

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kolaborasi antara *health care professional* didefinisikan sebagai proses komunikasi dan proses pengambilan keputusan bersama dengan tujuan untuk mencapai keberhasilan terapi pasien dengan saling menghormati kualitas dan kemampuan dari setiap tenaga kesehatan (Zillich *et al.*, 2005). Kolaborasi mengacu pada besarnya kerja tim dalam menyelesaikan masalah untuk tujuan bersama. Kolaborasi merupakan salah satu cara dalam *patient care* seperti pelatihan khusus, keterampilan, pengalaman, dan pengetahuan anggota tim yang dikumpulkan secara bersama untuk memberikan kontribusi yang signifikan bagi *patient care*. (Van *et al.*, 2012).

Kolaborasi interprofesi antara apoteker dan dokter umumnya melibatkan komunikasi terbuka, berbagi informasi dan pengambilan keputusan bersama. Manfaat kolaborasi interprofesi untuk pasien adalah keberhasilan terapi yang lebih baik. Hubungan kolaborasi antara apoteker dan dokter yang semakin besar juga membawa manfaat bagi para praktisi, seperti pertukaran informasi pasien yang terfasilitasi, penyelesaian masalah terapi obat yang lebih cepat dan lingkungan kerja yang lebih positif (Van *et al.*, 2012).

Kolaborasi dapat dimulai dengan saling bertukar informasi diantara dua profesi. Penelitian tentang persepsi dokter keluarga yang dilakukan di Saskatchewan, sekitar 75% dari dokter mengakui bahwa ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan pada penyakit kronis merupakan masalah yang sering terjadi. Alasan paling umum ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan yaitu besarnya

biaya pengobatan dan efek samping dari obat yang dikonsumsi. Hanya 25% dari dokter berkomunikasi secara teratur dengan apoteker komunitas tentang masalah kepatuhan pasien. Dokter sepakat bahwa dengan melakukan kolaborasi dengan apoteker akan meningkatkan kepatuhan. Dokter yang berada di daerah pedesaan dan berpraktek kurang dari 10 tahun lebih bersedia untuk berbagi informasi klinis dan berkomunikasi dengan apoteker untuk mempromosikan kepatuhan pengobatan (Laubscher *et al.*, 2009). Penelitian tentang kolaborasi antara apoteker dan dokter yang dilakukan di Newfoundland dan Labrador, Canada terlihat bahwa dokter paling jarang melakukan kolaborasi untuk menerima saran apoteker dalam penyesuaian dosis obat atau menambah / menghentikan / memodifikasi terapi obat pasien untuk mengelola masalah terkait obat tertentu, sedangkan apoteker menginginkan untuk berpartisipasi lebih banyak dalam pengambilan keputusan terkait identifikasi dan manajemen terkait masalah obat seperti mengelola interaksi obat, memberikan informasi obat untuk menginformasikan keputusan terapi obat pada pasien dan membantu memodifikasi terapi obat untuk menyelesaikan masalah spesifik pasien. Dengan adanya peran spesifik dari masing-masing profesi, kolaborasi dapat merubah sikap untuk saling memahami peran dan keahlian dari masing-masing profesi (Kelly, 2013). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit Asmara, Eritrea tentang kolaborasi menunjukkan bahwa 88% dokter menerima profesionalitas apoteker, tetapi sebanyak 60% dokter tidak setuju jika apoteker menggunakan potensinya dalam *patient care*, namun 96% dokter sangat setuju bahwa mereka harus menerima rekomendasi apoteker untuk terapi pengobatan pasien (Teklai, Medhanie and Kidane, 2013).

Model hubungan kerja kolaboratif terdapat beberapa macam, antara lain model kolaborasi dokter umum dan apoteker komunitas; *Home Medicines Review* (HMR) model; Axelsson model; dan model *Collaborative Working Relationship* (CWR). Model kolaborasi dokter umum dan apoteker komunitas memiliki tiga tahap yaitu tahap satu sebagai tahap isolasi, tahap dua adalah komunikasi dan tahap tiga adalah kolaborasi, dengan komponen kunci kolaborasi yang diidentifikasi sebagai kepercayaan, saling mengenal, komunikasi, peran profesional dan rasa hormat (Bradley *et al.*, 2012). HMR model menekankan apoteker untuk mengunjungi pasien di rumah dan dilakukan wawancara terkait obat-obat pasien tersebut dan selanjutnya apoteker mendiskusikan dengan dokter umum (Rathbone *et al.*, 2016). Axelsson model mengelompokkan menjadi empat konsep integrasi yaitu koordinasi, kerjasama, kontrak, dan kolaborasi (Axelsson and Axelsson, 2006).

