

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) tahun 1993 menggariskan dalam Good Pharmacy Practice (GPP), bahwa asuhan kefarmasian (pharmaceutical care) sebagai filosofi praktik kefarmasian dimana apoteker mengambil tanggung jawab terkait therapy outcome pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Sebagai wujud tanggung jawab apoteker dalam praktik asuhan kefarmasian (WHO, 1993), hal yang dilakukan adalah: 1) Apoteker harus peduli terhadap kesejahteraan pasien dalam segala situasi dan kondisi, tercermin dalam kegiatan terkait promosi kesehatan dan pencegahan sakit; 2) Kegiatan inti apoteker adalah menyediakan obat, produk perawatan kesehatan lain dengan kualitas yang terjamin disertai informasi dan saran yang memadai serta memantau penggunaannya dicerminkan melalui pelayanan obat yang diresepkan dan atas permintaan sendiri atau swamedikasi; dan 3) Secara integral, apoteker memberikan kontribusi dalam peningkatan persepsian yang rasional dan ekonomis serta penggunaan obat yang tepat, dicerminkan melalui kerjasama antara apoteker, dokter dan pasien.

Asuhan kefarmasian (pharmaceutical care) menurut Hepler and Strand (1990) merupakan elemen penting pelayanan kesehatan, diberikan untuk kepentingan pasien, dimana apoteker bertanggung jawab terhadap kualitas dari asuhan yang diberikan. Asuhan kefarmasian mengandung pengertian *"the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life"*. Outcome yang dicapai adalah sembuh dari penyakit (cure of a disease), mengurangi atau menghilangkan gejala (*elimination or reduction of a patient's symptom*), menghentikan atau memperlambat proses penyakit (arresting or slowing of a

disease process) dan mencegah penyakit atau gejala (preventing a disease or symptom). Fungsi asuhan kefarmasian terkait drug related problem (DRP), apoteker mengidentifikasi DRP potensial dan aktual, menyelesaikan dan mencegah terjadinya DRP. Drug Related Problem (DRP) merupakan kejadian tidak diinginkan yang dialami pasien disebabkan oleh obat secara aktual atau potensial dan mengganggu tercapainya outcome terapi yang diinginkan (Cipolle, 2004, Berenguer, 2004).

Penelitian tentang asuhan kefarmasian oleh Athiyah (2007), membangun model asuhan kefarmasian pelayanan obat yang diresepkan dan pengaruhnya terhadap perilaku apoteker dalam asuhan kefarmasian. Hasil penelitian ini menemukan, bahwa model asuhan kefarmasian merupakan hubungan komunikasi terapeutik antara apoteker dengan pasien. Model asuhan kefarmasian obat yang diresepkan tersebut meningkatkan pengetahuan dan sikap apoteker terhadap asuhan kefarmasian dan praktik apoteker dalam menggali kepedulian pasien tentang terapi obat yang diresepkan. Dibutuhkan penelitian lanjutan terhadap dilakukannya kerjasama antar organisasi profesi serumpun, untuk memperjelas peran profesi masing-masing dalam tim pelayanan kesehatan terpadu demi kepentingan pasien. Sesungguhnya apoteker melakukan konsep asuhan kefarmasian tidak terisolasi dari penyedia pelayanan kesehatan lain. Kerjasama antar organisasi profesi serumpun menjadi strategi pengembangan lanjutan dari model asuhan kefarmasian yang dihasilkan dalam penelitian ini.

Komunikasi terapeutik antara apoteker dengan pasien dalam terapi obat membutuhkan keterlibatan dokter untuk bekerjasama membangun sebuah bentuk kolaborasi secara interprofesional. Kolaborasi ini diharapkan menjadi kerangka kerja apoteker dalam menjalankan praktik asuhan kefarmasian di apotek maupun di fasilitas kesehatan lainnya. Beberapa tenaga kesehatan dari latar belakang profesi yang berbeda bekerjasama dengan pasien, keluarga, perawat dan masyarakat bertujuan untuk

memberikan hasil perawatan pasien berkualitas tinggi (WHO, 2010). Komunikasi apoteker dengan pasien bertujuan membangun hubungan profesional dan sepakat bekerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mendapatkan hasil terapi obat yang optimal (optimize therapy outcome) (Melissa et al., 2007 dan WHO, 2010).

