</i> |
| ACIC | : <i>Assessment of Chronic Illness Care</i> |
| CERDIK | : Cek kesehatan berkala, Enyahkan asap rokok dan tidak merokok, Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres |
| CFA | : <i>Confirmatory Factor Analysis</i> |
| CFI | : <i>Comparative Fit Index</i> |
| CI | : <i>Convidence Interval</i> |
| CVA | : <i>Content Validity Agreement</i> |
| DCCT | : <i>Diabetes Control and Complications Trial</i> |
| DM | : Diabetes Melitus |
| EFA | : <i>Exploratory Factor Analysis</i> |
| GDC | : <i>Global Diabetes Compact</i> |
| GDM | : Gestational Diabetes Melitus |
| GLP-1 | : <i>Glukagon-Like Peptide 1</i> |
| HbA1C | : <i>Hemoglobin A1c</i> |
| ICC | : <i>Intraclass Correlation Coefficient</i> |
| I-CVI | : <i>Item-Content Validity Index</i> |
| IEXPAC | : <i>Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care</i> |
| IFG | : <i>Impaired Fasting Glucose</i> |
| IGT | : <i>Impaired Glucose Tolerance</i> |
| IRT | : Ibu Rumah Tangga |
| KMO | : <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> |
| K-MSA | : <i>Kaiser's Measure of Sampling Adequacy</i> |
| KEMENKES | : Kementerian Kesehatan |
| NCCDPHP | : <i>National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion</i> |
| MIN-MAX | : <i>Minimum-Maximum</i> |
| OGTT | : <i>Oral Glucose Tolerance Test</i> |

| | |
|-----------|--|
| PACIC | : <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i> |
| PAF | : <i>Principal Axis Factoring</i> |
| PCA | : <i>Principal Component Analysis</i> |
| PFA | : <i>Principal Factor Analysis</i> |
| PNS | : Pegawai Negeri Sipil |
| PPOK | : Penyakit Paru Obstruktif Kronik |
| POSBINDU | : Pos Pembinaan Terpadu |
| PPIC | : <i>Patient Perceptions of Integrated Care survey</i> |
| PT | : Perguruan Tinggi |
| RMSEA | : <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> |
| RS | : Rumah Sakit |
| S-CVI/Ave | : <i>Scale Content Validity Index/Average Proportion</i> |
| S-CVI | : <i>Scale-Content Validity Index</i> |
| SD | : Sekolah Dasar |
| SMA | : Sekolah Menengah Atas |
| SMP | : Sekolah Menengah Pertama |
| ±SD | : Standar Deviasi |
| SPSS | : <i>Statistical Product and Service Solutions</i> |
| TLI | : <i>Tucker Lewis Index</i> |
| WLSMV | : <i>Weighted Least-Squares Method</i> |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis yang banyak diderita oleh orang dewasa di seluruh dunia. Secara global, prevalensi DM tahun 2021 pada orang dewasa usia 20-79 tahun berjumlah 537 juta atau setara dengan 9.8% dari total populasi (World Health Organization, 2021). Pada tahun 2019, Indonesia menempati peringkat ke-7 sebagai negara dengan jumlah penderita DM tertinggi di dunia yaitu 10.7 juta (11.3%) (Kementerian Kesehatan RI, 2020). DM yang tidak ditangani akan menyebabkan berbagai komplikasi, seperti: penyakit jantung, stroke, neuropati (kerusakan saraf), kebutaan, gagal ginjal hingga kematian (El-shareif, 2018). Tingkat kematian akibat penyakit DM di seluruh dunia pada tahun 2021 mencapai 6.7 juta dan Indonesia berada di urutan ke-6 dengan jumlah sebanyak 236.711 orang (International Diabetes Federation, 2022). Berdasarkan data tersebut, maka diperlukan upaya atau strategi untuk menurunkan angka kejadian dan kematian akibat DM.

Upaya untuk menurunkan kejadian dan kematian akibat DM telah dilakukan. *World Health Organization* (WHO) meluncurkan program *Global Diabetes Compact* (GDC) yang bertujuan untuk perbaikan berkelanjutan dalam pencegahan dan perawatan DM dengan memastikan bahwa semua orang yang didiagnosis DM memiliki akses ke pengobatan dan perawatan yang adil, komprehensif, terjangkau dan berkualitas (World Health Organization, 2021). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) telah membentuk 33.000 Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) untuk memudahkan akses masyarakat dalam melakukan deteksi dini diabetes dan mempromosikan program CERDIK (Cek kesehatan berkala, Enyahkan asap rokok dan tidak merokok, Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres) yang dapat dijadikan sebagai pedoman pencegahan dan pengendalian diabetes bagi keluarga Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Program-program

tersebut dilakukan melalui edukasi, deteksi dini faktor risiko dan perawatan berkualitas sesuai standar agar individu yang sehat tetap sehat, orang yang memiliki faktor risiko dapat dikontrol agar tidak terjadi DM dan yang sudah mengalami DM dapat mengontrol penyakitnya sehingga tidak terjadi komplikasi dan kematian dini (Alkaff et al., 2021). Perawatan berkualitas yang berfokus pada pasien sangat penting dalam pencegahan dan pengendalian DM.

Perawatan berkualitas yang berfokus pada pasien ditandai dengan interaksi yang optimal antara tim perawatan kesehatan dengan pasien. Kualitas perawatan diartikan sejauh mana pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan dan efektif dapat meningkatkan kesehatan mereka (Drewes et al., 2012). Kualitas perawatan yang baik akan menjadi pendorong dalam meningkatkan hasil kesehatan pada pasien, termasuk penurunan mortalitas dan morbiditas, meningkatkan kepuasan pasien serta rekomendasi dan kepercayaan pada penyedia layanan kesehatan, sedangkan kualitas perawatan yang buruk akan menyebabkan hasil buruk lainnya, termasuk penderitaan terkait kesehatan yang tidak perlu, gejala terus-menerus, kehilangan fungsi, kurangnya kepercayaan pada sistem kesehatan, pemborosan sumber daya dan pengeluaran (Stone et al., 2013; Kruk et al., 2018). Menurut WHO, antara 5.7-8.4 juta orang di negara berpenghasilan rendah dan menengah meninggal serta kehilangan produktivitas hingga \$1.4-1.6 triliun/tahun karena kualitas perawatan yang buruk (World Health Organization, 2020). Kualitas perawatan sangat penting dalam mencapai cakupan kesehatan universal yang efektif, aman dan berpusat pada pasien.

Cakupan kesehatan universal dapat menjadi titik awal untuk meningkatkan kualitas perawatan. Di Indonesia, perawatan berkualitas pada pasien DM mulai dari diagnosis dini hingga pengobatan dan pencegahan komplikasi masih terhambat oleh sistem kesehatan yang belum merata, termasuk kurangnya akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di pedesaan, keterbatasan obat antidiabetes di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan sekunder serta kualitas tenaga kesehatan dalam pencegahan dan penanganan DM (Soewondo et al., 2013). Masalah ini diperparah oleh sistem

informasi kesehatan yang lemah karena kurangnya koordinasi dan integrasi antara sumber data yang berbeda, duplikasi pengumpulan data, pelaporan yang tidak jelas dan tidak ada penilaian kualitas untuk menginformasikan hasil perawatan yang telah dilaksanakan (Cholil et al., 2019). Tanpa adanya penilaian, akan sulit menginformasikan keberhasilan atau kegagalan perawatan yang mengacu pada data akurat, tepat waktu dan dapat ditindaklanjuti sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas perawatan DM (Kruk et al., 2018). Oleh karena itu, penilaian kualitas perawatan DM perlu terus diukur untuk mendorong peningkatan kualitas perawatan yang optimal pada pasien.

Penilaian kualitas akan memberikan informasi bagi penyedia layanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas perawatan. Penilaian kualitas perawatan tidak hanya dinilai dari perspektif penyedia layanan kesehatan saja (Aung et al., 2016), tetapi juga dapat diukur dari pengalaman pasien terhadap perawatan yang diterima untuk memberikan informasi kepada penyedia layanan kesehatan, mendorong perawatan yang berpusat pada pasien, memfasilitasi komunikasi antar tim dan mengevaluasi hasil perawatan berdasarkan pengalaman pasien dalam upaya peningkatan kualitas perawatan (Abdul-Razak et al., 2018). Pengalaman pasien diartikan sebagai informasi yang difasilitasi oleh orang tersebut tentang apa yang telah dialami dan terjadi pada dirinya dalam interaksi berkelanjutan dengan tim pelayanan kesehatan mengenai perawatan yang dia terima, bagaimana dia menjalani perawatan dan hasil yang diperoleh dari perawatan tersebut (Mira et al., 2016). Apabila pengalaman pasien dapat diukur dengan tepat, maka akan memberikan informasi bagi penyedia layanan kesehatan yang dapat digunakan sebagai acuan dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan kualitas perawatan, keselamatan pasien dan efektivitas klinis (Doyle et al., 2013). Diperlukan instrumen yang valid dan reliabel untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien.

Terdapat beberapa instrumen yang telah dikembangkan untuk menilai kualitas perawatan pada pasien dengan penyakit kronis seperti DM. Instrumen-instrumen tersebut antara lain: *Patient Perceptions of Integrated Care survey*

(PPIC), akan tetapi instrumen ini tidak memasukan unsur-unsur yang terkait dengan perkembangan perawatan penyakit kronis dan tidak secara langsung menilai koordinasi antara tim perawatan kesehatan dan penyedia layanan rujukan (Singer et al., 2013); *Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care* (IEXPAC), namun belum ada data yang mendukung apakah peningkatan skor dalam penggunaannya, terkait dengan hasil klinis yang lebih baik atau kualitas hidup terkait kesehatan (Mira et al., 2016); *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), namun instrumen ini hanya menilai kualitas perawatan yang berfokus pada penyedia layanan kesehatan saja (Glasgow et al., 2005). Oleh karena itu, diperlukan instrumen yang berfokus pada pasien dengan tingkat keandalan yang baik untuk menilai kualitas perawatan berdasarkan pengalaman pasien.

Saat ini telah tersedia instrumen yang berfokus pada pasien dengan validitas dan reliabilitas yang baik untuk menilai kualitas perawatan pada pasien dengan berbagai kondisi kronis termasuk DM, yaitu *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC). Instrumen ini telah memasukan unsur-unsur dalam perawatan penyakit kronis, koordinasi antara tim perawatan kesehatan yang berfokus pada pasien serta hasil penelitian yang mendukung penggunaannya pada hasil kesehatan pasien (Malliarou et al., 2020). Selain itu, instrumen ini juga telah digunakan secara internasional dan diadaptasi di berbagai negara menggunakan bahasa yang berbeda dengan tingkat validitas dan reliabilitas yang sangat baik, seperti: bahasa Belanda (Wensing et al., 2008); Spanyol (Aragones et al., 2008); Jerman (Goetz et al., 2012); Denmark (Maindal et al., 2012); Prancis (Krucien et al., 2014); Thailand (Zeugfang et al., 2018); Melayu (Abdul-Razak et al., 2018); Finlandia (Simonsen et al., 2018); Swiss (Boecker et al., 2022); dan bahasa Inggris pada pasien DM di Malaysia (Azam et al., 2020). PACIC dapat digunakan sebagai instrumen untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien.