Collaborative Working Relationship (CWR) adalah sebuah model hubungan kerja kolaboratif sebagai kerangka teori untuk menganalisa faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter. Dalam CWR dikembangkan melalui lima tahap tingkat kolaborasi berupa tahap nol yaitu kesadaran profesional, tahap satu yaitu pengakuan profesional, tahap dua yaitu eksplorasi dan uji coba, tahap tiga yaitu perluasan hubungan profesional, dan tahap empat yaitu komitmen pada hubungan kerja kolaborasi. Pada tahap nol, pertukaran yang terjadi sangat minimal. Pada tahap satu, pertukaran sebagian besar unilateral atau didorong oleh satu pihak. Ketika hubungan berlanjut yaitu pada tahap dua dan tiga, pertukaran menjadi bilateral di mana kedua belah pihak aktif (McDonough and Doucette, 2001). Apoteker dan dokter harus mempunyai

kontribusi besar sehingga memungkinkan hubungan untuk tumbuh, dan dengan tahapan yang lebih tinggi (tahap empat) maka hubungan dapat diperluas. Pada tahap empat, hubungan yang berkomitmen dan berkelanjutan terjadi ditandai dengan komunikasi bilateral dan rasa saling percaya (McDonough and Doucette, 2001).

Penelitian yang dilakukan di Universitas Iowa menggunakan model CWR menunjukkan hasil bahwa kepercayaan dan spesifikasi peran merupakan faktor kunci yang memengaruhi kolaboratif. Apoteker yang bekerja sama dengan dokter di departemen penyakit dalam lebih mungkin melakukan kolaborasi dan apoteker yang berada dalam tahap kolaborasi yang lebih tinggi memiliki hubungan yang baik dengan dokter (Liu and Doucette, 2011). Penelitian di primary care Iowa tentang CWR juga menunjukkan bahwa kepercayaan, peran spesifikasi dan hubungan inisiasi sangat memengaruhi hubungan kolaborasi (Zillich *et al.*, 2004). Penelitian lain tentang CWR di pelayanan kesehatan Irak menunjukkan hasil bahwa hubungan inisiasi, kepercayaan dan peran spesifik apoteker dan dokter merupakan faktor utama dalam memberikan efek atau pengaruh kolaborasi (Al-jumaili *et al.*, 2017). Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan dalam rangka menuju pengelolaan kesehatan (manajemen kesehatan) yang optimal, diperlukan suatu kolaborasi untuk meningkatkan koordinasi terapi obat. Apoteker dan dokter terlibat dalam komunikasi dan pengambilan keputusan bersama. Jika dilakukan kerja sama dalam mengelola terapi obat, cenderung membantu pasien mencapai hasil terapi obat yang optimal.

Model CWR mengemukakan bahwa hubungan profesional antara apoteker dan dokter melewati proses pengembangan kolaborasi. Ada tiga jenis variabel

yang mendorong pengembangan hubungan kolaborasi CWR yaitu karakteristik individu, karakteristik konteks, dan karakteristik pertukaran. Masing-masing karakteristik dapat memainkan peran dalam pengembangan hubungan kolaboratif dengan secara positif atau negatif dimana mempengaruhi tahap pengembangan (Zillich *et al.*, 2004). Karakteristik individu mencerminkan variabel pribadi seperti demografi (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pengalaman bekerja, dan waktu bekerja). Karakteristik konteks adalah terkait dengan lingkungan praktik peserta untuk kegiatan perawatan pasien seperti fasilitas kerja dan struktur organisasi. Karakteristik pertukaran mencakup sifat pertukaran sosial antara kedua belah pihak, antara lain komunikasi, kepercayaan, kekuasaan dan keadilan, pengembangan norma dan peran spesifikasi (Brock and Doucette, 2004). Untuk mengoptimalkan *patient care*, apoteker dan dokter memerlukan berbagi informasi penting tentang pasien dan diperlukan komunikasi dua arah (Brock and Doucette, 2004). Dengan adanya kolaborasi dapat meningkatkan keakuratan riwayat pengobatan pasien, pelayanan informasi tentang obat, meningkatkan deteksi *prescribing error* dan keamanan obat melalui pemantauan terapi obat (Sandeep Nijjer, Jasdeep Gill, 2008). Salah satu contoh kasus penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan secara berkelanjutan adalah penyakit diabetes melitus.