Pengembangan konsep asuhan kefarmasian oleh Melissa et al., (2007) dilengkapi dengan kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis Medication Therapy Management (MTM) diberikan pada penderita penyakit kronis. Medication Therapy Management (MTM) adalah sebuah mekanisme tinjauan rejimen terapi obat pasien, dilakukan apoteker bersama dengan tenaga kesehatan lain. Konsep MTM memberdayakan pasien turut berperan aktif dalam proses pengobatan. Bilamana obat yang diresepkan oleh provider, rasional digunakan untuk mengurangi reaksi obat yang merugikan, maka efektivitas terapi obat berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien dan mengurangi biaya pengobatan. Penelitian yang didanai oleh asuransi kesehatan ini memberikan hasil terapi yang diinginkan. Dari sisi psikologis memberi hasil perilaku positif pasien terhadap penggunaan obat. Penggunaan obat dalam waktu lama akan memengaruhi kepatuhan, motivasi, psikis pasien dan berdampak pada terjadinya komplikasi akibat progresivitas penyulit (Melissa et al., 2007). Penyelenggaraan upaya kesehatan ini pada dasarnya dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan manusia akan kesehatan meliputi asuhan medis (medical care), asuhan keperawatan (nursing care), asuhan kefarmasian (pharmaceutical care), dan asuhan gizi (nutritional care) (Cipolle, 2004).

Penelitian lain tentang asuhan kefarmasian menggunakan *Andersen's Emerging Model* sebagai model pelayanan penderita penyakit kronis menghasilkan umpan balik dari faktor kegiatan yang saling terkait. Kegiatan utama apoteker dalam penelitian ini dengan pasien diabetes sebagai subyek, meliputi: 1) Jaminan akses pada pusat edukasi;

2) Manfaat pemberian asuhan kefarmasian oleh apoteker tersertifikasi; 3) Partisipasi pasien akan kepatuhan dan pemantauan glukosa darah secara mandiri; dan 4) Pembebasan biaya pelayanan obat oleh asuransi terhadap pemeriksaan laboratorium dan kebutuhan perawatan kesehatan lanjutan. Wujud praktik asuhan kefarmasian ini ternyata memperbaiki nilai A1C menjadi $< 7\%$ dan menurunkan biaya kesehatan sebesar 10%. Perbaikan A1C menjadi hal penting sebagai ukuran hasil klinis untuk memperlambat terjadinya komplikasi mikro dan makrovaskular dan setiap perubahan perbaikan kesehatan peserta bermanfaat bagi asuransi sebagai pembayar (Carol et al., 2003).

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia telah diselenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Negara menyelenggarakan JKN sebagai upaya menjamin pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat akan akses, manfaat pelayanan kesehatan dan perlindungan sosial. Sesuai amanat Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS, bahwa operasional BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan dimulai 1 Januari 2014. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dilakukan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) sesuai yang dicanangkan oleh WHO ditetapkan pada tahun 2019 (Sekretariat Negara R.I, 2011).

Pelayanan kesehatan di era JKN, dilakukan secara berjenjang atau referral system, dimulai dari pelayanan medis dasar di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sesuai kebutuhan medis pasien. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi peserta berdasarkan prinsip kegotongroyongan dengan mengedepankan kendali mutu - kendali biaya (BPJS Kesehatan, 2013).

Terdapat sembilan jenis penyakit kronis dalam PROLANIS BPJS Kesehatan, meliputi Heart Disease (12,96%), Kidney Disease incl. Dialysis (8,39%), Cancer

(7,36%), Hypertension (5,31%), Diabetes mellitus (5,15%), Stroke (3,69%), Osteo (0,11%), Asthma (0,88%) dan penyakit kronis lainnya sebesar 4,15%. Jenis pelayanan dalam PROLANIS berupa konsultasi medis atau edukasi, home visit, reminder (sms gate way) dan senam bersama (BPJS Kesehatan, 2013). Penyakit kronis membutuhkan penanganan terapi berkepanjangan, menjadi beban ekonomi bagi individu, keluarga dan juga sebuah negara. Penyakit kronis juga menyebabkan masalah medis, sosial dan psikologis bagi penderitanya berdampak kepada menurunnya kualitas hidup pasien (*patient's quality of life*) sampai kepada ketidakmampuan hidup mandiri (WHO, 2009).

