

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Diabetes diakui secara global sebagai penyakit dengan dampak jangka panjang yang luas, memengaruhi hampir semua negara, kelompok usia, dan tingkat ekonomi. Berdasarkan data dari *International Diabetes Federation* (IDF), pada tahun 2015 terdapat sekitar 415 juta penderita diabetes di seluruh dunia, dan jumlah ini diprediksi meningkat hingga lebih dari 640 juta pada tahun 2040. Sekitar separuh dari penderita diabetes tidak mengetahui bahwa mereka mengidap penyakit ini, sehingga berisiko tinggi mengalami komplikasi. Di sisi lain, pengelolaan diabetes menimbulkan beban besar, baik dari sisi finansial maupun angka kematian. Pada tahun 2015, diabetes melitus menjadi penyebab sekitar 5 juta kematian, meskipun lebih dari 12% anggaran kesehatan global telah dialokasikan untuk penanganan penyakit ini dan komplikasinya. Komplikasi diabetes, yang kerap dialami oleh pasien dengan diabetes tipe 1 maupun tipe 2, berkontribusi besar terhadap angka kesakitan dan kematian (Papatheodorou et al., 2018).

Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menampilkan kalau prevalensi diabet melitus di Indonesia yang bersumber dari diagnosis dokter pada pasien usia 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menampilkan kenaikan dibanding prevalensi diabet melitus pada penduduk 15 tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1, 5%. Tetapi prevalensi diabet melitus berdasarkan data dari hasil pengecekan gula darah bertambah dari 6, 9% pada 2013 jadi 8, 5% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019). Angka ini menampilkan kurang lebih 25% pengidap diabetes yang mengenali kalau dirinya mempunyai penyakit diabetes (Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2019). Diabetes merupakan penyakit penyebab utama komplikasi kesehatan serius dan masuk dalam sepuluh penyebab kematian tertinggi di dunia. Sampai saat ini, diabetes tidak dapat disembuhkan, dan oleh karena itu, perlu dilakukan tindakan pengendalian gula darah dan pencegahan untuk menghindari terjadinya komplikasi (Ismail et al., 2021).

Komplikasi kronis diabetes dikelompokkan menjadi komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular, dengan yang pertama memiliki prevalensi yang

jauh lebih tinggi daripada yang terakhir. Komplikasi mikrovaskular meliputi neuropati, nefropati, dan retinopati, sedangkan komplikasi makrovaskular yaitu berupa kelainan kardiovaskular, stroke, dan kelainan arteri perifer (*peripheral artery disease*=PAD). Sindroma kaki diabetik didefinisikan sebagai adanya tukak di kaki berhubungan dengan adanya neuropati, PAD dan infeksi, ini merupakan alasan utama dilakukan amputasi pada ekstremitas bawah. Terakhir, ada komplikasi lain dari diabetes yang tidak bisa dikelompokkan dalam dua kategori di atas seperti penyakit gigi, penurunan resistensi terhadap infeksi dan komplikasi kelahiran pada wanita dengan diabetes gestasional (Papatheodorou et al., 2018). Tingginya komplikasi yang terjadi karena obat tidak diminum secara teratur, hasil Riskesdas tahun 2018, banyak pasien DM yang tidak lagi melanjutkan pengobatannya karena berbagai alasan paling banyak adalah merasa sudah sembuh (50,4%), minum obat herbal dan lupa (Kemenkes RI, 2019). Keadaan ini dengan edukasi dan pendampingan oleh dokter keluarga yang terus menerus mungkin akan dapat meningkatkan keteraturan minum obat dan jenis tatalaksana lainnya dari diabetes.