Instrumen PACIC berfokus pada penilaian kualitas perawatan berdasarkan pengalaman pasien untuk berbagai penyakit kronis termasuk DM. Instrumen PACIC 20 item dikembangkan dan divalidasi pertama kali dalam

bahasa Inggris oleh Glasgow et al (2005) yang dipilih dan dimodifikasi dari 46 item yang dihasilkan oleh kumpulan ahli nasional perawatan penyakit kronis dari *The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative* di Washington Amerika Serikat pada tahun 2004 yang mendapat dukungan dari *The Robert Wood Johnson Foundation*. PACIC berbeda dengan instrumen kepuasan tradisional yang biasanya digunakan untuk menilai kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima secara general, karena hanya menanyakan pertanyaan-pertanyaan umum tentang kepuasan pasien pada tim perawatan kesehatan mereka saja, sementara instrumen PACIC dikembangkan khusus untuk menilai kualitas perawatan penyakit kronis yang diberikan oleh tim penyedia layanan kesehatan berdasarkan pengalaman pasien dengan meminta secara langsung untuk mengukur sejauh mana pengalaman mereka dalam menerima perawatan yang spesifik terkait dengan kondisi kronisnya serta rekomendasi yang diberikan oleh tim perawatan kesehatan (Arain et al., 2013; Arditi et al., 2018). Instrumen PACIC dapat memberikan hasil penilaian kualitas perawatan pada pasien dengan kondisi kronis di berbagai pengaturan layanan kesehatan.

Instrumen PACIC telah digunakan di berbagai pengaturan layanan kesehatan untuk menilai kualitas perawatan berdasarkan pengalaman pasien dengan berbagai kondisi kronis, seperti penyakit kardiovaskular (Cramm & Nieboer, 2013); asma, penyakit arteri koroner, jantung koroner (Tušek-Bunc et al., 2014); dan DM (Malliarou et al., 2020). *Sistematyc review* sebelumnya yang mengidentifikasi instrumen untuk mengukur pengalaman dan kepuasan pasien yang menerima perawatan kronis melaporkan bahwa, PACIC merupakan instrumen yang paling tepat dan relevan untuk menilai kualitas perawatan penyakit kronis seperti DM berdasarkan pengalaman pasien dengan reliabilitas yang baik (*cronbach's alpha*) keseluruhan sebesar 0.91 dan semua item memiliki korelasi yang kuat dengan total skor 0.90 (Vrijhoef et al., 2009). Penggunaan instrumen PACIC kaitannya dengan hasil klinis pasien DM, juga telah dilaporkan pada penelitian-penelitian sebelumnya.

Peningkatan skor PACIC kaitannya dengan hasil kesehatan pada pasien DM telah dilaporkan, diantaranya adalah penelitian yang menunjukkan bahwa peningkatan skor PACIC secara signifikan berhubungan positif dengan penggunaan sumber daya manajemen diri (OR = 1.40; 95% CI = 1.30, 1.53); perilaku manajemen diri pasien (OR = 1.21 hingga 1.41); perawatan kesehatan (OR = 2.36; 95% CI = 2.18, 2.56); dan kualitas hidup yang lebih tinggi (OR = 1.20; 95% CI = 1.13, 1.27) (Schmittiel et al., 2017). Penelitian lain menunjukkan bahwa semakin tinggi skor keseluruhan PACIC dan skor pada tiap subskala, seperti: aktivasi pasien, berkorelasi positif secara signifikan terhadap vitalitas (masing-masing: $p = 0.034$; dan $p = 0.028$); desain sistem penghantaran/dukungan pengambilan keputusan meningkat signifikan pada skor kesehatan mental ($p = 0.01$); sementara tindak lanjut/koordinasi meningkat signifikan pada skor nyeri tubuh ($p = 0.01$), vitalitas ($p = 0.002$), fungsi sosial ($p = 0.028$) dan kesehatan mental ($p = 0.024$) (Malliarou et al., 2020). Hasil penelitian sebelumnya memberikan bukti bahwa semakin tinggi skor PACIC, maka semakin baik pula hasil kesehatan yang dialami pasien.

Instrumen PACIC telah digunakan dan menjadi alat penting bagi sistem kesehatan serta pengambil kebijakan di beberapa negara dalam meningkatkan kualitas perawatan DM yang berfokus pada pengalaman pasien, seperti: Amerika Serikat (Glasgow et al., 2005); Australia (Taggart et al., 2011); dan Malaysia (Azam et al., 2020); sementara di Indonesia, berdasarkan hasil studi literatur belum ditemukan instrumen khusus yang telah dikembangkan dan digunakan untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Oleh karena itu, instrumen PACIC ini dapat menjadi pilihan untuk digunakan pada tatanan layanan klinik sebagai alat praktis dalam menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien, karena instrumen ini telah memiliki validitas dan reliabilitas yang sangat baik sehingga dapat memberikan informasi penting kepada penyedia layanan kesehatan terkait dengan keberhasilan atau kegagalan perawatan yang telah dilaksanakan berdasarkan pada data akurat, tepat waktu dan dapat ditindaklanjuti sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas

perawatan DM di Indonesia. Instrumen PACIC untuk pasien DM telah tersedia dalam beberapa bahasa dan telah menjadi alat penting bagi pengambil kebijakan di sejumlah negara di dunia.

Meskipun instrumen PACIC untuk pasien DM telah tersedia dengan validitas dan reliabilitas yang baik, namun instrumen ini awalnya hanya dikembangkan untuk pasien di negara-negara barat (Abdul-Razak et al., 2018). Keragaman populasi di seluruh dunia, maka diperlukan alat ukur yang divalidasi secara budaya untuk mendapatkan instrumen yang valid dan reliabel serta telah digunakan dalam budaya dan bahasa lain (Hariati et al., 2020). Selain itu, Indonesia merupakan negara kepulauan yang memiliki banyak bahasa dan budaya serta karakteristik masyarakat yang berbeda dengan negara lainnya di dunia, sehingga membatasi instrumen ini untuk dapat digunakan pada pasien DM di Indonesia.

Pasien DM di Indonesia memiliki karakteristik demografi, sosial maupun budaya yang berbeda dengan pasien DM di negara lainnya. Tinjauan literatur sebelumnya melaporkan bahwa sebagian besar penderita DM di Indonesia memiliki kesadaran yang kurang dalam melakukan pemeriksaan tahunan untuk komplikasi dan kontrol diabetes karena kurangnya pengetahuan, akses ke fasilitas kesehatan yang terbatas, tingginya biaya perawatan terutama dalam konteks pertanggung jawaban asuransi yang tidak lengkap serta minimnya berbagai penunjang lainnya seperti: tenaga kesehatan terlatih untuk pencegahan dan penanganan DM, keahlian dan peralatan diagnostik di tingkat perawatan primer, regulasi tentang harga dan kualitas layanan, sumber daya di sektor publik serta obat antidiabetes yang tidak menjangkau semua orang karena ketersediaannya terbatas dan tidak semua obat ditanggung asuransi kesehatan sehingga penggunaan obat tradisional meluas yang menyebabkan keterlambatan diagnosis dan timbulnya komplikasi dini (Soewondo et al., 2013). Hasil serupa juga dilaporkan pada studi *Diabetes Care Asia* di Indonesia, bahwa mayoritas pasien kurang memiliki kesadaran dalam melakukan pemeriksaan dan kontrol diabetes sesuai yang direkomendasikan, tidak mematuhi rekomendasi dokter dan perawat terkait diet, olahraga atau

pemeriksaan mandiri, menjalani gaya hidup tidak banyak bergerak dan tidak mematuhi obat yang diresepkan (Cholil et al., 2019).

Studi lainnya melaporkan bahwa penderita DM di Indonesia, terkadang lebih menerima rekomendasi dari kerabat mereka yang hidup dengan DM daripada profesional kesehatan, mayoritas pasien percaya bahwa zat kimia dalam obat akan menyebabkan lebih banyak kerugian daripada kebaikan sehingga memutuskan untuk tidak mengikuti rekomendasi pengobatan dari profesional kesehatan, menganggap bahwa DM tidak mengancam jiwa karena mereka masih mampu melakukan tugas sehari-hari yang akhirnya menunda pengobatan atau memodifikasi rencana pengobatan. Selain itu, adanya pengaruh budaya menyebabkan sebagian penderita DM di Indonesia masih percaya dan lebih menyukai penggunaan bahan-bahan alami, utamanya bagi mereka yang tinggal di pedesaan dan memiliki akses terbatas pada obat antidiabetes (Trusda et al., 2021). Oleh karena adanya perbedaan bahasa, budaya dan karakteristik antara pasien DM di Indonesia dengan negara lainnya, maka dilakukan penelitian ini untuk mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC ke versi Indonesia agar diperoleh instrumen yang valid dan reliabel untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien.

B. Rumusan Masalah

DM merupakan salah satu penyakit kronis yang banyak diderita dan menjadi salah satu penyebab utama kematian pada orang dewasa di seluruh dunia. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk perbaikan berkelanjutan dalam pencegahan dan perawatan diabetes guna mengurangi risiko komplikasi adalah perawatan berkualitas tinggi yang berfokus pada pasien (Drewes et al., 2012). Di Indonesia, salah satu penghambat perawatan berkualitas pada pasien DM adalah tidak adanya penilaian kualitas perawatan DM secara khusus untuk menginformasikan hasil perawatan yang telah dilaksanakan (Cholil et al., 2019). Tanpa adanya penilaian, akan sulit menginformasikan keberhasilan atau kegagalan perawatan yang mengacu pada data akurat, tepat waktu dan dapat ditindaklanjuti sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas perawatan DM (Kruk et al., 2018). Oleh karena itu, kualitas perawatan DM perlu terus diukur

untuk memberikan informasi bagi penyedia layanan atau pengambil kebijakan sebagai upaya perbaikan dan peningkatan kualitas perawatan, salah satunya melalui pengalaman pasien terhadap perawatan yang diterima menggunakan instrumen yang valid dan reliabel.

Saat ini telah tersedia instrumen yang valid dan reliabel untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien, yaitu PACIC. Instrumen ini telah digunakan secara internasional dan diadaptasi di berbagai negara dengan bahasa yang berbeda, termasuk bahasa Belanda (Wensing et al., 2008); Spanyol (Aragones et al., 2008); Denmark (Maindal et al., 2012); Thailand (Zeugfang et al., 2018); dan Melayu (Abdul-Razak et al., 2018), namun instrumen ini awalnya dikembangkan untuk pasien di negara-negara barat. Perbedaan bahasa, budaya dan karakteristik pasien DM di Indonesia dengan negara lainnya membatasi kemampuan instrumen ini untuk dapat diterapkan di Indonesia, oleh karena itu perlu dilakukan adaptasi lintas budaya ke versi Indonesia agar diperoleh instrumen PACIC yang valid dan reliabel.

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC ke versi Indonesia.

b. Tujuan Khusus

- 1) Diketuainya *face validity* instrumen PACIC versi Indonesia.
- 2) Diketuainya *content validity* instrumen PACIC versi Indonesia.
- 3) Diketuainya *construct validity* instrumen PACIC versi Indonesia.
- 4) Diketuainya *internal consistency reliability* instrumen PACIC versi Indonesia.

D. Originalitas Penelitian

Instrumen PACIC telah diadaptasi dan divalidasi di berbagai negara dengan bahasa yang berbeda, diantaranya adalah bahasa Belanda (Wensing et al., 2008); Spanyol (Aragones et al., 2008); Jerman (Goetz et al., 2012); Denmark (Maindal et al., 2012); Prancis (Krucien et al., 2014); Thailand (Zeugfang et al., 2018); Melayu (Abdul-Razak et al., 2018); Finlandia

(Simonsen et al., 2018); dan Swiss (Boecker et al., 2022); dan bahasa Inggris pada pasien DM di Malaysia (Azam et al., 2020), namun instrumen ini awalnya hanya dikembangkan untuk pasien di negara-negara barat dan belum pernah diadaptasi secara budaya ke versi Indonesia. Oleh karena itu, originalitas penelitian ini adalah adaptasi lintas budaya instrumen PACIC ke versi Indonesia untuk menilai kualitas perawatan DM berdasarkan pengalaman pasien.