Alur pelayanan pasien PROLANIS BPJS Kesehatan diawali dengan peserta terindikasi penyakit kronis oleh dokter FKTP dirujuk ke FKTL untuk mendapatkan penegakan diagnosis oleh dokter spesialis. Kebijakan BPJS Kesehatan untuk memenuhi pelayanan dan kebutuhan obat pasien pada bulan pertama, tujuh hari dilayani di rumah sakit dan 23 hari di apotek (Kemkes R.I, 2013). Selanjutnya masa penggunaan obat bulan kedua, pasien harus mendapatkan pemeriksaan kembali oleh dokter FKTP dimana peserta terdaftar. Bila hasil pemeriksaan dinyatakan stabil, pasien mengambil kembali obat yang sama di apotek menggunakan resep yang ditulis ulang oleh dokter FKTP. Demikian selanjutnya untuk penggunaan obat bulan ketiga. Sistem pelayanan pasien ini disebut dengan Program Rujuk Balik (PRB) (Kemkes R.I, 2013).

Pelayanan pasien penyakit kronis di apotek oleh apoteker saat ini menggunakan standar pelayanan kefarmasian di apotek yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 73 tahun 2016. Pelayanan pada pasien PRB, pihak BPJS masih fokus pada ketersediaan obat. Hal ini dapat terlihat pada buku kontrol pasien, bahwa peran apoteker secara langsung tidak terlibat sebagaimana mestinya. Penggunaan obat pasien penyakit kronis PRB membutuhkan apoteker untuk mereviu terapi obat, mengidentifikasi dan merencanakan tindakan penyelesaian adanya DRP, menilai tingkat kepatuhan

bahkan mengedukasi pasien seperti yang terdapat pada konsep MTM. Kegiatan pelayanan farmasi klinik yang terdapat di dalam PMK 73/2016 sebagai dasar praktik asuhan kefarmasian pada pasien PRB belum menggambarkan adanya kolaborasi dengan dokter (Kemkes R.I, 2016).

Sasaran pengobatan penderita penyakit kronis dengan intervensi program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) belum optimal, demikian halnya pelayanan obat peserta PRB belum mempunyai program khusus seperti PROLANIS. Reviu, pemantauan dan evaluasi kepatuhan dari proses terapi obat pasien PRB perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai tim. Saat ini mutu pelayanan, kontinuitas perawatan dan evaluasi hasil proses pengobatan pasien PRB oleh dokter dan apoteker masih dilakukan sendiri-sendiri. Pihak BPJS belum mempunyai alat pemantauan yang baik, terintegrasi untuk mengevaluasi dan menilai keberhasilan program. Hal ini menjadi perhatian serius oleh pihak BPJS Kesehatan, karena jumlah peserta PRB akan meningkat dengan Universal Health Coverage (UHC) sejak 1 Januari 2019. Konsekuensinya adalah peningkatan jumlah peserta, demikian juga kebutuhan akan mutu pelayanan, kontinuitas perawatan dan jumlah ketersediaan obat (BPJS Kesehatan, 2018).

Terdapat tiga penyakit terbesar pada PRB dari sembilan daftar penyakit kronis peserta BPJS yaitu hipertensi, diabetes dan jantung dengan jumlah pasien hipertensi sebanyak 400.760 jiwa, diabetes melitus 382.642 jiwa dan jantung 70.672 jiwa. Tidak semua peserta penderita penyakit kronis menjadi peserta PRB. Dari sejumlah duajuta jiwa yang terdaftar, hanya 800.000 jiwa yang aktif memanfaatkan pelayanan. Bahkan rata-rata frekuensi pengambilan obat rendah, yaitu lima kali dari sembilan kali idealnya dalam satu tahun. Rendahnya tingkat kepatuhan pasien mengambil obat berdampak pada tidak terpenuhinya jadwal pasien konsultasi ke dokter, interaksi dengan apoteker dan rendahnya tingkat kepatuhan pasien minum obat (BPJS Kesehatan, 2018). Data lain

menunjukkan, rata-rata pengambilan obat pasien peserta PRB selama tiga bulan (Oktober s/d Desember 2018) di 15 Apotek Kimia Farma sebagai pilot proyek implementasi MTM di apotek masih sangat rendah yaitu sebesar 44,5%. Hal ini berpengaruh kepada kontinuitas perawatan, tidak minum obat dan tingkat kepatuhan pasien, sehingga berdampak pada ketidaktercapaian tujuan terapi (KFA dan BPJS, 2018).