Pengelolaan pasien dengan penyakit diabetes melitus (DM) pada prinsipnya untuk menurunkan gejala dan keluhan DM serta mempertahankan rasa kenyamanan dan kesehatan; menghalangi dan memperlambat progresifitas komplikasi yang bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian (Fatimah, 2015). Lima pilar penatalaksanaan diabetes telah diterapkan pada penderita DM untuk mengendalikan gula darah, mencegah komplikasi dan memperbaiki kualitas hidup. Penatalaksanaan 5 pilar pengendalian DM yang meliputi pengaturan diet, pengobatan medikamentosa, aktifitas fisik, edukasi diabetes dan monitoring kadar gula dalam darah. Tujuan tersebut bisa dicapai bila penatalaksanaan secara holistik, berkesinambungan dan terkoordinasi dengan melatih perawatan sendiri dan merubah perilaku melalui peningkatan literasi kesehatan dan pelayanan kedokteran keluarga pada pasien tersebut. Literasi kesehatan diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal, serta penyesuaian keadaan psikologis dan kualitas hidup yang lebih baik sehingga menurunkan angka kesakitan dan kematian. Literasi kesehatan yang baik konsisten dengan bukti pengetahuan diabetes yang baik juga (Al Sayah et al., 2013). Edukasi dapat dilakukan saat konsultasi dengan dokter, tim

diabetes (edukator, ahli gizi), bisa juga dilakukan per individu maupun kelompok (Putra & Berawi, 2015)

Pelayanan dokter keluarga merupakan praktik kedokteran yang didasarkan pada pengetahuan medis terkini, dengan pendekatan menyeluruh (holistik), lengkap, berkesinambungan, terintegrasi, dan terkoordinasi. Layanan ini bertujuan untuk menangani seluruh keluhan pasien dan keluarganya, tanpa memandang usia, jenis kelamin, serta disesuaikan dengan kondisi sosial ekonomi pasien. Dalam praktiknya, pelayanan ini tidak dilakukan secara terpisah-pisah (terfragmentasi), melainkan secara menyatu dan kontinu dalam satu sistem yang terorganisir secara utuh (Anggraini et al., 2015).

Di Indonesia, prinsip pelayanan dokter keluarga mengacu pada pedoman dari WHO dan *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). Prinsip-prinsip tersebut dirumuskan untuk meningkatkan mutu pelayanan pada tingkat layanan primer. Pendekatan ini meliputi:: 1). Pelayanan holistik dan komprehensif 2). Pelayanan yang bersifat kontinu 3). Pelayanan dengan koordinatif dan kolaboratif. 4). Pelayanan mengutamakan pencegahan 5). Penanganan personal bagi setiap individu sebagai bagian integrasi di keluarganya. 6). Pelayanan yang memperhitungkan keluarga, lingkungan tempat mereka bekerja, dan lingkungan tempat tinggalnya. 7). Pelayanan yang menjunjung tinggi etika dan hukum. 8). Pelayanan yang bisa diaudit dan dipertanggungjawabkan. dan 9) Pelayanan mempertimbangkan biaya dan mutu (Baumslag, 2021) (Hashim, 2016).

Adapun karakteristik dari dokter keluarga mencakup: (1) Menjadi titik pertama kontak bagi pasien serta memberikan perawatan yang berkelanjutan; (2) Menegakkan diagnosis medis dan memberikan penanganan yang sesuai; (3) Mengidentifikasi serta menangani masalah psikologis; (4) Memberikan dukungan personal bagi pasien dari berbagai latar belakang dan tahapan penyakit; (5) Mengomunikasikan informasi terkait pencegahan, diagnosis, terapi, dan prognosis, serta; (6) Melaksanakan pencegahan dan pengendalian penyakit kronik maupun disabilitas melalui penilaian risiko, edukasi kesehatan, deteksi dini, terapi preventif, dan perubahan perilaku. Apabila seorang dokter melakukan sesuai ciri-ciri tersebut

maka bisa dikatakan bahwa dokter tersebut adalah dokter keluarga (Baumslag, 2021).

Jika seorang pasien sudah sering berkunjung dan mengenal dokternya melakukan pengobatan pada dirinya, maka pasien tersebut cenderung akan lebih mudah membuka diri dan berbagi masalah kesehatan mereka sejujur-jujurnya. Ini bisa jadi karena pasien merasa lebih nyaman dengan dokternya karena mereka merasa 'terhubung'. Sementara dari sisi dokter, ia akan semakin mudah membuat rencana pengobatan karena sudah mengetahui riwayat medis si pasiennya (Baumslag, 2021).

