

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sejak tahun 2012 Indonesia memasuki masa bonus demografi yang sangat menguntungkan sebagai negara berkembang dan akan mencapai puncaknya pada tahun 2039 (Badan Pusat Statistik, 2010). Hal ini disebabkan oleh penurunan rasio ketergantungan, yaitu saat penduduk usia produktif dua kali lipat penduduk non-produktif. Peluang ini harus dimanfaatkan sebaik-baiknya dan itu dapat terjadi apabila penduduk usia produktif bisa berkarya dan berkiprah secara produktif, sehingga dapat dijadikan modal pembangunan bangsa yang sehat dan bermartabat (Win and Iba, 2011). Oleh sebab itu, pemerintah memiliki kewajiban untuk menjamin ketersediaan penduduk usia produktif yang sehat dengan pendidikan dan keterampilan yang memadai.

Salah satu ancaman ketidaktersediaan penduduk usia produktif yang sehat pada masa datang adalah diabetes melitus tipe 2 (selanjutnya disebut diabetes). Diabetes merupakan satu dari empat penyakit tidak menular yang paling banyak di Indonesia selain penyakit kardiovaskular, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis (Bloom *et al.*, 2015). Penduduk dengan diabetes di Indonesia akan meningkat dua kali lipat dari 7,6 juta pada tahun 2013 menjadi 11,8 juta pada tahun 2030 (Novo Nordisk, 2013). Tahun 2040, diperkirakan penderita diabetes di

seluruh dunia akan mencapai 640 juta orang, dari 415 juta penderita saat ini. Sementara itu, penderita diabetes di Indonesia saat ini berjumlah 10.021.400 orang. Jumlah itu diperkirakan akan meningkat menjadi 16.166.800 orang pada tahun 2040 (*International Diabetes Federation (IDF)*, 2016).

Berdasarkan kajian *World Economic Forum (WEF)*, dalam kurun waktu 2012-2030, Indonesia akan terbebani sebesar Rp 2.800 triliun oleh diabetes atau senilai dengan dua puluh kali anggaran kesehatan Indonesia pada tahun 2012 secara keseluruhan. Selain itu, Indonesia juga akan mengalami kehilangan pekerja yang signifikan karena penyakit ini akan menyebabkan pengurangan kapasitas produksi negara jauh lebih besar dari negara Asia lainnya (Bloom *et al.*, 2015). Dengan kata lain, bila tidak dilakukan pencegahan diabetes dengan jelas, bonus demografi tidak akan berarti bagi pembangunan ekonomi Indonesia. Justru sebaliknya, Indonesia akan semakin tertinggal dari negara lain di Asia karena besarnya pengurangan kapasitas produksi negara akibat tenaga kerja yang tersedia dalam kondisi sakit.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, beberapa faktor risiko diabetes dalam taraf mengkhawatirkan sudah terjadi sejak dini di Indonesia. Faktor risiko diabetes tersebut dipengaruhi antara lain oleh aktivitas fisik yang kurang, cenderung sedenter, pola makan yang didominasi makanan tinggi lemak dan manis, serta kurang mengonsumsi sayur dan buah. Separuh anak-anak usia 10—14 tahun beraktivitas fisik kurang, sepertiga anak-anak usia 15—19 tahun, dan pada usia dewasa awal proporsi aktivitas fisik kurang mencapai 25%. Sementara itu, proporsi aktivitas sedenter 3—6 jam pada kelompok usia lebih dari 10 tahun mencapai 50% dan 25% lebih dari 6 jam. Demikian juga pada aspek

konsumsi makanan, penduduk yang berusia lebih dari 10 tahun, 40,7% mengonsumsi makanan berlemak, dan 53,1% mengonsumsi makanan manis. Selain itu, hampir seluruh penduduk usia lebih dari 10 tahun (93,5%) kurang mengonsumsi buah dan sayur. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Sesuai dengan analisis situasi ini, Indonesia memerlukan sebuah kebijakan untuk pencegahan diabetes yang nyata. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam hal ini berperan strategis dan sangat penting. Kenyataannya, JKN baru memberikan pelayanan yang menyeluruh bagi pengobatan diabetes dan pencegahan komplikasi sekunder saja, tetapi belum memiliki program pencegahan yang komprehensif. Pencegahan diabetes dalam JKN hanya mencakup diagnosis dini, itupun diberikan secara terbatas bagi peserta JKN yang terindikasi sudah menderita diabetes. Dengan kata lain, pelayanan JKN belum bertujuan pencegahan, tetapi pengobatan. Berdasarkan banyak penelitian, program pencegahan diabetes harus dimulai pada kelompok yang rentan dan berisiko (*American Diabetes Assosiation*, 2012), serta berorientasi pada perilaku pencegahan atau perbaikan gaya hidup karena efektif mengurangi risiko diabetes (Kilckinen et al. 2007; Vadheim *et al.*, 2010; Tabak et al. 2012).