Tabel 1.1: Originalitas Penelitian

| No | Penulis, Tahun & Judul | Metode | Kesimpulan | Persamaan dan perbedaan |
|----|---|---|---|--|
| 1. | Glasgow et al (2005) “Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)” | <ul style="list-style-type: none"> -Desain: <i>Survey</i> -Sampel: 413 pasien (hipertensi = 130; radang sendi =109; depresi =51; diabetes = 41; asma = 41; dan nyeri = 41), usia rata-rata 64.2 tahun. -Variabel: Mengembangkan instrumen yang dapat digunakan dalam berbagai pengaturan perawatan kesehatan untuk pasien dewasa dengan satu atau lebih penyakit kronis. -Setting: Klinik perawatan primer -Instrumen: PACIC 20 item -Analisis: <i>Confirmatory Factor Analysis (CFA), Pearson product moment correlation coefficients, Point-biserial correlations, ANOVA and ANCOVA</i> -Uji Validitas: <i>Face, construct dan concurrent validity</i> -Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency dan test-retest reliability</i> | Instrumen PACIC merupakan instrumen praktis yang dapat diandalkan (reliabel) dan memiliki tingkat validitas yang baik (<i>face, construct dan concurrent validity</i>). | <p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desain penelitian <i>survey</i> -Mengembangkan dan memvalidasi instrumen PACIC 20 item versi bahasa Inggris <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Menggunakan sampel lebih dari satu penyakit kronis, sedangkan pada penelitian ini berfokus pada DM -Pengambilan sampel di klinik perawatan primer, sedangkan penelitian ini di Poliklinik Rumah Sakit -Tidak melakukan adaptasi lintas budaya |
| 2. | Wensing et al (2008) “The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire in The Netherlands: A validation Study in Rural General Practice” | <ul style="list-style-type: none"> -Desain: <i>Observasional</i> -Sampel: 88 pasien DM dan 77 PPOK, usia rata-rata 68 tahun -Variabel: Mengadaptasi lintas budaya PACIC -Setting: Praktek umum daerah pedesaan -Instrumen: PACIC 20 item -Analisis: <i>Principal Factor Analysis (PCA), Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) dan Intraclass Correlation Coefficient (ICC)</i> -Uji Validitas: <i>Content dan construct validity</i> | Instrumen PACIC tersedia dalam bahasa Belanda yang telah diterjemahkan dan divalidasi dengan tingkat validitas dan reliabilitas yang sangat baik. | <p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC 20 item <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Menggunakan desain observasional, sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> -Menggunakan sampel dua penyakit kronis (DM dan PPOK), sedangkan penelitian ini hanya penyakit DM |

| No | Penulis, Tahun & Judul | Metode | Kesimpulan | Persamaan dan perbedaan |
|----|---|--|---|--|
| | | - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency reliability</i> | | - Pengambilan sampel di praktek umum daerah pedesaan, sedangkan pada penelitian ini di Poliklinik Rumah Sakit - PACIC diadaptasi secara budaya ke versi Belanda, sedangkan penelitian ini ke versi Indonesia |
| 3. | Aragones et al (2008) <i>“Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)”</i> | - Desain: <i>Cross-sectional</i> - Sampel: 100 pasien DM, usia ≥ 18 tahun. - Variabel: Mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC - Setting: Klinik rawat jalan Rumah Sakit - Instrumen: PACIC 20 item - Analisis: <i>Confirmatory Factor Analysis (CFA)</i> dan <i>Spearman’s correlation</i> - Uji Validitas: <i>Criterion validity</i> - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency</i> dan <i>test-retest reliability</i> | Terjemahan instrumen PACIC dalam bahasa Spanyol menunjukkan tingkat keandalan, konsistensi internal dan <i>test-retest</i> yang tinggi. | Persamaan: - Sampel yang digunakan pasien DM - Mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC 20 item - Pengambilan sampel di klinik rawat jalan Rumah Sakit Perbedaan: - Desain <i>cross-sectional</i> , sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> - PACIC diadaptasi secara budaya ke versi Spanyol, sedangkan penelitian ini ke versi Indonesia |
| 4. | Maindal et al (2012) <i>“Adaptation, Data Quality and Confirmatory Factor Analysis of the Danish Version of the PACIC Questionnaire”</i> | - Desain: <i>Cross-sectional</i> - Sampel: 560 pasien DM tipe 2, usia rata-rata 66.4 tahun - Variabel: Mengadaptasi lintas budaya PACIC - Setting: Praktik umum - Instrumen: PACIC 20 item - Analisis: <i>Confirmatory Factor Analysis (CFA)</i> , <i>Chi-squared statistic</i> , <i>Comparative Fit Index (CFI)</i> , <i>Tucker Lewis Index (TLI)</i> , <i>Weighted</i> | Instrumen PACIC Denmark telah tersedia dan divalidasi dengan sifat psikometri yang memuaskan dan semua subskala menunjukkan kecocokan model | Persamaan: - Sampel yang digunakan pasien DM - Mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC 20 item Perbedaan: - Menggunakan desain <i>cross-sectional</i> , sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> |

| No | Penulis, Tahun & Judul | Metode | Kesimpulan | Persamaan dan perbedaan |
|----|---|---|--|---|
| | | <p><i>Least-Squares Method (WLSMV), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uji Validitas: <i>Content, face dan construct validity</i> - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency reliability</i> | <p>yang baik dan dapat digunakan untuk jumlah skor yang terpisah dalam perawatan primer pada populasi DM tipe 2.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pengambilan sampel di praktek umum, sedangkan pada penelitian ini di Poliklinik Rumah Sakit - PACIC diadaptasi secara budaya ke versi Denmark, sedangkan penelitian ini ke versi Indonesia |
| 5. | <p>Zeugfang et al (2018)</p> <p><i>“Translation and Validation of the PACIC+ Questionnaire: The Thai Version”</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desain: <i>Observasional</i> - Sampel: 151 pasien DM tipe 2, usia rata-rata 63 tahun - Variabel: Mengadaptasi lintas budaya instrumen PACIC - Setting: Klinik rawat jalan Rumah Sakit - Instrumen: PACIC+ 26 item - Analisis: <i>Intraclass Correlation Coefficient (ICC), Exploratory Factor Analysis (EFA), Principal Axis Factoring (PAF) dan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)</i> - Uji Validitas: <i>Face dan structural validity</i> - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency dan test-retest reliability</i> | <p>PACIC+ versi Thailand yang divalidasi tersedia untuk mengukur pengalaman pasien DM terhadap perawatan yang mereka terima.</p> | <p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sampel yang digunakan adalah pasien DM - Pengambilan sampel di klinik rawat jalan Rumah Sakit <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan desain observasional, sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> - Mengadaptasi lintas budaya dan memvalidasi PACIC+ 26 item ke versi Thailand, sedangkan penelitian ini mengadaptasi PACIC 20 item ke versi Indonesia |
| 6. | <p>Abdul-Razak et al (2018)</p> <p><i>“Validity and Reliability of the Patient Assessment on Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire: The Malay Version”</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desain: <i>Cross-sectional</i> - Sampel: 130 pasien DM, usia rata-rata 48.5 tahun - Variabel: Mengadaptasi lintas budaya PACIC - Setting: Klinik perawatan primer - Instrumen: PACIC 20 item - Analisis: <i>Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Exploratory Factor Analysis (EFA), Intraclass</i> | <p>Instrumen PACIC-Malaysia sangat reliabel dan valid untuk digunakan pada pasien DM.</p> | <p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sampel yang digunakan adalah pasien DM - Mengadaptasi lintas budaya dan validasi PACIC 20 item |

| No | Penulis, Tahun & Judul | Metode | Kesimpulan | Persamaan dan perbedaan |
|----|---|---|--|---|
| | | <p><i>Correlation Coefficient (ICC) dan Spearman's correlation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uji Validitas: <i>Content, face</i> dan <i>construct validity</i> - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency</i> dan <i>test-retest reliability</i> | | <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan desain <i>cross-sectional</i>, sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> - Pengambilan sampel di klinik perawatan primer, sedangkan penelitian ini di Poliklinik Rumah Sakit - PACIC diadaptasi secara budaya ke versi Malaysia, sedangkan penelitian ini ke versi Indonesia |
| 7. | <p>Azam et al (2020)</p> <p><i>"Validity and reliability of the Patient Assessment on Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Malaysia: English Version"</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desain: <i>Observasional</i> - Sampel: 200 pasien DM, usia rata-rata 59 tahun - Variabel: Memvalidasi PACIC versi bahasa Inggris untuk pasien DM di Malaysia - Setting: Klinik perawatan primer - Instrumen: PACIC 20 item - Analisis: <i>Confirmatory Factor Analysis (CFA), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Intraclass Correlation Coefficient (ICC), Mann Whitney-U test</i> dan <i>Spearman's rho correlation</i> - Uji Validitas: <i>Content, face</i> dan <i>construct validity</i> - Uji Reliabilitas: <i>Internal consistency</i> dan <i>test-retest reliability</i> | <p>PACIC versi bahasa Inggris merupakan instrumen yang valid dan dapat diandalkan untuk menilai kualitas perawatan diantara pasien DM di Malaysia.</p> | <p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sampel yang digunakan adalah pasien DM <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan desain <i>observasional</i>, sedangkan penelitian ini desain <i>survey</i> - Pengambilan sampel di klinik perawatan primer, sedangkan penelitian ini di Poliklinik Rumah Sakit - Memvalidasi PACIC 20 item versi bahasa Inggris untuk pasien DM di Malaysia, sedangkan penelitian ini ke versi Indonesia |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Kronis

Penyakit kronis didefinisikan secara luas sebagai kondisi yang berlangsung selama satu tahun atau lebih dan memerlukan perhatian medis berkelanjutan atau membatasi aktivitas hidup sehari-hari (Wilkins et al., 2019). Penyakit kronis umumnya disebabkan karena perubahan bentuk sel dan perubahan susunan kimia yang mengakibatkan terjadinya pertumbuhan searah yang tidak dapat kembali ke bentuk semula sehingga menyebabkan penurunan kemampuan individu akibat kegagalan fungsi tubuh (Ambrosio et al., 2015). Penyakit kronis telah menjadi penyebab utama kematian di dunia, dimana sebagian besar dikaitkan dengan penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis dan DM (Sav et al., 2015).

Terdapat beberapa jenis penyakit kronis diantaranya adalah penyakit jantung, stroke, DM, kanker kronis, penyakit pernapasan dan sebagainya (Ambrosio et al., 2015). Sejumlah faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya penyakit kronis diantaranya adalah penggunaan tembakau dan paparan asap rokok, pola makan tidak sehat, seperti diet rendah buah dan sayuran, natrium tinggi dan lemak jenuh, kurang aktivitas fisik dan penggunaan alkohol berlebihan (Miles & Asbridge, 2016). *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP)* merekomendasikan beberapa upaya untuk mencegah terjadinya penyakit kronis, antara lain sebagai berikut (Wilkins et al., 2019):

1. Berhenti Merokok

Berhenti merokok dapat menurunkan risiko masalah kesehatan yang serius, seperti penyakit jantung, kanker, DM tipe 2, penyakit paru-paru dan kematian dini bahkan untuk perokok lama.