Diabetes menyebabkan 5% kematian di dunia setiap tahun dan diperkirakan akan meningkat menjadi 50% sepuluh tahun yang akan datang. Sejumlah 80% penderita diabetes hidup di negara berpendapatan menengah dan rendah (WHO, 2015). Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian akibat diabetes (IDF, 2015; ADA, 2014 dan Wild et al., 2004). Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah kejadian penyakit diabetes yang tinggi, yaitu urutan ke tujuh di dunia (IDF, 2013). WHO memprediksi kenaikan jumlah pasien diabetes di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta pada tahun 2030.

Penelitian oleh American Diabetes Association (2005) dan The Royal Australian College of General Practitioners and Diabetes Australia (2014) menjelaskan, bahwa pengendalian diabetes yang baik adalah mencegah terjadinya komplikasi kronik. Disamping status gizi dan pengendalian kadar glukosa darah, terdapat tiga target parameter pengendalian lainnya, yaitu: 1) Berkurang atau hilangnya gejala diabetes dan penurunan kadar HbA1C (Hb glikosilat); 2) Penurunan tekanan darah (Blood pressure); dan 3) Penurunan kadar lipid (Cholesterol) (ADA, 2018 dan PB Perkeni, 2015).

Beberapa kendala tidak optimalnya program pelaksanaan PRB di FKTP saat ini, antara lain ketidakpahaman peserta terhadap program, pernah mengalami kendala dalam pelayanan, persepsi peserta terhadap kelengkapan obat hanya di RS, terhentinya status kepesertaan karena menunggak membayar premi (BPJS Kesehatan, 2018). Masalah yang dihadapi BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN saat ini semakin kompleks. Peran

apoteker dalam farmasi klinik belum berjalan optimal, kurangnya jumlah apotek di kecamatan dan enggan bekerjasama karena takut merugi, dan kesulitan akses e-purchasing untuk kesinambungan ketersediaan obat dengan harga yang sesuai. Sementara ketidakpercayaan pihak rumah sakit terhadap pelaksanaan PRB, ketidakpahaman penyedia layanan terhadap jenis obat yang masuk dalam program, bahkan kesengajaan tidak merujuk juga menjadi penyebab. Pihak BPJS belum mempunyai metode pemantauan yang baik untuk mengevaluasi hasil program dengan kendala pada sistem informasi yang belum terintegrasi. Belum ada sinergi, koordinasi dan kolaborasi antar apotek PRB, FKTP dan FKTL untuk menghasilkan pelayanan yang komprehensif sesuai sasaran program (BPJS Kesehatan, 2018).

Bentuk kerjasama berupa kolaborasi antar tenaga kesehatan belum berjalan dengan baik, bahkan antara apoteker dengan dokter di FKTP belum terbentuk. Hubungan apoteker dengan profesi kesehatan lainnya masih sebatas pengelolaan dan pemenuhan akan kebutuhan obat pasien (BPJS Kesehatan, 2018). Hal ini mengakibatkan sulitnya mencapai perbaikan luaran klinis pasien dan efektifitas biaya pengobatan sebagai sasaran. Rendahnya pengetahuan pasien tentang pengobatan dan perilaku terkait penggunaan obat, adanya polifarmasi dan multi prescriber, rejimen obat yang bervariasi, terjadinya DRP dan risiko komplikasi penyakit menjadi masalah yang perlu diselesaikan oleh pihak BPJS Kesehatan bersama seluruh stake holder (BPJS Kesehatan, 2018).

Medication Therapy Management (MTM) sebagai strategi menjalankan praktik asuhan kefarmasian (Melissa, 2007), selanjutnya dilengkapi oleh Asosiasi Apoteker dan Jaringan Nasional Apotek di Amerika pada tahun 2008. Kegiatan bersama "A joint initiative of the American Pharmacists Association and the National Association of *Chain Drug Store Foundation*" menghasilkan sebuah bentuk MTM in Pharmacy Practice dengan Core Elements of an MTM Service Model versi 2.0. Elemen utama

berbasis MTM ini sebagai kerangka kerja praktik kefarmasian apoteker khusus bagi penderita penyakit kronis, terdiri dari lima elemen (APhA dan NAOCDSE, 2008), yaitu:

1. Medication Therapy Review (MTR)
2. Personal Medication Record (PMR)
3. Medication related Action Plan (MAP)
4. Intervention and/or Referral (I/R), dan
5. Documentation and Follow up (Doc/F'up).

