

Jumlah Kunjungan, Profil Pengobatan, dan HRQoL Pasien Rawat Jalan DM Tipe 2 pada Era JKN

(Hospital visit, Treatment Profile, and HRQoL among Outpatients Type 2 DM in Era of JKN)

YUSI ANGGRIANI^{1*}, MITA RESTINIA¹, NURLAYLI¹

¹Fakultas Farmasi Universitas Pancasila, Srengseng Sawah Jagakarsa

Diterima 5 April 2016, Disetujui 12 Agustus 2016

Abstrak: Asuransi kesehatan pemerintah bertransformasi dari Asuransi Kesehatan (ASKES) menjadi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 1 Januari 2014. Terdapat perbedaan metode pembayaran antara ASKES dan JKN. ASKES menggunakan metode fee for services dan JKN menggunakan metode INA-CBGs. Tujuan penelitian yaitu untuk melihat dampak pelaksanaan JKN terhadap jumlah kunjungan, profil pengobatan, dan Health Related Quality of Life (HRQoL) pada pasien DM tipe 2 rawat jalan pada salah satu RS tipe B di Jakarta. Penelitian dilakukan secara time series longitudinal. Total sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 103 pasien. Pasien laki-laki sebanyak 36(35%) dan perempuan 67(65%). Terdapat 98% pasien memiliki usia lebih dari 45 tahun. Sebanyak 95(92%) pasien dengan diagnosa DM tanpa komplikasi dan 8(8%) pasien DM dengan komplikasi. Setelah pelaksanaan JKN, terdapat penurunan jumlah kunjungan pasien dan jumlah obat perpasien baik pada pasien DM tanpa komplikasi dan komplikasi. Kami juga menemukan bahwa persentase obat non DM lebih tinggi dibandingkan dengan obat DM. Secara statistik, jumlah obat DM dan non DM tidak berbeda secara signifikan antara sebelum dan setelah JKN ($P>0,05$). Rata-rata skor HRQoL pada era JKN lebih besar dari 80. Skor ini menunjukkan bahwa pasien memiliki kualitas hidup yang baik. Berdasarkan analisa statistik, kualitas hidup pasien berbeda berdasarkan jenis kelamin dan usia. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan jumlah obat dan profil pengobatan setelah pelaksanaan JKN dan pasien memiliki kualitas hidup yang baik pada era JKN baik.

Kata kunci: JKN, jumlah kunjungan, jumlah obat, HRQoL, DM tipe 2.

Abstract: Public insurance has transformed since 1st January 2014 from Asuransi Kesehatan (ASKES) to Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). There is different payment method between ASKES and JKN. ASKES uses fee for services (FFS) method and JKN uses INA-CBG's method. The aims of this research were to determine the impact of implementation of JKN to number of hospital visit, treatment profile, and HRQoL among type 2 DM outpatients at one of Hospital type B in Jakarta. The research was conducted by time series longitudinal. Total samples were 103 patients. Among of them were 36(35%) male and 67(65%) female. There were 98% patients with age of more than 45 years old. 95(92%) patients were diagnosed DM without complication and 8(8%) were DM with complication. After implementation of JKN, there were decreasing number of hospital visit and number of drug perpatient among type 2 DM outpatients without and with complication. We also founded that the percentage of non DM drugs was higher than DM drugs. Statistically, number of DM and non DM drugs was not difference significant between before and after JKN ($P>0.05$). Score average of HRQoL in era of JKN was more than 80. This score showed that patients had good quality of life. Related to statistical analysis, quality of life was difference based on gender and age. In conclusion, there were different number of drugs and treatment profile after JKN implemented and patients performed good quality of life in era of JKN.

Keywords: JKN, number of hospital visit, number of drugs, HRQoL, Type 2 DM.