Pelayanan kedokteran keluarga merupakan bentuk layanan yang komprehensif dengan fokus utama pada keluarga sebagai satu kesatuan, di mana tanggung jawab dokter tidak terbatas pada kelompok usia tertentu, jenis kelamin, organ tubuh, atau jenis penyakit tertentu (mengacu pada *The American Academy of Family Physicians*). Pendekatan ini terbukti efektif dalam membantu pengendalian kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan diabetes.

Beberapa penelitian dengan pendekatan konsep kedokteran keluarga pada penatalaksanaan pasien menunjukkan hasil yang cukup baik. Dampak model kedokteran keluarga pada kepuasan pasien di Turki, model kedokteran keluarga secara signifikan meningkatkan kepuasan pasien di berbagai dimensi. Hasil koefisien menunjukkan dampak positif dan signifikan secara statistik (nilai $p < 0,05$). Model kedokteran keluarga pada variabel hasil yang mewakili dimensi kepuasan perilaku klinis dan organisasi perawatan bahkan setelah mengontrol efek tetap waktu kalender (Sparkes et al., 2019). Efek intervensi yang dipimpin dokter keluarga untuk manajemen diri dan pengobatan yang patuh pada pasien diabetes melitus : protokol studi dari uji coba terkendali secara acak dilakukan oleh Biqi Ren di China tahun 2021 menunjukkan hasil perubahan glukosa darah puasa, hemoglobin glikosilasi, pengetahuan dan perilaku manajemen diri, dan kepatuhan pengobatan dari awal hingga bulan ke-3 dan ke-6 menjadi lebih bermakna (Ren et al., 2022). Sebuah studi kasus dengan pendekatan dokter keluarga memberikan hasil bahwa tatalaksana secara holistik menggunakan pendekatan dokter keluarga bisa menyelesaikan masalah pasien di tingkat klinis, mencari dan memberi solusi keadaan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan memperbaiki

pengetahuan, sikap dan perilaku pasien beserta keluarganya (Narulita et al., 2019). Penyelesaian problem kesehatan dalam keluarga menggunakan pendekatan kedokteran keluarga yang dilakukan oleh Nugrohowati, dkk pada pasien dan keluarga penderita DM memberikan hasil terciptanya keadaan sehat bagi setiap anggota keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat, upaya melakukan promotif, preventif dan kuratif dengan pemberian obat farmakologis dan non farmakologis sehingga manfaat diperoleh akan efektif, efisien dapat mencegah timbulnya komplikasi atau perburukan penyakit (Nugrohowati, N; Purwani, LE; Koesoemo, 2016). Implementasi dini pendidikan khusus penyakit standar meningkatkan skor *Revision Diabetes Knowledge Test* (RDKT) pasien dan kepatuhan dengan manajemen diabetes melitus atas perawatan standar, dengan Uji-t *one-sample* menunjukkan signifikansi statistik dalam perbedaan pre-test dan post-test skor sebelum dan sesudah pendidikan, $t(4,922)$, $p < 0,05$ (Howard William, 2022). Dengan demikian peran pelayanan kedokteran keluarga dalam menatalaksana penyakit dan meningkatkan kualitas hidup telah memberikan kontribusi positif pada kesehatan masyarakat tak terkecuali pada penderita DM dan keluarganya.