Perilaku pencegahan adalah aktivitas yang dilakukan seseorang yang meyakini dirinya sehat untuk tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit pada tahap *asymptomatic* (Kasl and Cobb, 1966). Aktivitas ini tidak sama dengan perilaku yang dilakukan untuk pengobatan penyakit yang sudah terdiagnosis melalui gejala, pemeriksaan, atau pendapat medis. Untuk itu keputusan melakukan

perilaku pencegahan didasarkan pada faktor-faktor lain yang kurang objektif dibandingkan gejala-gejala atau diagnosis dokter (Werle, 2011).

Berdasarkan *Theory of Planned Behavior (TPB)*(Ajzen, 1991) perilaku seseorang merupakan akibat langsung dari intensi untuk berperilaku, sebagai hasil dari beberapa hal yaitu, sikap positif bahwa perilaku preventif akan memberikan hasil yang diharapkan, motivasi untuk mematuhi tekanan normatif atau persepsi norma subjektif agar menampilkan perilaku tersebut, dan efikasi diri atau kepercayaan diri bahwa ia memiliki kemampuan untuk melakukan perilaku tersebut. Sikap positif terhadap perilaku, norma subjektif yang dirasakan, dan kontrol perilaku yang dirasakan (efikasi diri) merupakan prediktor perilaku preventif yang signifikan melalui pembentukan intensi yang akhirnya membentuk perilaku.

Riwayat keluarga diabetes merupakan faktor risiko independen terjadinya diabetes (Sakurai *et al.*, 2013; Koloveryou *et al.*, 2014), faktor risiko ini tidak bergantung dengan faktor risiko yang lain seperti resistensi insulin, fungsi sel  $\beta$  pankreas, dan indeks masa tubuh. Individu yang mempunyai riwayat diabetes keluarga memiliki risiko untuk terjadi diabetes 1,8 kali (Sakurai *et al.*, 2013) dan 2,8 kali (Koloveryou *et al.*, 2014) daripada individu yang tidak berisiko, risiko ini lebih besar bila riwayat diabetes pada ibu dari pada riwayat diabetes pada ayah (Tan *et al.*, 2008). Oleh sebab itu, pencegahan diabetes pada individu dengan faktor risiko khususnya riwayat diabetes keluarga yang bertujuan memperbaiki gaya hidup harus menjadi dasar pemikiran program pencegahan diabetes.

Walaupun demikian, pencegahan diabetes pada individu dengan riwayat diabetes keluarga tidaklah mudah. Berdasarkan penelitian, pada individu dengan riwayat diabetes keluarga, sulit memahami penyebab diabetes dan menyepelekan risiko yang mereka miliki (Adriaanse and Snoek, 2006), mereka juga menganggap kurang berhubungan dengan mereka (Myers *et al.*, 2015) dan kurang percaya bahwa diabetes bisa dicegah (Harwelll, 2008). Komunikasi pada individu dengan riwayat diabetes keluarga dapat berupa pemberian informasi, meningkatkan kesadaran berisiko karena riwayat diabetes keluarga, memotivasi dan mempengaruhi perilaku pencegahan dengan gaya hidup sehat untuk mengurangi risiko (Myers *et al.*, 2015).

Beberapa penelitian tentang intervensi untuk memperbaiki perilaku pencegahan diabetes pada individu sehat dengan riwayat diabetes telah dilakukan pada layanan primer (Pijl, 2009). Penelitian-penelitian tersebut di antaranya menggunakan komunikasi tatap muka, melalui telepon dan instruksi umum tertulis (Williams *et al.*, 2004), *leaflet* yang dikombinasikan dengan wawancara tatap muka atau melalui telepon (Kinmonth *et al.*, 2008), metode *web on line* (Wijdenes *et al.*, 2013), konsultasi perorangan yang dikombinasikan dengan *vignette* dan prediksi risiko diabetes lima tahun ke depan (Davies dan Thirlaway, 2013).