2. Makan yang Sehat

Makan sehat membantu mencegah, menunda dan mengelola penyakit jantung, DM tipe 2 dan penyakit kronis lainnya. Diet seimbang buah-

buah, sayuran, biji-bijian, daging tanpa lemak dan produk susu rendah lemak penting pada usia berapa pun. Pada individu dengan kelebihan berat badan, kehilangan 5% hingga 7% berat badan dapat membantu mencegah atau menunda DM tipe 2.

3. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur dapat membantu mencegah, menunda atau mengelola penyakit kronis. Aktivitas fisik yang direkomendasikan adalah intensitas sedang, seperti jalan cepat setidaknya 150 menit seminggu.

4. Hindari Minum Terlalu Banyak Alkohol

Seiring waktu, minum alkohol berlebihan dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, berbagai penyakit kanker, penyakit jantung, stroke dan penyakit hati.

5. Pemeriksaan Kesehatan

Untuk mencegah penyakit kronis atau mendeteksinya lebih awal, disarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur minimal tiga atau enam bulan sekali.

6. Tidur yang Cukup

Kurang tidur telah dikaitkan dengan perkembangan dan manajemen yang buruk dari penyakit DM, jantung, obesitas dan depresi. Orang dewasa sebaiknya memiliki waktu tidur setidaknya 7 jam setiap hari.

B. Konsep Perawatan Diabetes Melitus (DM)

1. Definisi

DM merupakan penyakit metabolik kronis yang terjadi saat pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya (World Health Organization, 2021). Penyakit ini ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah yang dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal dan saraf akibat cacatnya sekresi dan kerja insulin atau keduanya (American Diabetes Association, 2022). Kolaborasi multidisiplin dan perawatan berkualitas tinggi berfokus

pada pasien sangat penting dalam penanganan DM untuk mencegah risiko terjadinya komplikasi (Shivashankar et al., 2015).

2. Klasifikasi, Penyebab dan Gejala

DM diklasifikasikan dalam kategori umum berdasarkan penyebab dan gejala berikut (World Health Organization, 2021; American Diabetes Association, 2022):

- a. DM tipe 1 (karena defisiensi absolut sekresi insulin akibat kerusakan autoimun sel-sel penghasil insulin di pankreas). Gejalanya, termasuk buang air kecil dan haus berlebihan, rasa lapar terus-menerus, penurunan berat badan, perubahan penglihatan dan kelelahan.
- b. DM tipe 2 (karena hilangnya sekresi insulin sel- β secara progresif dengan latar belakang resistensi insulin). Gejalanya mirip dengan diabetes tipe 1, tetapi seringkali kurang ditandai atau tidak ada sehingga penyakit ini mungkin tidak terdiagnosis selama beberapa tahun sampai komplikasi muncul.
- c. Gestational Diabetes Melitus (GDM) adalah hiperglikemia dengan nilai glukosa darah di atas normal tetapi di bawah diagnostik diabetes yang terjadi selama kehamilan. GDM didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan.
- d. DM tipe lain merupakan penyakit gangguan metabolik ditandai dengan peningkatan kadar gula darah akibat defek genetik fungsi sel- β , defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, obat, infeksi dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.

3. Faktor Risiko

Individu dengan gangguan glukosa puasa/*Impaired Fasting Glucose* (IFG) dan/atau gangguan toleransi glukosa/*Impaired Glucose Tolerance* (IGT) yang didiagnosis pra-diabetes, obesitas, hipertensi, dislipidemia dengan trigliserida tinggi dan/atau kolesterol HDL rendah memiliki risiko yang cukup tinggi untuk perkembangan diabetes di masa depan (American Diabetes Association, 2022). Selain itu, riwayat keluarga, pola makan tidak sehat, kurang aktifitas fisik, bertambahnya usia, etnis, riwayat GDM dan

gizi buruk selama kehamilan juga dikaitkan dengan faktor risiko terjadinya DM (International Diabetes Federation, 2022). Dua studi sebelumnya mengidentifikasi usia, obesitas, hipertensi, kebiasaan merokok sebagai faktor risiko DM yang tidak terdiagnosis dan dislipidemia sebagai faktor risiko pada pasien yang baru didiagnosis (Soewondo et al., 2013; Cholil et al., 2019).

4. Kriteria Diagnostik

Tabel 2.1: Kriteria Diagnostik Diabetes

| Indikator Penilaian | Kriteria | Keterangan |
|---|---|--|
| Hb1Ac | $\geq 6.5\%$ (48 mmol/mol) [†] | Pengujian harus dilakukan di laboratorium menggunakan metode yang disertifikasi NGSP dan distandarisasi dengan pengujian DCCT* |
| <i>Fasting plasma glucose</i> | ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L) [†] | Puasa didefinisikan tidak ada asupan kalori minimal 8 jam* |
| <i>2-hour plasma glucose during 75-g OGTT</i> | ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) [†] | Tes dilakukan menggunakan beban glukosa yang mengandung setara dengan 75 gram glukosa anhidrat yang dilarutkan dalam air* |
| <i>Random plasma glucose</i> | ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) [‡] | Pada pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemik |

OGTT: *Oral Glucose Tolerance Test*; HbA1C: *HemoglobinA1c*; DCCT: *Diabetes Control and Complications Trial*

*Untuk ketiga pengujian, risiko terus berlanjut, meluas di bawah batas rentang dan menjadi lebih besar secara tidak proporsional di ujung rentang yang lebih tinggi.

[†] Dengan tidak ada hiperglikemia yang jelas diagnosis memerlukan dua hasil tes abnormal dari sampel yang sama atau dalam dua sampel uji yang terpisah.

[‡] Hanya diagnostik pada pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemik (American Diabetes Association, 2022).

5. Komplikasi

Orang dewasa dengan DM mengalami peningkatan risiko serangan jantung dan stroke dua sampai tiga kali lipat, sementara pada kehamilan dapat meningkatkan risiko kematian janin dan komplikasi lainnya (World Health Organization, 2021). Komplikasi jangka panjang DM, termasuk retinopati dengan potensi kehilangan penglihatan; nefropati yang

menyebabkan gagal ginjal; neuropati perifer dengan risiko ulkus kaki, amputasi dan sendi *charcot*; neuropati otonom yang menyebabkan gejala gastrointestinal, genitourinari dan kardiovaskular serta disfungsi seksual; hipertensi dan kelainan metabolisme lipoprotein juga sering ditemukan pada penderita DM (American Diabetes Association, 2022).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komplikasi DM yang paling sering ditemukan adalah komplikasi sistem vaskular, termasuk retinopati, neuropati, makrovaskular, mikrovaskuler, kaki diabetes, penyakit arteri perifer dan komplikasi pada sistem ginjal termasuk nefropati, penyakit ginjal kronis, ketoasidosis, mikroalbuminuria dan hipertensi (Soewondo et al., 2013). Hasil studi *Diabetes Care* Asia di Indonesia tahun 2013-2014, menunjukkan bahwa komplikasi diabetes yang paling umum ditemukan adalah neuropati perifer, disfungsi ereksi, gangguan penglihatan, penyakit kardiovaskular, ginjal dan ulkus (Cholil et al., 2019).

6. Pencegahan DM pada Orang Dewasa

American Diabetes Association (ADA) merekomendasikan pencegahan DM pada orang dewasa sebagai berikut (American Diabetes Association, 2022):

- 1) Terapi non-farmakologi: orang dewasa dengan kelebihan berat badan/obesitas pada risiko tinggi DM tipe 2 untuk mencapai dan mempertahankan 7% penurunan berat badan awal dan tingkatkan aktivitas fisik intensitas sedang (seperti: jalan cepat) setidaknya 150 menit/minggu.
- 2) Intervensi Farmakologi
 - a) Terapi metformin untuk pencegahan DM tipe 2 harus dipertimbangkan pada orang dewasa dengan pra-diabetes dan wanita dengan GDM sebelumnya.
 - b) Penggunaan metformin jangka panjang dapat dikaitkan dengan defisiensi vitamin B12 biokimia; pertimbangkan pengukuran berkala kadar vitamin B12 pada pasien yang diobati dengan metformin, terutama pada pasien dengan anemia atau neuropati perifer.

7. Perawatan DM

ADA merekomendasikan standar perawatan medis untuk DM, baik pada anak-anak maupun orang dewasa harus memastikan bahwa perawatan yang diberikan berpusat pada pasien. Adapun perawatan DM yang direkomendasikan adalah sebagai berikut (American Diabetes Association, 2022):

a. Anak-Anak dan Remaja

- 1) Terapi non-farmakologi: pengobatan DM tipe 2 pada anak dan remaja harus mencakup manajemen gaya hidup dan pendidikan manajemen diri diabetes.
- 2) Terapi farmakologi: pilihan pengobatan farmakologi saat ini untuk anak dan remaja terbatas pada tiga kelas obat yaitu: insulin, metformin dan agonis reseptor (*Glukagon-Like Peptide 1* [GLP-1]) pada mereka yang berusia 10 tahun tanpa kontraindikasi.

b. Orang Dewasa

- 1) Terapi non-farmakologi: modifikasi gaya hidup komprehensif, termasuk diet, aktivitas fisik dan konseling perilaku untuk mencapai dan mempertahankan penurunan berat badan minimal 5%.
- 2) Terapi farmakologi:
 - a) Terapi lini pertama tergantung pada komorbiditas, faktor pengobatan yang berpusat pada pasien dan kebutuhan manajemen umumnya mencakup metformin.
 - b) Obat lain, seperti agonis reseptor GLP-1 dan *sodium-glucose cotransporter 2* (SGLT-2) *inhibitor*.
 - c) Pengenalan awal insulin harus dipertimbangkan jika ada bukti katabolisme yang sedang berlangsung (penurunan berat badan).
 - d) Diantara individu dengan DM tipe 2 yang memiliki indikator risiko tinggi kardiovaskular, penyakit ginjal atau hipertensi inhibitor SGLT-2 dan/atau agonis reseptor GLP-1 direkomendasikan sebagai bagian dari rejimen penurun glukosa dan pengurangan risiko kardiovaskular.

- e) Jika insulin digunakan, terapi kombinasi dengan agonis reseptor GLP-1 direkomendasikan untuk kemanjuran dan ketahanan efek pengobatan yang lebih besar.
- c. Orang Dewasa yang Lebih Tua
- 1) Manajemen gaya hidup: asupan nutrisi dan protein yang optimal direkomendasikan untuk orang dewasa yang lebih tua. Pada orang dewasa yang lebih tua dengan DM tipe 2, kelebihan berat badan/obesitas dan kapasitas untuk berolahraga dengan aman, intervensi gaya hidup intensif yang berfokus pada perubahan pola makan, aktivitas fisik dan penurunan berat badan sederhana (misalnya 5-7%) harus dipertimbangkan untuk manfaatnya pada kualitas hidup, mobilitas dan fungsi fisik serta kontrol faktor risiko kardiometabolik.
 - 2) Terapi farmakologi: metformin
- d. DM Pada Kehamilan
- 1) Terapi non-farmakologi:
 - a) Perubahan perilaku gaya hidup
 - b) Kunjungan *telehealth*.
 - 2) Terapi farmakologi:
 - a) Insulin jika diperlukan untuk mencapai target glikemik
 - b) Metformin bila digunakan untuk mengobati sindrom ovarium polikistik dan menginduksi ovulasi harus dihentikan pada akhir trimester pertama.