Asuransi mengakui, intervensi apoteker berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya berbasis MTM memberi benefit pada proses pengobatan pasien mencapai tujuan terapi dan mengurangi biaya pengobatan. Pembayaran asuransi sebagai tambahan pendapatan apoteker diberikan atas setiap masalah terapi obat yang teridentifikasi dan diselesaikan oleh apoteker. Praktik asuhan kefarmasian apoteker menggunakan lima elemen utama MTM di Amerika diberlakukan sebagai pelayanan spesifik bagi peserta asuransi dengan tiga kriteria, yaitu: 1) Lansia menderita penyakit kronis; 2) Pasien dengan penggunaan obat yang banyak (polifarmasi); atau 3) Pengeluaran biaya kesehatan peserta per-tahun melebihi US \$ 4.000 (Kelling et al., 2013).

Penelitian tentang analisis kolaborasi antar profesi terkait pelayanan PRB peserta BPJS di RSUD Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Kalimantan menggambarkan, bahwa kolaborasi antar profesi belum berfungsi. Beberapa faktor penyebab, antara lain: pertimbangan sosial dan intrapersonal, lingkungan kerja, institusi, kelembagaan serta interpersonal, perilaku, dan sikap para profesi serta tidak adanya leader atau penengah dalam pelaksanaan kolaborasi antar profesi. Penelitian dengan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan paradigma konstruktivisme dilakukan dengan observasi lapangan, menggunakan data pelaksanaan PRB dan wawancara (Sutriso dkk, 2017).

Collaborative Drug Therapy Management (CDTM) di Amerika merupakan sebuah kegiatan kolaborasi interprofesional antar tenaga kesehatan, dilakukan secara bersama untuk meningkatkan luaran klinis dari pengobatan pasien (improving medication management). Penelitian tentang Preventing chronic disease melibatkan apoteker di lingkungan apotek dan health center menghasilkan kebijakan bagi stake holder dan memberi kompensasi berupa rekognisi apoteker sebagai provider (Margie et al., 2015). Kegiatan bersama dalam CDTM tertuang dalam protokoler tertulis berupa kesepakatan praktik berkolaborasi antara apoteker dengan dokter melibatkan pasien dalam proses terapi obat (NJ Collaborative Practice, 2013). Kesepakatan ini membahas beberapa hal, yaitu parameter hasil pemeriksaan laboratorium, perbaikan catatan dan evaluasi hasil terapi, membuat panduan perlakuan atau rujukan, memantau hasil kunjungan rumah pasien dan rencana kegiatan untuk mempertahankan optimalnya hasil terapi (JAPhA, 2005).

Penelitian lain oleh Jerome Jean Jacques et al, (2016) tentang beberapa faktor yang memengaruhi kolaborasi interprofesional terbagi menjadi lima kategori utama, yaitu yang berhubungan dengan: 1) Pasien terkait peran aktif, manajemen diri, tujuan, harapan, dan keanggotaan sebagai tim; 2) Profesional terkait kompetensi individu, domain pemikiran dan motivasi; 3) Interpersonal terkait perbedaan bahasa, saling mengenal, tingkat kepercayaan, rasa hormat, dan motivasi; 4) Organisasi terkait struktur, komposisi, waktu, visi bersama, kepemimpinan, dan dukungan administratif; dan 5). Faktor eksternal terkait pendidikan, budaya, hirarki, domain pemikiran, hukum dan peraturan, keuangan, dan teknologi-informasi-komunikasi/TIK.

Ketercapaian luaran klinis pasien diabetes tipe 2 berkaitan langsung dengan perilaku dan pemahaman pasien terhadap proses dan target pengobatan yang akan dicapai. Perubahan perilaku dan Health believe pasien membutuhkan tingkat pemahaman

pasien terhadap penyakit dan penggunaan obat berikut kegiatan bersama yang konsisten dari apoteker dan dokter sebagai perilaku kolaboratif pemberi layanan. Atas dasar ini, kerjasama apoteker, dokter, pasien dan tenaga kesehatan lainnya sangat penting dilakukan untuk mereviu hasil proses terapi obat pasien dan merencanakan terapi lanjutan bilamana dibutuhkan (Field, 2006 dan Rosenggren, 2009). Kolaborasi menciptakan tujuan baru berjangka panjang, adanya perencanaan yang komprehensif termasuk beberapa langkah keberhasilan dan konsekuensi risiko dibagi bersama (Mattensch et al., 2001).