* Penulis korespondensi, Hp. 08122954935
e-mail: yusi1777@yahoo.com

PENDAHULUAN

KESEHATAN adalah keadaan baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi⁽¹⁾. Dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, sejak 1 Januari 2014, asuransi kesehatan pemerintah bertransformasi dari ASKES menjadi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN merupakan asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Program jaminan sosial ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia (*universal coverage*) dan pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Melalui JKN, setiap orang memungkinkan untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat, mendapatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Hal ini sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat 3 dan selaras dengan tujuan pembentukan Negara Indonesia yang menganut paham Negara kesejahteraan (*welfare state*)⁽²⁾.

Pada pasien ASKES, setelah bergabung dengan BPJS Kesehatan, terdapat perbedaan mendasar berkaitan dengan metode pembayaran yaitu ASKES dengan metode *Fee for Services* (FFS) sedangkan JKN dengan metode INA-CBGs⁽³⁾. Metode FFS memiliki sistem bahwa biaya pengobatan berdasarkan pelayanan yang diberikan sehingga tidak ada batasan jenis dan jumlah pelayanan yang diterima pasien sedangkan pada metode INA-CBG biaya pengobatan telah ditetapkan jumlah pendanaannya (sistem paket) sesuai dengan diagnosa pasien yang mana diagnosa sama akan mendapatkan jumlah biaya pengobatan yang sama artinya biaya pengobatan terbatas sesuai dengan diagnosa^(3,4).

Beberapa studi berkaitan dengan JKN telah dilaporkan namun masih secara umum atau tidak spesifik untuk pasien diabetes mellitus. Frost & Sullivan⁽⁵⁾ melaporkan bahwa terdapat peningkatan permintaan obat generik setelah pelaksanaan JKN⁽⁵⁾. Tim Nasional Percepatan Pemberantasan Kemiskinan (TNP₂K) juga melaporkan hasil yang sama bahwa peresepan obat generik meningkat pada era JKN⁽⁶⁾. Di Meksiko, setelah pelaksanaan *universal health coverage*, terdapat peningkatan jumlah obat generik yang diresepkan sehingga 17,3% pasien tidak mendapatkan obat generik yang diresepkan karena jumlah stok obat generik yang terbatas⁽⁶⁾.

Untuk mengetahui dampak perubahan metode pembayaran pada era JKN, maka dapat dilakukan evaluasi terhadap salah satu penyakit kronis yang dilayani oleh JKN, seperti diabetes mellitus. Mengingat bahwa jumlah kasus diabetes mellitus cukup banyak

di Indonesia dan menurut data WHO, Indonesia merupakan negara keempat dengan jumlah penderita diabetes terbanyak di dunia dan diperkirakan jumlah ini akan terus meningkat setiap tahunnya⁽⁸⁾.

Hal inilah yang melatar belakangi peneliti untuk melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui dampak pelaksanaan JKN terhadap jumlah kunjungan, jenis dan jumlah obat, dan *health related quality of life* (HRQoL) pasien rawat jalan DM tipe 2 antara sebelum dan setelah pelaksanaan JKN.

BAHAN DAN METODE

BAHAN. Kuesioner HRQoL, rekam medis dan dokumen penggunaan obat pasien dari instalasi farmasi RS tipe B periode Juli 2013 sampai dengan Juni 2014.

METODE. Penetapan Tempat Penelitian. Penelitian ini dilaksanakan pada salah satu RS tipe B di Jakarta. Terdapat dua metode dalam pengumpulan data yaitu pertama secara retrospektif longitudinal time series untuk melihat jumlah kunjungan dan profil pengobatan. Kemudian secara prospektif untuk melihat kualitas hidup pasien rawat jalan DM tipe 2 dengan menggunakan kuesioner yang telah divalidasi.

Penetapan Kriteria Inklusi dan EkSlusi. Pasien dengan diagnosa DM tipe 2 rawat jalan dengan jaminan ASKES tanpa tambahan manfaat dan rutin kontrol minimal 6 kali kunjungan selama periode Juli 2013 sampai dengan Juni 2014 di RS X Jakarta merupakan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi meliputi pasien yang tidak pernah melakukan kunjungan sejak Januari 2014 dan tidak bersedia mengisi *informed consent*.