C. Konsep Kualitas Perawatan

1. Definisi

Kualitas perawatan adalah sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi dapat meningkatkan hasil kesehatan yang diinginkan berdasarkan pada pengetahuan profesional berbasis bukti untuk mencapai cakupan kesehatan universal (World Health Organization, 2020). Definisi ini mencakup promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi dan paliatif yang menyiratkan bahwa kualitas perawatan dapat diukur dan terus ditingkatkan melalui penyediaan perawatan berbasis bukti yang

mempertimbangkan kebutuhan dan preferensi pengguna layanan, baik pasien, keluarga, maupun masyarakat (Schmittiel et al., 2017). Perawatan berkualitas tinggi melibatkan penilaian menyeluruh, deteksi kondisi tanpa gejala dan kondisi yang menyertainya, diagnosis yang akurat, perawatan yang sesuai dan tepat waktu, rujukan saat diperlukan untuk perawatan dan pembedahan di Rumah Sakit, kemampuan untuk mengikuti pasien dan menyesuaikan arah perawatan sesuai kebutuhan (Kruk et al., 2018).

2. Tujuan dan Manfaat Kualitas Perawatan

Kualitas perawatan sangat penting dalam mencapai cakupan kesehatan universal yang efektif, aman dan berpusat pada pasien (World Health Organization, 2020). Perawatan berkualitas bertujuan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi menekankan pada peningkatan keselamatan, kualitas dan pengalaman secara terus menerus serta memastikan bahwa perawatan yang diterima pasien berbasis bukti dan dapat diandalkan (American Diabetes Association, 2022). Kualitas perawatan bermanfaat dalam meningkatkan hasil kesehatan yang lebih baik, termasuk penurunan mortalitas dan morbiditas, penanda kesehatan yang positif seperti kualitas hidup, fungsi dan kesejahteraan, tidak adanya penderitaan terkait kesehatan yang serius, meningkatkan kepercayaan pasien pada sistem kesehatan (pada petugas kesehatan dan perawatan yang tepat) serta hasil ekonomi (Kruk et al., 2018).

3. Dimensi Kualitas Perawatan

Terdapat enam dimensi yang harus dipenuhi dalam kualitas perawatan, yaitu (Kruk et al., 2018; World Health Organization, 2020; American Diabetes Association, 2022):

- a. Efektif → menyediakan layanan perawatan yang andal berbasis bukti.
- b. Aman → menghindari bahaya seminimal mungkin yang dapat terjadi.
- c. Berpusat pada pasien → memberikan perawatan yang menanggapi preferensi individu, kebutuhan dan nilai-nilai pasien.
- d. Tepat waktu → mengurangi waktu tunggu dan penundaan yang merugikan, baik bagi pasien maupun petugas.

- e. Adil → memberikan kualitas perawatan yang sama tanpa memandang usia, jenis kelamin, ras, etnis, lokasi geografis, agama, status sosial ekonomi dan afiliasi linguistik atau politik.
 - f. Terintegrasi → memberikan perawatan yang menyediakan berbagai layanan kesehatan sepanjang perjalanan hidup.
 - g. Efisien → memaksimalkan manfaat dari sumber daya yang tersedia dan menghindari penggunaan yang tidak perlu.
4. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Perawatan DM di Indonesia

Penyediaan perawatan berkualitas bagi pasien DM mulai dari diagnosis dini hingga pengobatan dan pencegahan komplikasi di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah sebagai berikut (Soewondo et al., 2013; Cholil et al., 2019):

- a. Sistem kesehatan, termasuk kurangnya tenaga kesehatan dan kualitas pelatihan pada petugas pelayanan yang sangat mempengaruhi kualitas perawatan pada pasien.
- b. Infrastruktur publik di tingkat perawatan primer terkait dengan aksesibilitas geografis, khususnya pada orang-orang yang tinggal di daerah terpencil atau lokasi pulau kecil dengan akses yang sangat buruk.
- c. Kurangnya keahlian dan peralatan diagnostik di tingkat perawatan primer, sekunder dan tersier yang menyebabkan biaya lebih tinggi untuk sistem perawatan kesehatan dan individu yang dapat menyebabkan peningkatan hambatan untuk mengakses perawatan.
- d. Kurangnya regulasi tentang harga dan kualitas layanan.
- e. Kurangnya sumber daya di sektor publik.
- f. Ketersediaan obat yang sangat terbatas di tingkat perawatan primer, sementara di tingkat Rumah Sakit ketersediaannya sangat bervariasi.
- g. Sistem informasi kesehatan yang lemah akibat kurangnya koordinasi dan integrasi antara sumber data yang berbeda, duplikasi pengumpulan data dan pelaporan yang tidak jelas karena tidak ada penilaian kualitas untuk menginformasikan hasil perawatan yang telah dilaksanakan.

5. Dampak Kualitas Perawatan

Kualitas perawatan yang buruk akan menyebabkan hasil buruk lainnya, termasuk penderitaan terkait kesehatan yang tidak perlu, gejala terus-menerus, kehilangan fungsi, kurangnya kepercayaan pada sistem kesehatan, pemborosan sumber daya dan pengeluaran (Kruk et al., 2018). Kualitas perawatan yang buruk juga menyebabkan ketidakpuasan pasien terhadap penyedia fasilitas pelayanan kesehatan sehingga mengurangi minat mereka untuk menggunakan fasilitas layanan yang disediakan (El-shareif, 2018). Menurut WHO antara 5.7-8.4 juta orang di negara berpenghasilan rendah dan menengah meninggal serta kehilangan produktivitas hingga \$1.4-1.6 triliun per tahun karena kualitas perawatan yang buruk (World Health Organization, 2020).

6. Upaya Peningkatan Kualitas Perawatan DM

Sistem kesehatan berkualitas tinggi harus berfokus pada masyarakat, adil, tangguh dan efisien (Kruk et al., 2018). Penyediaan layanan berkualitas membutuhkan beberapa hal, diantaranya adalah tata kelola yang baik, seperti: tenaga kesehatan yang terampil, kompeten, didukung dan dimotivasi, mekanisme pembiayaan yang mendorong perawatan berkualitas, pemantauan sistem informasi secara terus menerus untuk meningkatkan perawatan yang lebih baik, tersedianya obat-obatan, perangkat dan teknologi yang aman serta fasilitas kesehatan yang dilengkapi dengan baik dan mudah diakses (World Health Organization, 2020). Perawatan berkualitas juga mengharuskan penyedia layanan untuk terus melakukan penilaian secara rinci agar diperoleh pemahaman lebih dalam terkait kondisi pasien dengan menggunakan instrumen yang valid dan dapat diandalkan serta telah digunakan di berbagai populasi (Hariati et al., 2020).

Terdapat berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas perawatan DM, diantaranya adalah sebagai berikut (American Diabetes Association, 2022):

- a. Memberikan perawatan yang sesuai dengan pedoman berbasis bukti.

- b. Memperluas peran tim untuk menerapkan strategi manajemen penyakit yang lebih intensif.
- c. Melacak perilaku minum obat pada tingkat system.
- d. Mendesain ulang proses perawatan.
- e. Penerapan alat rekam kesehatan elektronik.
- f. Memberdayakan dan mendidik pasien.
- g. Menghilangkan hambatan keuangan dan mengurangi biaya pasien sendiri untuk pendidikan diabetes, pemeriksaan mata, pemantauan glukosa darah sendiri dan obat-obatan yang diperlukan.
- h. Menilai dan menangani masalah psikososial.
- i. Mengidentifikasi, mengembangkan dan melibatkan sumber daya masyarakat serta kebijakan publik yang mendukung gaya hidup sehat.

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perawatan DM yang efektif dan berkualitas tinggi tidak hanya sekedar menerapkan intervensi atau menambahkan fitur baru ke sistem perawatan yang ada, namun memerlukan perubahan sistem secara komprehensif (Cramm & Nieboer, 2013). Dua penelitian lain mengemukakan bahwa manajemen DM yang berkualitas memerlukan pendekatan terorganisir dan sistematis serta keterlibatan tim terkoordinasi dari profesional perawatan kesehatan yang berdedikasi dan bekerja di lingkungan perawatan berkualitas tinggi yang berpusat pada pasien sebagai prioritas (Tricco et al., 2012; Schmitt diel et al., 2017).

D. Penilaian Kualitas Perawatan DM Berdasarkan Pengalaman Pasien

Penilaian kualitas dalam layanan kesehatan dimulai dengan karya Avedis Donabedian (1966) yang mengusulkan kerangka kerja penilaian kualitas perawatan. Donabedian menggambarkan kualitas pada tiga dimensi, yaitu: struktur, proses dan hasil perawatan (Kruk et al., 2018).

1. Dimensi struktur merupakan karakteristik pelayanan yang dimiliki oleh penyedia fasilitas layanan kesehatan (perlengkapan, sumber daya, tatanan organisasi dan fasilitas fisik) (Selby, 2010).
2. Dimensi proses terbagi atas dua, pertama adalah interaksi penyedia layanan kesehatan dalam memberikan perawatan dan sistem kesehatan yang

kompeten, seperti: perawatan yang efektif berbasis bukti (penilaian sistematis, diagnosis yang benar, pengobatan yang tepat, konseling dan rujukan); dan sistem yang mampu (keselamatan, pencegahan dan deteksi, kontinuitas dan integrasi, tindakan tepat waktu dan manajemen kesehatan populasi) (Schmittdiel et al., 2017); kedua adalah pengalaman pasien yang positif sebagai penerima pelayanan kesehatan, termasuk rasa hormat (martabat, privasi, non-diskriminasi, otonomi, kerahasiaan dan komunikasi yang jelas); fokus pengguna (pilihan penyedia, waktu tunggu yang singkat, suara dan nilai yang sabar, keterjangkauan dan kemudahan penggunaan) (Stone et al., 2013; Kruk et al., 2018).

3. Dimensi *outcome* merujuk pada perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapatkan pasien setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti: status kesehatan yang lebih baik, morbiditas dan mortalitas, kepuasan pasien dan rekomendasi serta kepercayaan pada penyedia layanan kesehatan sebagai indikator perawatan berkualitas tinggi (Stone et al., 2013; Kruk et al., 2018).

Kualitas perawatan DM perlu terus diukur dan dipantau secara berkala untuk mendorong peningkatan kualitas perawatan yang mengacu pada data akurat, tepat waktu dan dapat ditindaklanjuti (Kruk et al., 2018). Upaya untuk menilai kualitas perawatan DM dalam mendorong peningkatan kualitas harus memasukkan metrik data yang dapat diandalkan untuk mempromosikan proses perawatan dan hasil kesehatan pasien yang lebih baik (American Diabetes Association, 2022). Penilaian kualitas perawatan berdasarkan pengalaman pasien sangat penting untuk terus dilakukan agar dapat memberikan informasi kepada penyedia layanan kesehatan, mendorong perawatan yang berpusat pada pasien, memfasilitasi komunikasi tim pelayanan kesehatan dan mengevaluasi hasil perawatan dari perspektif pasien dalam upaya peningkatan kualitas perawatan (Aung, Ostini, et al., 2016).