Pada penelitian Pijl, dibandingkan kelompok individu yang diberikan informasi umum tentang pencegahan diabetes dengan kelompok yang diberikan informasi lebih spesifik tentang risiko diabetes keluarga yang dimilikinya (Pijl, 2009). Didapatkan hasil bahwa individu yang mendapatkan informasi lebih spesifik tentang riwayat keluarga diabetes, kontrol yang dirasakan untuk pencegahan diabetes lebih besar dari pada kelompok individu yang diberikan

informasi risiko diabetes secara umum, tetapi, intensi untuk melakukan pencegahan diabetes tidak berbeda.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies dan Thirlaway, dibandingkan sikap pencegahan dan pengobatan pada individu di atas 40 tahun yang merespon skema yang tersirat di dalamnya bahwa penyebab diabetes dominan genetik atau lingkungan (Davies dan Thirlaway, 2013). Hasilnya, terdapat interaksi yang signifikan antara etiologi yang dirasakan dengan riwayat keluarga diabetes.

Pada penelitian Kinmont, dibandingkan dua kelompok intervensi untuk meningkatkan aktifitas fisik pada subjek dengan aktivitas sedenter dan riwayat diabetes keluarga (Kinmonth *et al.*, 2008). Seluruh subjek diberi *leaflet* terlebih dahulu. Kemudian dibagi menjadi dua kelompok intervensi (fasilitator terlatih di rumah mereka masing-masing atau mendapat penjelasan program yang sama melalui telepon) dan yang ketiga adalah kelompok kontrol. *Outcome* selama satu tahun adalah waktu aktivitas fisik per hari yang diukur secara objektif dengan rasio pengeluaran energi istirahat. Didapatkan hasil tidak ada perbedaan rasio aktivitas fisik pada kelompok intervensi.

Pada penelitian di Indonesia, dokter berupaya memperbaiki gaya hidup tidak sehat pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2 melalui beberapa cara, yaitu dengan edukasi gaya hidup sehat pada pasien, baik secara langsung kepada pasien maupun berkolaborasi dengan tenaga profesional kesehatan yang lain dalam mengedukasi pasien, tetapi belum terlibat dengan keluarga secara langsung (Larasati dkk, 2017). Persamaan dari penelitian-penelitian di atas adalah *pertama*, intervensi yang efektif memperbaiki sikap

terhadap perilaku pencegahan adalah intervensi yang dilakukan fokus dan disesuaikan pada satu individu melalui proses tatap muka langsung dan bukan intervensi secara umum atau masal (*patient centered*). *Kedua* dari beberapa penelitian tersebut adalah bahwa semuanya memberikan penekanan perubahan perilaku pada pasien yang berisiko diabetes saja, tetapi belum ada pelibatan keluarga oleh dokter. *Ketiga*, penelitian terdahulu memperbaiki perilaku pencegahan dengan intervensi pada level intrapersonal saja, padahal menurut teori kognitif sosial dari Bandura, perilaku manusia merupakan hasil interaksi antara faktor personal, perilaku, dan lingkungan, seseorang belajar dari interaksi dan observasinya dengan faktor-faktor tersebut (Bandura, 1998). Jadi, seharusnya melibatkan faktor intrapersonal dan interpersonal, bukan personal saja atau lingkungan saja. Berbagai penelitian memberikan hasil sesuai dengan teori kognitif sosial Bandura, yaitu faktor sosial berperan dalam pembentukan perilaku (Stopford, Winkley and Ismail, 2013). Selain itu, menurut pendekatan *social network*, ikatan sosial berpengaruh pada kesehatan, di antaranya melalui dukungan sosial (House, 1981).