Pengumpulan Data dan Penyebaran Kuesioner HRQoL. Data yang dikumpulkan meliputi: sosiodemografi, jadwal rawat jalan, diagnosa utama, penyakit penyerta, obat-obatan yang digunakan (jenis obat DM atau non DM, waktu pemberian, cara pemberian, dosis, lama pemakaian).

Analisis Data. Data yang diperoleh kemudian dianalisa secara deskriptif dan statistik (uji *Paired T-test* untuk data terdistribusi normal dan uji Wilcoxon jika data tidak terdistribusi normal). Analisa dilakukan untuk mengetahui perbedaan jumlah kunjungan dan profil pengobatan pasien rawat jalan DM tipe 2 antara sebelum dan setelah pelaksanaan JKN. Uji Mann Witney/Kruskal Wallis dan ANOVA digunakan untuk menentukan perbedaan HRQoL terhadap karakteristik sosiodemografi pasien rawat jalan DM tipe 2.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Sosiodemografi. Pada penelitian ini jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi adalah 103 responden dengan karakteristik sosiodemografi seperti terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa secara umum (98%) pasien memiliki umur >45 tahun dan sebanyak 46 pasien diantaranya memiliki rentang umur 55-64 tahun. Hal ini disebabkan oleh pada usia tersebut terjadi perubahan fisiologis yang menurun secara drastis. Faktor genetik dan pengaruh lingkungan juga cukup besar dalam menyebabkan terjadinya DM tipe 2, antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan⁽⁹⁾. Sementara itu berdasarkan jenis kelamin ditemukan bahwa pasien perempuan lebih banyak dibandingkan dengan pasien laki-laki. Hal ini berkaitan dengan perubahan hormonal pada perempuan menopause akan meningkatkan resiko diabetes mellitus tipe 2. Perempuan yang telah mengalami menopause, kadar gula darah menjadi tidak terkontrol karena terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron. Hormon-hormon tersebut

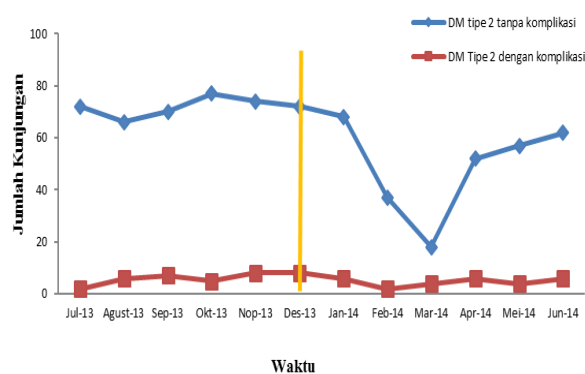
Tabel 1. Karakteristik sosiodemografi pasien DM tipe 2 di RS X Jakarta.

No.	Data Demografi Pasien	N (Jumlah)	%
1.	Usia		
	15 – 24 tahun	0	0
	25 – 34 tahun	1	1
	35 – 44 tahun	2	1
	45 – 54 tahun	14	14
	55 – 64 tahun	46	45
	65 – 74 tahun	34	33
	≥ 75 tahun	6	6
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	36	35
	Perempuan	67	65
3.	Diagnosa		
	Tanpa komplikasi	95	92
	Komplikasi	8	8

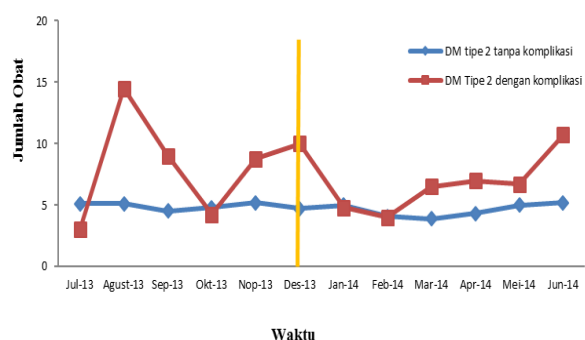
mempengaruhi bagaimana sel-sel tubuh merespon insulin⁽¹⁰⁾.