Hasil studi oleh Mahtab Niroomand et al, (2015) tentang evaluasi program edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik (Knowledge, Attitude, Practice) pasien diabetes tipe 2 di Iran dan identifikasi variabel yang memengaruhi tingkat KAP pasien, ternyata memberi dampak signifikan. Penelitian dilakukan dengan metode cross-sectional analitik multisenter disetujui oleh Komite Etika Ilmu Kedokteran Shahid Beheshti University. Dari 200 pasien diabetes tipe 2 dengan usia rata-rata 60,17 tahun dengan waktu menderita rata-rata 13,06 tahun ternyata tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik pasien naik menjadi 61,41%, 50,44%, dan 52,23%. Usia, perawatan, metode, lama menderita diabetes, dan kondisi retinopati diabetik memiliki korelasi yang signifikan dengan tingkat KAP. Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa program edukasi meningkatkan KAP pasien, hal ini disebabkan kondisi pasien semakin memburuk dan edukasi menjadi prioritas, terutama bagi pasien yang baru terdiagnosis.

Bertolak dari uraian dan fakta yang ditemukan di atas, yaitu belum dilakukannya MTM sebagai strategi praktik asuhan kefarmasian di apotek, belum adanya kolaborasi interprofesional (interprofessional collaboration) antara apoteker di apotek dengan dokter di puskesmas sebagai FKTP dan rendahnya tingkat kepatuhan pasien diabetes tipe 2 PRB terhadap pengambilan dan kepatuhan minum obat, maka dilakukan penelitian ini.

Masalah yang dikaji dalam penelitian ini adalah membangun model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP dan bagaimana pengaruhnya terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat.

1.2 Rumusan Masalah

Dari kajian masalah di atas, maka penelitian ini dibatasi pada membangun model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP menggunakan lima elemen utama MTM dan pengaruhnya terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat.

Dengan demikian, rumusan masalah pada penelitian ini, adalah:

1. Bagaimana pemahaman dan perilaku apoteker dan dokter tentang Medication Therapy Management (MTM) dan harapan dilakukannya kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter menggunakan lima elemen utama MTM di FKTP?
2. Bagaimana model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP?
3. Bagaimana praktik kolaboratif antara apoteker dengan dokter secara interprofesional berbasis MTM diterapkan pada pasien diabetes tipe 2 PRB di FKTP?
4. Adakah pengaruh penerapan model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membangun model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP dan menganalisis pengaruhnya terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengukur pemahaman dan perilaku apoteker dan dokter di FKTP tentang MTM dan harapan dilakukannya kolaborasi interprofesional menggunakan lima elemen utama MTM.
2. Menyusun model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP.
3. Penerapan praktik kolaboratif antara apoteker dengan dokter secara interprofesional berbasis MTM di FKTP pada pasien diabetes tipe 2 PRB.
4. Menganalisis pengaruh penerapan model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM di FKTP terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis dan Temuan Baru

1. Ditemukannya model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter menggunakan lima elemen utama MTM berikut parameter praktik kolaboratif di FKTP di Indonesia.

2. Dibuktikannya pengaruh penerapan model kolaborasi interprofesional antara apoteker dengan dokter berbasis MTM menggunakan lima elemen utama MTM di FKTP terhadap perbaikan perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis (GDP, GD2JPP, TD dan kolesterol) pasien diabetes tipe 2 PRB terkait penggunaan obat di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai dasar pengembangan praktik asuhan kefarmasian apoteker berkolaborasi secara interprofesional dengan dokter di FKTP menggunakan lima elemen utama MTM dalam penyelenggaraan JKN di Indonesia.
2. Menambah kompetensi spesifik apoteker komunitas yang dapat digunakan untuk memperbaiki perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan luaran klinis pasien penderita penyakit kronis lainnya terkait penggunaan obat.