Studi kualitatif tentang pandangan pasien dengan kondisi jangka panjang terhadap dokter keluarga di Hongkong, Wawancara semi-terstruktur individu mendalam dilakukan dengan 28 peserta (10 dengan dokter keluarga, 18 dengan dokter biasa) dan dianalisis menggunakan metode komparatif konstan. Peserta yang tidak memiliki dokter keluarga tidak akrab dengan konsep tersebut dan menganggapnya sebagai 'barang mewah' bagi orang kaya dalam sistem perawatan kesehatan swasta namun mereka yang memiliki dokter keluarga menganggap memiliki satu dokter penting untuk kesehatan mereka dan keluarga mereka (Mercer et al., 2011)

Hasil studi lain di China tentang kepemilikan dokter keluarga dan penurunan pemanfaatan rumah sakit, dan 60,7% dokter reguler mereka sebagai dokter keluarga. Jadi peningkatan kepemilikan dokter keluarga dapat mengurangi kunjungan ke rumah sakit dan penurunan biaya kesehatan. (Fung et al., 2015)

Menurut *College of Family Physicians of Canada* (2009), sekitar satu dari lima orang di Kanada tidak memiliki dokter keluarga. Angka statistik ini sedikit mengecewakan: kalau seseorang tidak memiliki kesinambungan perawatan di

FKTP, maka kemampuan mereka untuk mengakses spesialis dan menjalani perawatan pencegahan terganggu. hubungan antara kunjungan rutin ke dokter keluarga dan menerima layanan pencegahan, seperti pemeriksaan tekanan darah, gula darah. Individu tanpa dokter keluarga cenderung mengalami kesulitan mengakses perawatan rutin (Devlin & Rudolph-Zbarsky, 2014)

Penelitian yang dilaksanakan di Pontianak menunjukkan pemahaman masyarakat yang masih rendah tentang pelayanan kedokteran keluarga, tak terlepas juga pemahaman mahasiswa dan dokter yang baru lulus juga masih mempunyai pengetahuan yang rendah pada pelayanan primer dengan pendekatan dokter keluarga (Reci Maulita, 2015). Disisi lain, bila kita lihat pelayanan yang diberikan oleh asuransi kesehatan seperti BPJS Kesehatan, secara administrasi tanpa harus datang ke kantor BPJS, hanya dengan menggunakan aplikasi di perangkat *handphone*, peserta sudah dapat pindah fasilitas pelayanan pertama dari satu dokter keluarga ke dokter keluarga yang lain, dari satu klinik ke klinik lain (Peraturan Presiden No 82, 2018).

Di masyarakat Indonesia masih banyak yang belum memahami hakikat dan manfaat pelayanan dokter keluarga tersebut, dimana bila setelah berobat ke dokter baru satu atau dua hari belum sembuh, mereka cenderung untuk mencari dokter lain yang mereka anggap akan dapat menyembuhkan penyakitnya lebih cepat. Ada kalanya hasil yang diperoleh juga tidak lebih baik dari dokter yang pertama. Data dari BPJS Kesehatan tahun 2018 menunjukkan jumlah peserta yang terdiagnosis DM sebanyak 4.271.017 jiwa (2,14% dari jumlah peserta aktif JKN-KIS). Dari 4,2 juta jiwa tersebut, hanya 8% atau sekitar 350.682 jiwa yang sudah terdaftar sebagai peserta program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis). Pelayanan prolanis yang diwajibkan pelaksanaannya oleh BPJS telah mendorong fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) melaksanakan pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga. Saat ini peserta prolanis baru mencakup untuk dua jenis penyakit yaitu hipertensi dan diabetes. Sementara itu, kunjungan peserta prolanis, rasio peserta prolanis yang berkunjung (RPPB) di FKTP masih kecil, 28,3% di Dokter Praktik Perorangan (DPP), 27% di Klinik Dokter Keluarga, 40% di Puskesmas, dan 3,7% di RS Kelas D Pratama. Dari data ini, kita bisa mendapatkan gambaran bahwa sistem kesehatan menjangkau hanya sebagian kecil dari penderita DM (BPJS Kesehatan, 2015).