Dukungan sosial adalah kenyamanan fisik dan emosional yang diberikan keluarga kepada anggotanya, pasangan, teman, mitra kerja, dan lain-lain. Jadi, dukungan keluarga merupakan salah satu sumber dukungan sosial. Keluarga merupakan lingkungan terdekat tempat individu belajar perilaku dan membentuk norma subjektif yang dirasakan individu (Ajzen, 1991). Kehadiran anggota keluarga pada proses konsultasi menyebabkan proses konsultasi lebih fokus pada linearitas tujuan konsultasi, yaitu sebagai proses evaluasi atau umpan balik, layanan pencegahan, dan menjawab pertanyaan pasien (Katerndahl and Parchman,

2013). Dukungan keluarga juga dapat meningkatkan efikasi diri. Efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap apa yang ingin dicapainya. Individu akan lebih mampu mewujudkan keinginannya bila memiliki efikasi diri yang tinggi dari pada individu dengan efikasi diri rendah (Bandura, 2015).

Genogram adalah perangkat serba guna yang dapat membantu dokter keluarga mengintegrasikan informasi keluarga pada proses pemecahan masalah klinis untuk mewujudkan pelayanan pasien yang lebih baik (Waters, Watson and Wetzell, 1994). Genogram atau pohon keluarga memungkinkan dokter mendapatkan informasi dengan mudah dari pasien tentang riwayat klinis dan sosial keluarga mereka (Lee, 1994). JKN mensyaratkan penggunaan *family folder* atau berkas keluarga sebagai sistem rekam medis pasien sebagai bentuk optimalisasi pelayanan primer yang dinilai berdasarkan rasio *family folder* (BPJS Kesehatan, 2014). Pada praktik dokter keluarga, *family folder* berisi kumpulan rekam medis anggota keluarga, informasi perumahan, dan fungsi keluarga, termasuk genogram yang seharusnya merupakan bagian dari *family folder* (Crouch and Roberts, 1987). Selain dimanfaatkan sebagai data keluarga dalam *family folder*, genogram juga dipakai untuk terapi keluarga pada kasus psikiatri (De Benedetta *et al.*, 2011), serta pada perawatan paliatif (Galloway *et al.*, 2016). Berdasarkan penelusuran literatur, genogram dengan kandungan informasi riwayat klinis dan sosial individu serta keluarga belum pernah dimanfaatkan sebagai media untuk memotivasi seseorang agar mau melakukan perilaku pencegahan diabetes. Padahal, informasi-informasi tersebut dapat dimanfaatkan dokter sebagai media edukasi untuk membantu pasien memahami risiko penyakit atau kerentanan yang dihadapi pasien.



Penyampaian risiko diabetes berkaitan dengan riwayat keluarga oleh dokter kepada pasien langsung secara lisan dengan kata-kata merupakan penyampaian pesan yang abstrak, tetapi ketika disampaikan menggunakan genogram, informasi risiko disampaikan dengan simbol-simbol visual yang mengubah hal abstrak menjadi lebih konkret dan lebih mudah difahami oleh pasien. Hal ini sesuai dengan teori kerucut pengalaman oleh Edgar Dale, yaitu penggunaan simbol visual akan mengurangi tingkat abstraksi dan menjadikannya lebih konkret (Dale, 2001). Kemampuan memahami risiko yang lebih baik dengan menggunakan genogram diharapkan dapat memperbaiki sikap terhadap perilaku yang dirasakan oleh individu dan akhirnya memotivasi serta membentuk intensi untuk terjadinya pencegahan.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang berpusat pada individu, fokus pada keluarga dan berorientasi pada masyarakat. Keluarga berperan sangat dominan dalam masalah kesehatan anggotanya. Pada praktik layanan primer, keterlibatan dokter dengan keluarga masih sangat terbatas. Berdasarkan penelitian, 41% dokter belum terlibat dengan keluarga dalam menangani masalah kesehatan pasien; 35,5% terlibat dengan keluarga secara minimal; 23% menyadari peran keluarga dalam penatalaksanaan pasien; dan 2% dokter yang terlibat dengan keluarga serta melakukan intervensi (Marvel *et al.*, 1994). Keterlibatan dokter dengan keluarga dalam penelitian tersebut dinilai berdasarkan *Level of family involvement (LFI)* oleh Doherty and bairds yang mendefinisikan keterlibatan dokter dengan keluarga sebagai tingkatan hubungan pelayanan, dari belum ada keterlibatan pada level 1, hingga keterlibatan yang maksimal pada level 5 yang dicapai dengan melakukan terapi keluarga. Menurut

penelitian yang dilakukan oleh Ban (2016), dokter di Jepang menganggap bahwa keterlibatan dokter dengan keluarga bukan sebagai tingkatan yang artinya bahwa tingkat 5 lebih baik daripada tingkat 3, melainkan sebagai suatu fase dari proses yang dilakukan sesuai kebutuhan. Selain dinyatakan dengan “fase”, keterlibatan dokter juga dinyatakan sebagai “*stage*”; ada dokter yang belum konsisten terlibat dengan keluarga, ada juga dokter yang secara personal dan sistematis sudah terlibat dengan keluarga.