Diabetes melitus merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat sel-sel *beta Langerhans* pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan baik. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah, akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Diabetes mellitus adalah penyakit yang kompleks, suatu penyakit kronis

yang membutuhkan perawatan medis terus menerus (kontinyu). Pencegahan komplikasi akut dan pengurangan risiko komplikasi jangka panjang dapat dilakukan dengan edukasi dan dukungan manajemen diri pasien (Srivastava, 2015).

Diabetes melitus diklasifikasikan menjadi empat, yaitu diabetes melitus tipe 1, tipe 2, diabetes gestasional, dan tipe khusus karena penyakit lain. Diabetes melitus tipe 1 adalah terjadi kerusakan sel *beta Langerhans* sehingga kebutuhan insulin tidak tercukupi. Diabetes tipe 2 terjadi karena terjadi penurunan sekresi insulin pada sel beta langerhans. Diabetes gestasional disebabkan pada ibu hamil pada trimester kedua atau ketiga dimana tidak ada riwayat diabetes sebelumnya. Diabetes tipe khusus karena penyakit lain misalnya seperti diabetes neonatal, penyakit pada pankreas eksokrin (seperti fibrosis kistik dan pankreatitis), dan diabetes yang diinduksi obat atau bahan kimia (seperti penggunaan glukokortikoid, dalam pengobatan HIV / AIDS, atau setelah transplantasi organ) (American Diabetes Association, 2017).

Gejala klinis pasien diabetes melitus adalah poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (sering haus), dan polifagia (banyak makan/mudah lapar). Gejala klinis lain yang sering muncul antara lain penglihatan kabur, koordinasi gerak anggota tubuh terganggu, kesemutan pada tangan atau kaki, timbul gatal-gatal yang seringkali sangat mengganggu (pruritus), dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas. Pasien dengan riwayat diabetes melitus beresiko terjadi kenaikan berat badan, terjadi *Polycystic ovary syndrome* (PCOS) pada wanita, berat bayi yang baru lahir besar dan komplikasi penyakit seperti tingginya tekanan darah dan kolesterol (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Penderita diabetes melitus di dunia pada tahun 2014 yang terjadi pada usia lebih dari 18 tahun sebesar 8,50% (WHO, 2016). Menurut data Riskesdas tahun 2007 dan 2013, proporsi penderita diabetes melitus pada penduduk usia ≥ 15 tahun ke atas, terjadi peningkatan dari 1,10% menjadi 2,10%. Berdasarkan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah, proporsi penyakit diabetes melitus di Indonesia menunjukkan hasil sebesar 6,9% dari 176.689.336 pada penduduk usia ≥ 15 tahun ke atas (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Berdasarkan data WHO dalam Diabetes Country Profiles tahun 2016 di Indonesia, prevalensi penderita diabetes melitus pada pasien laki-laki sebesar 6,6% dan wanita sebesar 7,3%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun dari tahun 2013 hingga 2018 terjadi kenaikan dari 6,9% menjadi 10,9% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi yang masuk ke dalam peringkat 10 besar prevalensi diabetes se-Indonesia. Jumlah prevalensi penderita diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun dari tahun 2013 hingga 2018 terjadi kenaikan dari 2,1% menjadi 2,6% di Jawa Timur. Sementara jumlah prevalensi penderita diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun dari tahun 2013 hingga 2018 di Surabaya, terjadi penurunan dari 4,8% menjadi 4,4% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Terapi pengobatan pasien diabetes melitus terdiri dari pengobatan farmakologi dan non farmakologi. Untuk terapi non farmakologi dengan cara olah raga dan mengatur pola makan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Untuk terapi farmakologi dikelompokkan menjadi 8 golongan obat, antara

lain golongan Insulin sensitizers yang terdiri dari Biguanides dan Thiazolidinediones (TZDs); golongan Insulin secretagogues terdiri dari Sulfonylureas dan Meglitinide derivatives; golongan Alphaglucosidase inhibitors; golongan Glucagonlike peptide-1 (GLP-1) agonists; golongan Dipeptidyl peptidase IV (DPP-4) inhibitors; golongan Selective sodium-glucose transporter-2 (SGLT-2) inhibitors; golongan Insulin; dan golongan Amylinomimetics (Srivastava, 2015).