Hasil survei awal yang dilaksanakan di empat puskesmas dalam Kota Jambi pada 378 pasien yang dipilih secara *accidental sampling* yang berkunjung pada bulan September dan Oktober 2022 diperoleh hasil lebih banyak dari responden tidak mengetahui mengenai kedokteran keluarga yaitu sekitar 274 responden (72,5%) dan sedikit sekali yang mengetahui tentang kedokteran keluarga yakni berjumlah 104 responden (27,5%), pada umumnya responden belum mempunyai dokter keluarga yang meraka anggap tetap yaitu berjumlah 357 responden (94,4%) dan responden yang sudah mempunyai dokter keluarga tetap berjumlah 21 responden orang (5,6%) (Zahidah, 2022)

Hasil wawancara dengan Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI) Cabang Jambi anggota yang aktif sekarang tinggal 27 orang lagi dan ditambah adanya lulusan spesialis kedokteran keluarga sebanyak 19 orang, ada 3 orang Sp. KKLK di kota Jambi selebihnya di kabupaten kota lain. Dokter keluarga itu adalah dokter yang menjalankan prinsip kedokteran keluarga dalam praktiknya, bisa berasal dari dokter umum yang mengikuti pelatihan dokter keluarga dan tentu yang spesialis baru ada di Indonesia tahun 2022. Alasan pentingnya pengembangan edukasi kedokteran keluarga ini adalah kenyataan dilapangan bahwa pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang dokter keluarga dan kepemilikan dokter keluarga ini masih rendah, pasien tidak punya dokter yang tetap, sering gonta-ganti disamping itu juga belum ada regulasi yang mengharuskan pasien pada kontak pertama harus dilayani oleh dokter keluarga sebelum dirujuk ke dokter spesialis yang sesuai dengan diagnosis dan keperluan pasien.

Kepala bidang penjaminan pelayanan kesehatan dasar kantor BPJS Kesehatan Cabang Jambi mengkonfirmasi bahwa di FKTP; BPJS Kesehatan belum ada yang bekerja sama dengan dokter keluarga, kerjasama yang sudah ada dengan puskesmas, klinik pratama dan dokter praktik perorangan, itu memang sesuai regulasi yang ada. Tentang pelayanan dokter keluarga yang diberikan oleh FKTP yang bekerjasama dengan BPJS, kami tidak tahu, tapi untuk pelayanan secara holistik dan komprehensif sudah ada tapi tidak disebutkan sebagai dokter keluarga, Tidak ada syarat bagi FKTP untuk menjalankan prinsip kedokteran keluarga, di BPJS memang belum ada konsep kedokteran keluarga tersebut. Jenis pelayanan yang harus dilaksanakan oleh FKTP sesuai dengan perjanjian kontrak kerjasama

yang di perbaharui setiap tahun, mungkin sebagian prinsip kedokteran keluarga ada didalamnya seperti prolanis.

Kepala bidang pelayanan kesehatan dinas kesehatan Kota Jambi juga mengkonfirmasi bahwa kita belum ada konsep dokter keluarga dalam pelayanan di FKTP, tapi pelayanan dengan pendekatan keluarga sudah ada seperti program PIS-PK (program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga), bukan dokter keluarga.

Akibat dari pemahaman masyarakat yang suka pindah dokter layanan pertama juga regulasi dari BPJS yang menyediakan layanan berganti dokter fasilitas pelayanan kesehatan dengan sangat mudah tentu akan mempunyai implikasi lain dimana pelayanan pasien tidak akan terkoordinasi dan berkesinambungan dengan baik yang akan berdampak pada tingkat kesembuhan yang rendah dan penyakit yang semula masih akut tak menutup kemungkinan untuk menjadi kronik ataupun timbulnya komplikasi dan di samping itu belum adanya instrumen untuk mengukur tingkat pengetahuan pelayanan kedokteran keluarga di masyarakat sehingga belum diketahui seberapa besar tingkat pengetahuan kedokteran keluarga di masyarakat.

Karena masih rendahnya kunjungan peserta prolanis di FKTP, rendahnya pengetahuan masyarakat tentang dokter keluarga dan kepemilikan dokter keluarga serta pengakuan dari praktisi dokter keluarga BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan yang menyatakan bahwa memang pengetahuan dan wawasan kedokteran keluarga itu masih rendah di masyarakat, oleh karena itu perlu dilakukan intervensi edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM dan keluarganya dengan men-desain sebuah model edukasi intervensi yang berlandaskan teori untuk peningkatan pengetahuan kesehatan pada level tersier *disability limitation*, agar mereka melek terhadap prinsip layanan dokter keluarga sehingga terjadi kontrol gula yang baik, kepatuhan, penurunan komplikasi dan peningkatan kualitas hidup.