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dikembangkan model keterlibatan dokter dengan keluarga, yang efektif untuk perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2 khususnya di Indonesia.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat dirumuskan masalah penelitian:

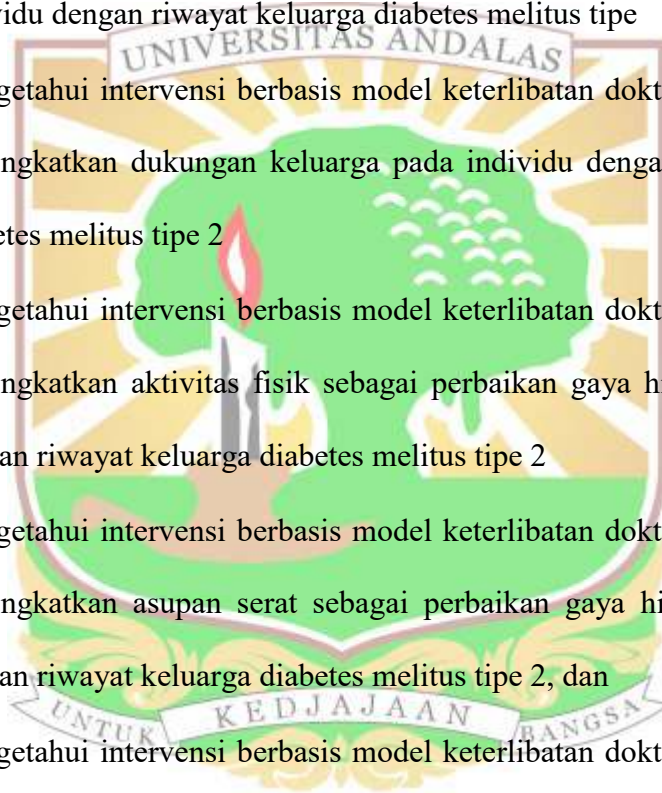
1. Bagaimana model awal keterlibatan dokter dengan keluarga yang dikembangkan di Indonesia?
2. Apakah model awal keterlibatan dokter dengan keluarga pada dokter di layanan primer di Indonesia valid dan reliabel?
3. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan sikap yang dirasakan terhadap perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?
4. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan sikap yang dirasakan terhadap norma subjektif tentang perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?

5. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan kontrol yang dirasakan terhadap perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?
6. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan dukungan keluarga pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?
7. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan aktivitas fisik sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?
8. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan asupan serat sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?
9. Apakah model keterlibatan dokter dengan keluarga memperbaiki kesesuaian asupan kalori sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

1. Mengembangkan model awal keterlibatan dokter dengan keluarga di Indonesia
2. Mengetahui validitas dan reliabilitas model awal keterlibatan dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2
3. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan sikap yang dirasakan terhadap perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2

4. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan sikap yang dirasakan terhadap norma subjektif tentang perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2
5. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan kontrol yang dirasakan terhadap perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe
6. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan dukungan keluarga pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2
7. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan aktivitas fisik sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2
8. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga meningkatkan asupan serat sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2, dan
9. Mengetahui intervensi berbasis model keterlibatan dokter dengan keluarga memperbaiki kesesuaian komposisi karbohidrat sebagai perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2.



## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan

1. Menghasilkan model keterlibatan dokter dengan keluarga yang dikembangkan di Indonesia .
2. Memberikan bukti ilmiah efektifitas model keterlibatan dokter dengan keluarga untuk perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2.

### 1.4.2 Manfaat bagi Pembuat Kebijakan

Dapat dijadikan dasar bagi pembuat kebijakan untuk program pencegahan diabetes dimulai dari tingkat pencegahan primer yaitu *health promotion* dengan perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2.

### 1.4.3 Manfaat Praktis

Tersedianya model keterlibatan dokter dengan keluarga yang dikembangkan di Indonesia untuk perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2.