Pengalaman pasien didefinisikan sebagai informasi yang difasilitasi oleh orang tersebut tentang apa yang telah dialami dan terjadi pada dirinya dalam interaksi berkelanjutan dengan tim pelayanan kesehatan mengenai perawatan

yang dia terima, bagaimana menjalani perawatan dan hasil yang diperoleh dari perawatan tersebut (Mira et al., 2016). Pengalaman pasien terhadap perawatan yang diterima didorong oleh fokus perawatan yang berpusat pada pasien sebagai elemen kunci dalam meningkatkan kualitas perawatan (Aung, Ostini, et al., 2016). Pengalaman pasien dapat dipengaruhi oleh faktor dari pasien itu sendiri (seperti: keyakinan dan nilai budaya, status sosial ekonomi, pendidikan, transportasi, pengetahuan kesehatan, kepercayaan diri dan keterampilan serta dukungan dari orang lain); dan sistem perawatan kesehatan terkait (misalnya: konsultasi kesehatan/tes laboratorium yang jarang, waktu tunggu pasien yang lama, formula obat dan akses terhadap layanan perawatan yang terbatas) (Pinchevsky et al., 2018; Lukman et al., 2020). Mengukur pengalaman pasien dapat menjadi strategi penting dalam mendorong transformasi sistem kesehatan, meningkatkan pemahaman dan kualitas perawatan yang berfokus pada pasien (Browne et al., 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas perawatan pasien dengan penyakit kronis seperti DM dapat mengalami perubahan dari waktu ke waktu berdasarkan pengalaman pasien terhadap perawatan yang diterima (Cramm & Nieboer, 2013). Penelitian lain menunjukkan bahwa pengalaman pasien secara positif berkaitan dengan sejumlah aspek dari kualitas perawatan kesehatan, termasuk keterlibatan dan kepatuhan mereka terhadap penyedia layanan serta proses dan hasil klinis yang dicapai (Browne et al., 2010). Tinjauan sistematis sebelumnya juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara pengalaman pasien dengan peningkatan kualitas perawatan sebagai pilar dalam meningkatkan keselamatan pasien dan efektivitas klinis (Doyle et al., 2013).

E. Jenis-Jenis Instrumen Evaluasi Penyakit Kronis

Terdapat beberapa instrumen yang telah dikembangkan untuk menilai kualitas perawatan pada pasien penyakit kronis, diantaranya sebagai berikut:

1. *Patient Perceptions of Integrated Care survey* (PPIC) terdiri dari 29 item menggunakan skala likert pada rentang skala mulai dari 1 (tidak) hingga 4 (ya) dengan *cronbach's alpha* >0.70, akan tetapi instrumen ini tidak memasukan unsur-unsur terkait dengan perkembangan dalam perawatan

penyakit kronis dan tidak secara langsung menilai koordinasi antara tim perawatan kesehatan dan penyedia layanan rujukan (Singer et al., 2013).

2. *Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care* (IEXPAC) terdiri dari 28 item dengan konsistensi internal keseluruhan yang baik (*cronbach's alpha* 0.76), namun belum ada data pendukung apakah peningkatan skor dalam penggunaannya terkait dengan hasil klinis yang lebih baik atau kualitas hidup terkait kesehatan (Mira et al., 2016).
3. *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) terdiri dari 34 pertanyaan dengan empat subskala. Setiap pertanyaan dijawab dengan memilih skor pada skala 0 hingga 11. Instrumen ini telah diadaptasi secara budaya di Indonesia dengan konsistensi internal yang sangat baik (*cronbach's alpha* 0.97; $R > 0.30$), akan tetapi instrumen ini hanya menilai kualitas perawatan penyakit kronis yang berfokus pada penyedia layanan (Arini et al., 2021).
4. *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) untuk menilai kualitas perawatan pada berbagai penyakit kronis seperti DM berdasarkan pengalaman pasien (Glasgow et al., 2005).

F. Instrumen *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC)

Instrumen PACIC adalah *survey* 20 item yang mengukur kualitas perawatan pada berbagai penyakit kronis berdasarkan pengalaman pasien secara retrospektif selama 6 bulan (Zeugfang et al., 2018). PACIC dirancang untuk melengkapi instrumen ACIC yang dapat digunakan dalam berbagai pengaturan layanan perawatan kesehatan untuk menilai kualitas perawatan pada pasien dewasa yang memiliki satu atau lebih dari penyakit kronis yang berbeda termasuk DM berdasarkan pengalaman pasien terhadap perawatan yang mereka terima (Arditi et al., 2018). Selain itu, instrumen ini juga mengatasi potensi bias berlebihan dari dokter dalam menggambarkan pemberian perawatan mereka (Maindal et al., 2012).

Versi bahasa Inggris instrumen PACIC 20 item dikembangkan dan divalidasi pertama kali oleh Glasgow et al (2005) yang dipilih dan dimodifikasi dari 46 item yang dihasilkan oleh kumpulan ahli nasional perawatan penyakit kronis dari *The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health*

Cooperative di Washington Amerika Serikat tahun 2004 yang mendapat dukungan dari *The Robert Wood Johnson Foundation*. PACIC 20 item kemudian dibagi dalam lima subskala, yaitu: aktivasi pasien (item 1-3); desain sistem penghantaran/dukungan pengambilan keputusan (item 4-6); penetapan/penyesuaian tujuan (item 7-11); pemecahan masalah/kontekstual (item 12-15); dan tindak lanjut/koordinasi (item 16-20). Instrumen PACIC 20 item pertama kali divalidasi pada 413 pasien yang menerima perawatan untuk satu atau lebih kondisi kronis (hipertensi = 130; radang sendi = 109; depresi = 51; diabetes = 41; asma = 41; dan nyeri = 41) dengan usia rata-rata 64.2 tahun, guna menilai *face*, *construct* dan *concurrent validity* serta *internal consistency* dan *test-retest reliability*.

Responden menilai sendiri seberapa sering mereka mengalami konten yang dijelaskan pada setiap item selama 6 bulan terakhir menggunakan skala likert yang diberi skor mulai dari 1 (tidak atau tidak pernah) hingga 5 (ya atau selalu). Hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata skor PACIC 20 item pada responden yang menjawab secara tertulis ataupun via telepon, baik secara keseluruhan maupun pada tiap subskala. Versi tertulis membutuhkan waktu 2-5 menit untuk diselesaikan dan waktu via telepon bervariasi, tetapi rata-rata 7-8 menit; tidak ada perbedaan pada pendidikan, ras, etnis, keinginan untuk terlibat dalam perawatan dan lama menderita penyakit kronis; sebagian besar item PACIC menunjukkan variabilitas yang memadai dan sangat terkait dengan subskala yang ditentukan secara apriori dan semua skala memiliki karakteristik distribusi yang dapat diterima serta tidak ada data yang hilang dari semua responden. Pada level item, tidak ada item yang memiliki masalah efek plafon dan beberapa item memiliki proporsi yang cukup besar di dasar atau tingkat minimal seperti: “pemecahan masalah” dan “koordinasi/tindak lanjut” (0.90 dan 0.86).

Hasil analisis faktor konfirmatori menunjukkan bahwa hampir semua item dimuat tinggi pada skala yang diusulkan, dimana hanya ada 3 item dengan loading faktor <0.70 , sementara 10 dari 20 item memiliki loading faktor ≥ 0.80 dan estimasi varians yang diekstraksi untuk setiap subskala semua dapat

diterima dengan nilai antara 0.62 hingga 0.74 (nilai yang dapat diterima adalah ≥ 0.50). Pada uji kesesuaian model menggunakan *non-normed fit index* dan *comparative fit index*, secara keseluruhan menunjukkan nilai kecocokan yang cukup baik (0.87 dan 0.89). Lima subskala yang dihasilkan saling berkorelasi mulai sedang hingga sangat tinggi seperti yang diharapkan (median: $r = 0.65$ dengan 42% dari varians kisaran 0.49-0.80), sedangkan keseluruhan PACIC menunjukkan korelasi sedang ($r = 0.32-0.60$ dengan median: $r = 0.50$; $p < 0.001$). Skala “koordinasi tindak lanjut” paling tidak berkorelasi dengan skala lainnya dan “penetapan tujuan/pemecahan masalah” merupakan yang paling berkorelasi satu sama lain. Skor ringkasan PACIC dan sebagian besar skalanya, cukup stabil selama 3 bulan dengan *test-retest reliability* untuk keseluruhan PACIC adalah 0.58, sedangkan untuk setiap subsakala berkisar antara 0.47 hingga 0.68.

Hubungan antara karakteristik demografi dan medis, secara keseluruhan responden melaporkan menerima layanan dan kegiatan yang mendukung perawatan penyakit kronis dalam jumlah sedang (rata-rata = 2.6 dari 5). Pada lima subskala, skor rata-rata tertinggi ditemukan untuk skala “desain sistem penghantaran/dukungan keputusan (3.13)” dan terendah pada “tindak lanjut/koordinasi (1.97)”, namun korelasi antara skor PACIC dan karakteristik pasien semuanya ≥ 0.25 . Satu-satunya skala PACIC yang memiliki korelasi bermakna dengan jumlah kondisi yang dilaporkan adalah “koordinasi tindak lanjut ($r = 0.25$; $p < 0.001$)”; jenis kelamin adalah satu-satunya karakteristik pasien yang secara konsisten terkait dengan skala PACIC dengan korelasi sedang (0.14-0.25), dimana wanita secara konsisten melaporkan tingkat penerimaan perawatan penyakit kronis yang lebih tinggi pada semua subskala; dan tidak ada variabel demografis atau kondisi medis lainnya yang secara konsisten terkait dengan skala PACIC.

Ukuran korelasi konvergen dinilai dengan instrumen *hibbard patient activation* dan *Ambulatory Care Experience Survey (PCP-ACES)* yang dimodifikasi, dimana secara keseluruhan PACIC menunjukkan korelasi sedang hingga kuat seperti yang diprediksi (kisaran 0.42-0.60) dengan 4 ukuran

validitas konvergen dan $r = 0.32$. *Cronbach's alfa* untuk nilai median pada setiap subskala adalah 0.84 (kisaran 0.77-0.90), sedangkan *cronbach's alfa* untuk keseluruhan PACIC adalah 0.93 (Glasgow et al., 2005).

Instrumen PACIC terbukti memiliki keandalan yang tinggi karena sejak perkembangannya telah divalidasi di beberapa negara Eropa dengan bahasa yang berbeda, diantaranya adalah bahasa Belanda pada 165 pasien DM dan PPOK usia rata-rata 68 tahun dengan *cronbach's alpha* yang baik, dimana pada setiap domain berkisar antara 0.71-0.83 dan koefisien subskala 0.66-0.91 (Wensing et al., 2008); bahasa Spanyol yang diuji pada 100 pasien DM usia ≥ 18 tahun menunjukkan *cronbach's alpha* yang baik dari keseluruhan PACIC yaitu 0.87, *test-retest reliability* 0.77 dan semua subskala memiliki *cronbach's alpha* > 0.6 (Aragones et al., 2008); bahasa Denmark pada 560 pasien DM tipe 2 usia rata-rata 66.4 tahun dengan *cronbach's alpha* untuk lima subskala berkisar antara 0.71-0.86, sementara untuk *cronbach's alpha* keseluruhan adalah 0.94 (Maindal et al., 2012); sedangkan bahasa Prancis yang diuji pada 406 pasien DM usia rata-rata 64.4 tahun menunjukkan kesesuaian yang dapat diterima adalah model dimensi tunggal 11 item (Iglesias et al., 2014).

Selain di negara-negara Eropa, instrumen PACIC juga telah divalidasi pada dua negara di Wilayah Asia Tenggara dengan bahasa yang berbeda, yaitu bahasa Thailand pada 151 pasien DM tipe 2 usia rata-rata 63 tahun dengan nilai *cronbach's alpha* per subskala yang bervariasi mulai 0.58-0.81 dan *cronbach's alpha* keseluruhan 0.89 dan 0.91, sedangkan *test-retest* berkisar antara 0.29 dan 0.60 dengan perbedaan rata-rata mulai dari 0.06 hingga 0.17 pada semua subskala (Zeugfang et al., 2018); dan bahasa Melayu pada 130 pasien DM usia rata-rata 48.5 tahun menunjukkan konsistensi internal yang sangat baik dengan *cronbach's alpha* 0.94 dan koefisien korelasi intra-subskala 0.93. Satu item dihapus (item 1) ketika pemuatan faktor < 0.4 . Versi final PACIC-M terdiri dari 19 item yang dibagi dalam tiga komponen dengan nilai *eigenvalue* masing-masing adalah 9.853 (49.3% dari total varians); 1.379 (6.9% dari total varians); dan 1.012 (5.1% dari total varians) (Abdul-Razak et al., 2018).