1.2 Rumusan Masalah

Dari keterangan yang diuraikan latar belakang tergambar masih rendahnya pasien prolanis (DM dan Hipertensi) yang berkunjung ke pelayanan kesehatan primer baik puskesmas maupun dokter praktik dan masih tingginya dan cenderung meningkat prevalensi DM setiap tahun, prevalensi penyakit komplikasi dengan tingkat kematian cukup tinggi. Pengetahuan masyarakat tentang dokter keluarga dan kepemilikan dokter keluarga yang masih sangat rendah dan pendapat praktisi

bahwa pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang dokter keluarga yang masih rendah, sementara dari banyak literatur membuktikan bahwa pelayanan kedokteran keluarga pada penatalaksanaan pasien DM memberikan dampak yang lebih baik. Dari uraian diatas, rumusan masalah penelitian ini yaitu:

1. Bagaimanakah prosedur yang direkomendasikan dalam mendesain dan mengembangkan model edukasi kedokteran keluarga untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan pasien diabetes?
2. Bagaimanakah prosedur yang direkomendasikan untuk mempergunakan model edukasi kedokteran keluarga untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan pasien diabetes?
3. Bagaimanakah hasil penggunaan model edukasi kedokteran keluarga tersebut pada pengetahuan kesehatan pasien diabetes?

1.3. Tujuan Pengembangan

Dari rumusan masalah diatas, disusun tujuan pengembangan ini sebagai berikut:

1. Merancang prosedur desain dan mengembangkan model edukasi kedokteran keluarga pada pasien diabetes
2. Menyusun prosedur yang direkomendasikan dalam mempergunakan model edukasi kedokteran keluarga untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan pasien diabetes
3. Mensintesis hasil penggunaan model edukasi kedokteran keluarga tersebut pada pasien diabetes.

1.4 Spesifikasi Produk yang Diharapkan

Pengembangan model edukasi pelayanan kedokteran keluarga pada pasien diabetes melitus dengan spesifikasi sebagai berikut:

- a. Kerangka model edukasi pelayanan kedokteran keluarga yang berisi konstruksi teori HBM dan Konstruktivisme Sosial, tahapan edukasi dan dampak perubahan pengetahuan kedokteran keluarga pada pasien DM

- b. Model intervensi edukasi kedokteran keluarga yang berisi (apersepsi, materi audiovisual, braing storming, diskusi, demonstrasi DK, pengetahuan tentang DK dipelihara)
- c. Media cara melakukan edukasi kedokteran keluarga berupa ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, penayangan audiovisual, praktik kunjungan lapangan dan halaman website.
- d. Menyediakan bantuan, pengarahan, bimbingan, penguatan, memberi motivasi dan fasilitas yang diperlukan
- e. Perangkat intervensi untuk melengkapi model edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM:
 - 1. Satuan intervensi untuk edukasi (SAP),
 - 2. Modul / konten intervensi edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM
 - 3. Petunjuk implementasi model edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM
 - 4. Media edukasi yang dapat digunakan dalam melakukan edukasi pelayanan kedokteran keluarga pada pasien DM
 - 5. Instrumen penilaian edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM

1.5 Pentingnya Pengembangan

- a. Meningkatnya pengetahuan dan literasi kesehatan pasien DM tentang pelayanan kedokteran keluarga
- b. Mencegah dan menghambat progresifitas penyakit dan komplikasi dengan tujuan meningkatkan kepatuhan serta menurunkan morbiditas dan mortalitas
- c. Meningkatnya pelayanan kedokteran keluarga yang terkoordinasi, kolaboratif dan berkesinambungan
- d. Meningkatnya kendali mutu dan biaya pelayanan kedokteran keluarga pada pasien DM
- e. Tersedianya model pengembangan edukasi kedokteran keluarga pada pasien DM
- f. Tersedianya instrumen untuk mengukur wawasan kesehatan tentang kedokteran keluarga pada pasien DM