Dalam melakukan manajemen kesehatan pasien, khususnya penyakit diabetes melitus, perlu dukungan antar profesi tenaga kesehatan. Apoteker berperan dalam mengoptimalkan rejimentasi pengobatan terhadap pasien. Peran apoteker sangat penting karena dari hasil penelitian sekitar 75% terjadi masalah terkait obat seperti terapi obat yang tidak perlu, tidak efektif, tidak aman, tidak sesuai indikasi, dan pemantauan obat yang tidak konsisten di dalam layanan kesehatan (Smith, Giuliano and Starkowski, 2011). Penelitian di primary care Tennessee menunjukkan bahwa terjadi penurunan HbA1C sebesar 1,16% ketika dilakukan kolaborasi apoteker dan dokter dalam manajemen terapi diabetes melitus (Farland *et al.*, 2013). Penelitian tentang dampak apoteker pada hasil klinis pasien dengan penyakit diabetes melitus melalui praktek kolaborasi yang dilakukan di Amerika menunjukkan hasil bahwa kadar A1C $\leq 7\%$ pasien meningkat dari 19% menjadi 50% setelah apoteker memberikan intervensi (Kiel and Mccord, 2005). Penelitian lain yang dilakukan di dua klinik Pittsburgh, menunjukkan hasil bahwa terjadi penurunan kadar HBA1C dari 11,1% menjadi 8,9% setelah apoteker melakukan pemantauan terapi selama 10 minggu (Coast-

senior *et al.*, 1998). Proses kolaborasi ini dapat dimulai dari fasilitas kesehatan pertama yaitu Puskesmas.

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Untuk meningkatkan hasil klinis pasien dan keberhasilan dalam terapi diperlukan suatu model kolaborasi interprofesi yang dilakukan di Puskesmas sekota Surabaya. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas dikarenakan Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama dimana berperan sebagai *gate keeper* dalam melakukan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan sehingga perlu dilakukan untuk mengetahui gambaran tentang kolaborasi apoteker dan dokter di Puskesmas se-kota Surabaya khususnya pada penyakit diabetes melitus yang hingga saat ini belum pernah dilakukan.

Dari uraian permasalahan tersebut, penelitian tentang kolaborasi antara apoteker dan dokter di Indonesia khususnya di Puskesmas se-kota Surabaya pada penyakit diabetes melitus perlu dilakukan, yaitu tentang bagaimana kolaborasi apoteker dan dokter yang ada di Puskesmas se-kota Surabaya, faktor-faktor apa saja yang memengaruhi kolaborasi karakteristik individu, konteks dan pertukaran masing-masing profesi berdasarkan teori CWR terkait pelayanan kefarmasian yang berfokus dalam pengoptimalan penggunaan obat dan strategi meningkatkan komunikasi yang efektif sehingga tidak terjadi kesalahpahaman antar profesi.

Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis kolaborasi apoteker dan dokter yang ada di Puskesmas se-kota Surabaya dan mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter pada karakteristik individu, konteks dan pertukaran masing-masing profesi berdasarkan teori CWR terkait pelayanan kefarmasian yang berfokus dalam pengoptimalan penggunaan obat dan bagaimana strategi meningkatkan komunikasi yang efektif sehingga tidak terjadi kesalahpahaman antar profesi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana kolaborasi apoteker dan dokter yang ada di Puskesmas se-kota Surabaya dan faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter berdasarkan karakteristik individu, karakteristik konteks, dan karakteristik pertukaran masing-masing profesi ?

1.3 Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Menganalisis kolaborasi apoteker dan dokter dalam menangani pasien diabetes melitus di Puskesmas kota Surabaya dan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter berdasarkan karakteristik individu, karakteristik konteks dan karakteristik pertukaran pada masing-masing profesi kesehatan.

b. Tujuan Khusus

1. Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter berdasarkan karakteristik individu (demografi) pada masing-masing profesi kesehatan.

2. Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter berdasarkan karakteristik konteks (lingkungan kerja, fasilitas kerja, struktur organisasi) pada masing-masing profesi kesehatan.
3. Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi apoteker dan dokter berdasarkan karakteristik pertukaran (kepercayaan, peran spesifikasi, dan hubungan inisiasi) pada masing-masing profesi kesehatan.
4. Menganalisis kolaborasi apoteker dan dokter dalam menangani pasien diabetes melitus di Puskesmas kota Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Institusi

1. Kolaborasi apoteker dan dokter penting dilakukan agar keberhasilan terapi obat optimal.
2. Meningkatkan peran apoteker dalam memberikan layanan kefarmasian dalam upaya *patient care* sehingga dapat membangun kepercayaan, hubungan inisiasi, dan spesifikasi peran antar profesi.

b. Peneliti

Mengungkap fenomena yang terjadi di dunia praktek kerja dan dapat memberikan solusi untuk dapat diterima oleh semua pihak yang terkait (apoteker, dokter, pemangku kepentingan).

c. Pasien

Meningkatkan kepatuhan pasien dalam terapi pengobatan dan hasil klinis pasien yang positif yaitu mencapai gula darah yang terkontrol.