Tabel 2.2: Definisi 5 Subskala PACIC

| No | Scale | Definition |
|----|---|--|
| 1. | <i>Patient Activation (items 1-3)</i> | <i>Actions that solicit patient input and involvement in decision-making</i> |
| 2. | <i>Delivery System Design/ Decision Support (items 4-6)</i> | <i>Actions that organize care and provide information to patients to enhance their understanding of care</i> |
| 3. | <i>Goal Setting/ Tailoring (items 7-11)</i> | <i>Acquiring information for and setting of specific, collaborative goals</i> |
| 4. | <i>Problem-Solving/ Contextual (items 12-15)</i> | <i>Considering potential barriers and the patient's social and cultural environment in making treatment plans</i> |
| 5. | <i>Follow-up/Coordination (items 16-20)</i> | <i>Arranging care that extends and reinforces officebased treatment, and making proactive contact with patients to assess progress and coordinate care</i> |

(Glasgow et al., 2005)

Tabel 2.3: Pertanyaan Instrumen PACIC 20 Item

| No | Questions | None of the time | A Little of the Time | Some of the Time | Most of the Time | Always |
|-----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | <i>Asked for my ideas when we made a treatment plan</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. | <i>Given choices about treatment to think about.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. | <i>Asked to talk about any problems with my medicines or their effects</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. | <i>Given a written list of things I should do to improve my health.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. | <i>Satisfied that my care was well organized.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. | <i>Shown how what I did to take care of myself influenced my condition.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. | <i>Asked to talk about my goals in caring for my condition.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. | <i>Helped to set specific goals to improve my eating or exercise.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. | <i>Given a copy of my treatment plan.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. | <i>Encouraged to go to a specific group or class to help me cope with my chronic condition.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| No | Questions | None of the time | A Little of the Time | Some of the Time | Most of the Time | Always |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 11. | <i>Asked questions, either directly or on a survey, about my health habits.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. | <i>Sure that my doctor or nurse thought about my values, beliefs, and traditions when they recommended treatments to me.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. | <i>Helped to make a treatment plan that I could carry out in my daily life.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. | <i>Helped to plan ahead so I could take care of my condition even in hard times.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. | <i>Asked how my chronic condition affects my life.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. | <i>Contacted after a visit to see how things were going.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. | <i>Encouraged to attend programs in the community that could help me.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. | <i>Referred to a dietitian, health educator, or counselor.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 19. | <i>Told how my visits with other types of doctors, like an eye doctor or other specialist, helped my treatment.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 20. | <i>Asked how my visits with other doctors were going.</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

(The MacColl Center for Health Care Innovation, 2020)

G. Adaptasi Instrumen Lintas Budaya

Adaptasi lintas budaya adalah pendekatan yang dilakukan untuk memanfaatkan instrumen yang ada dalam pengaturan budaya, bahasa atau wilayah geografis lain (Tuthill et al., 2014). Tujuan dari proses ini adalah untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen bahasa Inggris yang secara konseptual setara di setiap negara/budaya target, artinya bahwa instrumen harus sama-sama alami dan dapat diterima serta harus secara praktis tampil dengan cara yang sama (World Health Organization, 2018). Adaptasi instrumen memiliki beberapa keuntungan, termasuk penghematan biaya, waktu dan langkah-langkah yang dilakukan relatif lebih sedikit dibandingkan mengembangkan instrumen baru (Epstein et al., 2015).

Tahapan dalam proses adaptasi instrumen lintas budaya yang paling direkomendasikan yaitu sebagai berikut (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; World Health Organization, 2018):

1. Terjemahan Maju Instrumen Asli ke Bahasa Target (*Forward Translation*)

Instrumen asli diterjemahkan ke dalam bahasa target oleh setidaknya dua penerjemah independen yang bersertifikat dan fasih dalam bahasa sumber dengan bahasa ibunya adalah bahasa target. Kedua penerjemah harus memiliki latar belakang yang berbeda, dimana penerjemah pertama setidaknya mempunyai pengetahuan tentang terminologi perawatan kesehatan dan isi dari konstruksi instrumen dalam bahasa target, sedangkan penerjemah kedua harus terbiasa dengan frasa sehari-hari, bahasa gaul dan jargon perawatan kesehatan, ekspresi idiomatik, istilah emosional yang umum digunakan dalam bahasa target dan tidak memiliki pengetahuan tentang terminologi medis dan/atau konstruksi instrumen. Pendekatan ini akan menghasilkan dua versi terjemahan yang berisi kata dan kalimat yang mencakup bahasa medis dan bahasa lisan biasa dengan nuansa budayanya.

2. Perbandingan Dua Instrumen Versi Terjemahan: Sintesis I

Instruksi, item dan format dari dua versi instrumen terjemahan maju oleh penerjemah pertama dan kedua dengan versi asli instrumen dalam bahasa sumber dibandingkan oleh penerjemah ketiga yang menguasai dua bahasa (*bilingual*) dan lebih disukai penerjemah independen bikultural tentang ambiguitas dan perbedaan kata, kalimat dan makna. Setiap ambiguitas dan perbedaan harus didiskusikan dan diselesaikan dengan menggunakan pendekatan komite. Konsensus harus dicapai dengan partisipasi penerjemah ketiga, dua penerjemah dari langkah satu dan penyelidik dan/atau anggota tim peneliti lainnya. Proses ini akan menghasilkan versi terjemahan awal instrumen dalam bahasa target.

3. *Blind Back-Translation* (Penerjemahan Mundur Buta) Instrumen Versi Terjemahan Awal

Instrumen yang telah diterjemahkan dalam bahasa target dan disintesis, diterjemahkan kembali ke bahasa sumber oleh dua penerjemah

independen lainnya dengan kualifikasi dan karakteristik yang sama seperti pada langkah satu. Pada langkah ini, bahasa ibu penerjemah harus bahasa sumber dari instrumen aslinya dan mereka harus benar-benar buta atau belum pernah melihat versi asli instrumen. Proses ini akan menghasilkan dua versi instrumen yang diterjemahkan kembali dalam bahasa sumber untuk klarifikasi kata dan kalimat yang digunakan dalam terjemahan.

4. Membandingkan Dua Instrumen Versi Terjemahan Kembali: Sintesis II

Instruksi, item dan format jawaban dari dua terjemahan kembali dibandingkan oleh komite multidisiplin dengan instrumen asli dalam bahasa sumber mengenai format, kata-kata dan tata bahasa, struktur kalimat, kesamaan makna dan relevansi. Direkomendasikan bahwa komite harus mencakup setidaknya satu ahli metodologi (peneliti dan/atau anggota tim peneliti) dan satu orang profesional perawatan kesehatan yang akrab dengan bidang konten dari konstruksi instrumen. Peran komite untuk mengevaluasi, merevisi dan mengkonsolidasikan instruksi, item dan format respon dari instrumen yang diterjemahkan kembali dengan kesetaraan konseptual, semantik dan konten serta untuk mengembangkan versi pra-final instrumen untuk uji coba dan psikometri.

5. *Pilot Testing* Versi Instrumen Pra-Final dalam Bahasa Target dengan Sampel Satu Bahasa: Pembekalan Kognitif

Versi instrumen pra-final diuji coba pada populasi target untuk memverifikasi apakah item pertanyaan dari instrumen yang telah diterjemahkan dapat dipahami oleh partisipan dengan jelas dan telah menggunakan bahasa yang sesuai dengan populasi target. Ukuran sampel yang direkomendasikan adalah 10-40 subjek. Setiap peserta diminta untuk menilai instruksi dan item instrumen menggunakan skala dikotomis (jelas atau tidak jelas). Apabila ada partisipan yang memberikan jawaban pada kategori tidak jelas, maka diminta untuk memberikan saran untuk menulis ulang pernyataan guna membuat bahasa lebih jelas. Instruksi, format jawaban dan item instrumen yang ditemukan tidak jelas oleh setidaknya 20% dari sampel harus dievaluasi kembali. Oleh karena itu, kesepakatan

antar penilai minimum diantara sampel adalah 80%. Langkah ini digunakan untuk menentukan validitas wajah (*face validity*) instrumen yang diterjemahkan guna meningkatkan struktur kalimat pada setiap item instrumen versi pra-final agar lebih mudah dipahami oleh populasi target.

Untuk menentukan kesetaraan konseptual dan konten item versi instrumen pra-final, penggunaan panel ahli sangat dianjurkan. Instruksi, format jawaban dan item instrumen dievaluasi untuk kesetaraan konseptual oleh enam hingga sepuluh anggota panel ahli yang bahasa ibunya adalah bahasa target instrumen dan memiliki pengetahuan tentang bidang konten instrumen atau populasi target dimana instrumen akan digunakan. Setiap ahli yang menilai instruksi, format jawaban atau item instrumen apa pun pada kategori tidak relevan diminta untuk memberikan saran tentang cara menulis ulang pertanyaan dan membuat bahasanya lebih jelas. Instruksi, format jawaban dan item instrumen yang ditemukan tidak relevan oleh minimal 20% ahli harus direvisi dan dievaluasi kembali. Kesepakatan antar penilai minimum diantara panel ahli adalah 80%.

Pada tahap ini, para ahli diminta untuk mengevaluasi setiap item instrumen guna menilai kesetaraan konten (*content validity*) menggunakan skala (1 = tidak relevan; 2 = tidak dapat menilai relevansi; 3 = relevan tetapi membutuhkan sedikit perubahan; dan 4 = sangat relevan). Item yang diklasifikasikan sebagai 1 (tidak relevan) atau 2 (tidak dapat menilai relevansi) harus direvisi. Indeks validitas konten pada tingkat item atau *Item-Content Validity Index* (I-CVI) dan pada tingkat skala atau *Scale-Content Validity Index* (S-CVI) harus dihitung. Ada tiga metode untuk menghitung S-CVI, tetapi metode penghitungan rata-rata atau *Scale Content Validity Index/Average Proportion* (S-CVI/Ave) lebih disukai.

Apabila menggunakan 3-5 ahli, maka indeks minimum yang dapat diterima untuk I-CVI harus 1 (nilai mutlak) dan S-CVI/Ave ≥ 0.90 (Polit & Beck, 2006), 6-8 ahli 0.83 dan untuk 9-10 ahli setidaknya harus 0.78 (Lynn, 1986). Item yang tidak mencapai indeks minimum harus direvisi dan dievaluasi kembali sampai indeks yang dapat diterima dari validitas terkait

konten atau kesetaraan konten tercapai. Terdapat beberapa kriteria yang dapat digunakan dalam pemilihan ahli untuk menentukan validitas isi sebuah instrumen, diantaranya adalah ahli yang dipilih harus memiliki kualifikasi pendidikan yang sesuai dengan konten, memiliki keahlian, pengalaman dan pengetahuan yang luas di suatu bidang, memiliki keahlian klinis karena terbiasa dengan fenomena yang akan dinilai, sejarah publikasi dalam jurnal rujukan, presentasi nasional dan penelitian tentang fenomena yang diminati (Grant & Davis, 1997).