- g. Tersedianya landasan ilmu pengetahuan tentang model edukasi kedokteran keluarga bagi pasien DM

1.6 Asumsi dan Keterbatasan Pengembangan

Karena banyaknya teori yang dapat dijadikan dasar dalam pengembangan maka pada penelitian pengembangan model edukasi ini akan dibatasi berdasarkan teori perubahan perilaku *Health Belief Model* dan teori belajar *Social constructivism* yang dihubungkan dengan prinsip pelayanan kedokteran keluarga untuk mengedukasi pasien diabetes melitus. Asumsi dalam pengembangan adalah landasan berpijak untuk menentukan karakteristik produk yang akan dihasilkan dan pembenaran pemilihan model serta prosedur pengembangannya. Peneliti berasumsi bahwa setelah menganalisis teori HBM dan teori belajar konstruktivisme sosial menggabungkan kedua teori ini untuk memformulasikan materi edukasi prinsip kedokteran keluarga sehingga terbentuk suatu model baru yang nantinya akan di validasi oleh ahli dan praktisi dokter keluarga yang kemudian akan diterapkan model edukasinya pada pasien diabetes.

Dari lima pilar penatalaksanaan DM (edukasi, aktivitas fisik, diet, terapi farmakologi dan kontrol gula darah) hanya akan di kembangkan di poin edukasinya. Pengembangan model edukasi ini nanti juga akan dibatasi hanya untuk pengembangan materi kedokteran keluarga yang berisi prinsip pelayanan dokter keluarga, sedang materi edukasi yang sudah berjalan tetap seperti biasanya. Pelayanan yang diberikan oleh dokter keluarga pada pasien DM telah terbukti memberikan kontribusi yang baik terhadap kepatuhan, pengendalian gula darah, kualitas hidup pasien DM. Di samping itu masih sedikit masyarakat yang paham terhadap pelayanan dokter keluarga dan memiliki dokter keluarga yang tetap, termasuk juga pada pasien DM. Oleh karena itu pengembangan model edukasi yang berisi pelayanan dokter keluarga diharapkan akan dapat mengurangi masalah pada penatalaksanaan DM, meningkatkan kepatuhan pasien, mengurangi komplikasi penyakit dan akhirnya meningkatkan kualitas hidup.

1.7 Definisi Istilah

1. Dokter Keluarga : Dokter bidang kedokteran keluarga yang merawat semua anggota keluarga, dari bayi hingga lansia (1) menjadi kontak pertama dengan pasien dengan memberi pembinaan berkelanjutan (*continuing care*) dan terkoordinasi; (2) Membuat diagnosis medis dan penanganannya; (3) Membuat diagnosis psikologis dan penanganannya; (4) Memberi dukungan personal bagi setiap pasien dengan berbagai latar belakang dan berbagai stadium penyakit; (5) Mengkomunikasikan informasi tentang pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan prognosis.
2. Pelayanan kedokteran keluarga: Pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanan kepada keluarga sebagai suatu unit, dimana tanggung jawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien juga tidak boleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu
3. Edukasi Kedokteran Keluarga; Yaitu edukasi yang diberikan pada pasien DM selain lima pilar edukasi standar yang sudah berjalan selama ini yaitu berupa materi pelayanan kedokteran keluarga yang bersifat terkoordinasi, berkesinambungan dan kolaboratif. Diharapkan dengan edukasi ini akan meningkatkan kepatuhan dan kualitas hidup penderita DM.
4. Edukasi diabetes: Merupakan rangkaian intervensi khusus untuk membantu penderita dalam mengubah gaya hidupnya sehingga menjadi patuh dalam manajemen perawatan diri. Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik.
5. Pengetahuan kedokteran keluarga: merupakan pengetahuan masyarakat terutama pasien DM dan keluarganya tentang prinsip kesinambungan, kolaborasi dan koordinasi pelayanan, mengutamakan pencegahan.