6. Pengujian Psikometri Awal dari Versi Pra-Final Dari Instrumen yang Diterjemahkan dengan Sampel Dwibahasa

Tahap ini jarang digunakan, namun ketika populasi dwibahasa dapat diakses, direkomendasikan agar instrumen tersebut diuji coba di lapangan pada peserta *bilingual* setidaknya lima subjek per item instrumen untuk melakukan tes psikometri pendahuluan instrumen baru. Jika tahap ini tidak memungkinkan maka dapat dilewati ke tahap berikutnya.

7. Pengujian Psikometri Penuh dari Versi Pra-Final Instrumen yang Diterjemahkan dalam Sampel Populasi Target

Tahap ini digunakan untuk menetapkan sifat psikometri penuh awal dari instrumen yang baru diterjemahkan, diadaptasi dan divalidasi dengan sampel populasi target yang diinginkan. Pendekatan psikometri yang paling direkomendasikan dan umum digunakan yaitu: *internal consistency reliability*, *tes-retest reliability*, validitas konstruk, validitas terkait kriteria, faktor struktur instrumen (dimensi) dan kesesuaian model. Pendekatan statistik paling umum adalah analisis skala dan item, analisis korelasi *pearson*, analisis faktor eksplorasi dan analisis faktor konfirmatori.

H. Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Validitas merupakan upaya peneliti dalam mengevaluasi kegunaan dan kelayakan tes untuk tujuan tertentu yang memerlukan banyak sumber bukti, sehingga bukti yang memadai dapat diajukan untuk mempertahankan penggunaan tes untuk tujuan tersebut (Hendryadi, 2017).

a. *Content Validity* (Validitas Isi)

Validitas konten dilakukan untuk memastikan apakah isi instrumen sudah sesuai dan relevan dengan tujuan penelitian (Hendryadi, 2017), Validitas konten menilai seberapa baik item dikembangkan untuk digunakan dan membangun arti yang relevan sehingga tidak ada statistik yang dapat mengukur konten ini, biasanya tergantung pendapat para ahli (Kimberlin & Winterstein, 2008). Validitas konten dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu: *face validity*, *systematic examination of the literature* dan *judgment by experts* (Halek et al., 2017).

b. *Construct Validity* (Validitas Konstruk)

Construct validity merupakan validitas yang mendeskripsikan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruksi tertentu (Lefaiver, 2012). *Construct validity* dilakukan untuk menguji kesesuaian antara definisi konseptual dan definisi operasional (Bajpai, 2014). Adapun jenis-jenis metode dari *construct validity* yaitu: *the known-groups technique*; *the test of a theoretical proposition*; dan *the factor analysis* (Hendryadi, 2017).

c. *Criterion Related Validity*

Criterion related validity merupakan sebuah ukuran validitas yang ditentukan dengan cara membandingkan skor tes dengan kinerja tertentu pada sebuah ukuran luar (Hendryadi, 2017). Jenis validitas ini memberikan bukti tentang seberapa baik nilai pada ukuran baru berkorelasi dengan ukuran lain dari konstruksi yang sama atau mirip secara teoritis yang dikaitkan (Bajpai, 2014). Pengukuran kriteria diperoleh pada suatu waktu setelah administrasi pengujian dan kemampuan pengujian untuk memprediksi secara akurat kriteria yang dievaluasi (Kimberlin & Winterstein, 2008).

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang dapat diandalkan secara konsisten untuk memberikan hasil yang sama apabila aspek yang diukur belum berubah (Bajpai, 2014). Uji reliabilitas berfokus pada 3 aspek, yaitu:

homogenitas (internal consistency), stability (test-retest correlation) dan equivalence (inter-rater reliability).

a. *Homogenitas (Internal Consistency)*

Homogenitas mengacu pada sejauh mana item membuat instrumen mengukur konsep yang sama dan saling berkaitan (Lefaiver, 2012). *Homogenitas* dinilai menggunakan *item-to-total correlation, kuder-richardson coefficient, split-half reliability* dan *cronbach's alpha*. Nilai *kuder-richardson coefficient* diperoleh berdasarkan konsistensi respon dari subjek terhadap seluruh item instrumen. *Split-half reliability* melibatkan pembagian item kuesioner menjadi dua kelompok seperti item bernomor genap dan item bernomor ganjil. Korelasi kuat menunjukkan keandalan yang tinggi, sedangkan korelasi lemah menunjukkan instrumen mungkin tidak dapat diandalkan (Kimberlin & Winterstein, 2008). *Cronbach's alpha* merupakan tes untuk mengukur rata-rata konsistensi internal diantara item-item pertanyaan. Pengukuran dalam uji ini dapat dilakukan dalam satu waktu sebagai alat ukur *multiscale*. Hasil dari *cronbach's alpha* antara 0 dan 1 dengan skor reliabilitas yang dapat diterima adalah 0.7 atau lebih (Bajpai, 2014).

b. *Stability (Test-Retest Correlation)*

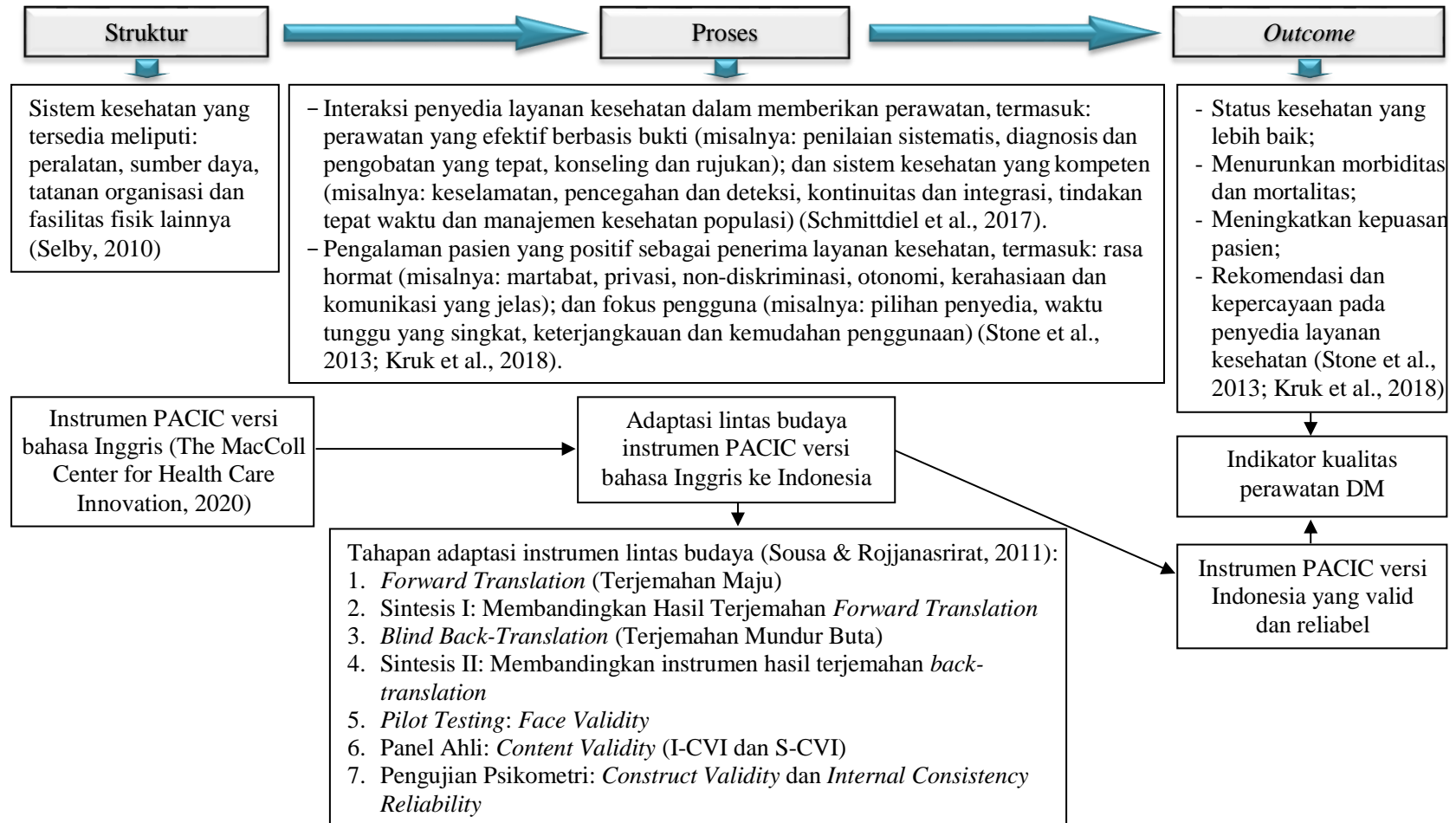
Test-retest correlation merupakan pemberian kuesioner kepada responden yang sama dalam dua waktu yang berbeda. Skor yang diperoleh tersebut kemudian dibandingkan, dengan cara menghitung koefisien korelasi (Lefaiver, 2012). Pengukuran sebaiknya dilakukan setelah dua minggu, karena jika waktunya terlalu singkat diasumsikan responden masih mengingat jawaban pada uji pertama dan mengisi jawaban yang sama pada uji kedua (Bajpai, 2014). Instrumen dikatakan reliabel apabila terdapat skor yang sama antara pengujian berulang dengan orang yang sama berdasarkan pada nilai koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi (r) dianggap baik jika ≥ 0.70 (Bolarinwa, 2015).

c. *Equivalence (Inter-Rater Reliability)*

Equivalence atau kesetaraan merupakan tes yang mencakup penentuan secara kualitatif tingkat kesepakatan antara dua atau lebih pengamat (Bajpai, 2014). Instrumen yang baik akan menghasilkan nilai uji kesepakatan yang baik pula. Kesepakatan antara dua atau lebih observer dalam suatu pengukuran yang dilakukan dibuat dalam persentasi. Persentasi *agreement* diterima jika berkisar lebih dari 80% menggunakan rumus sebagai berikut (Lefaiver, 2012):

$$\text{Percent agreement} = \frac{\text{Total number of agreement}}{\text{Total number of observation}} \times 100$$

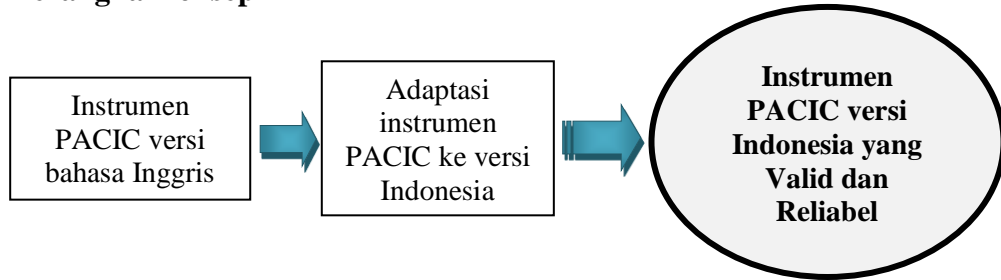
I. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

B. Definisi Operasional

Tabel 3.1: Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Waktu Pengukuran | Pengukur |
|-----------------------|--|-----------------|---|---|----------------------------|
| Kualitas Perawatan DM | Perawatan yang diberikan oleh petugas penyedia layanan kesehatan yang didasarkan pada pengetahuan profesional berbasis bukti untuk meningkatkan hasil kesehatan yang lebih baik pada pasien. | Instrumen PACIC | Mengevaluasi pengalaman pasien DM terhadap perawatan yang mereka terima | Minimal pasien telah menjalani perawatan selama 6 bulan | Penyedia layanan kesehatan |