Berdasarkan diagnosa, 92% pasien merupakan DM tanpa komplikasi dan jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan DM +komplikasi.

Jumlah Kunjungan setelah JKN. Pasien rawat jalan DM tipe 2 rutin melakukan kunjungan dalam rangka kontrol penyakit dan mendapat tambahan obat. Gambar 1 menunjukkan bahwa tren jumlah kunjungan pasien rawat jalan DM tipe 2 sebelum dan setelah JKN. Tren menunjukkan bahwa jumlah kunjungan menurun pada 3 bulan pertama setelah pelaksanaan JKN dan mulai meningkat pada bulan ke 4 pelaksanaan JKN. Hal ini dikarenakan jumlah pasien yang melakukan kunjungan juga mengalami penurunan. Pada era JKN, terdapat program rujuk balik dimana pasien setelah glukosa darah terkontrol dapat melakukan pengobatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti PUSKESMAS atau klinik sehingga jumlah kunjungan pasien menurun pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh dua RS tipe A di Jakarta dimana terdapat penurunan jumlah kunjungan setelah pelaksanaan JKN⁽¹¹⁾.



Gambar 1. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan DM tipe 2 Periode Jul I 2013-Juni 2014.



Gambar 2. Rata-rata jumlah obat yang diresepkan per pasien per bulan.

Profil Pengobatan. Analisa profil pengobatan dibagi menjadi dua berdasarkan diagnosa yang disesuaikan dengan kode ICD-10 yaitu pasien DM tanpa komplikasi dan pasien DM komplikasi. Profil pengobatan yang diamati meliputi: jumlah obat total, jumlah obat DM dan obat non DM.

Jumlah Obat. Jumlah obat adalah total obat yang diterima oleh seluruh pasien setiap bulan dari sebelum JKN (Juli-Desember 2013) dan setelah JKN (Januari-Juni 2014). Gambar 2 menunjukkan bahwa tren rata-rata jumlah obat yang diterima perpasien setiap bulan untuk pasien DM tanpa komplikasi dan DM komplikasi menurun pada dua bulan pertama dan mulai meningkat pada bulan ketiga JKN walaupun jumlah obat masih lebih sedikit dibandingkan dengan sebelum JKN. Pada pasien DM tanpa komplikasi, penurunan jumlah obat yang terjadi tidak signifikan dimana rata-rata jumlah obat yang diterima per pasien perbulan adalah 4-5 obat. Sedangkan pada pasien DM komplikasi terdapat perbedaan jumlah obat yang diterima yaitu rata-rata 8-9 obat per pasien sebelum JKN menurun menjadi 6-7 obat per pasien. Jika ditinjau dari jumlah total obat secara umum mengalami penurunan yaitu dari 2198 obat sebelum JKN menjadi 1400 obat setelah JKN untuk DM tanpa komplikasi. Hal yang sama juga terjadi pada pasien DM komplikasi yaitu dari 149 obat menjadi 118 obat. Penurunan jumlah obat terutama terjadi pada awal pelaksanaan JKN khususnya pada bulan Maret 2014.

Hal ini dikarenakan pola pengobatan JKN dengan metode INA-CBG yang menggunakan biaya satu paket pengobatan mencakup administrasi, konsultasi, laboratorium dan obat sehingga jumlah obat hanya diberikan seminimal mungkin agar mencukupi paket biaya yang ditetapkan. Kemudian penurunan jumlah obat juga disebabkan oleh surat edaran direktur pelayanan BPJS Kesehatan No.0172/III.2/0114 tanggal 9 Januari 2014 tentang program rujuk balik untuk pasien DM dan hipertensi yang sudah dianggap stabil, tidak mengambil obat di RS tetapi di apotek terdekat yang melayani program rujuk balik⁽¹²⁾. Namun jumlah obat kembali meningkat mulai bulan April karena adanya Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 038 Tahun 2014 bahwa kebutuhan obat sebanyak 23 hari dapat diresepkan dan ditagihkan

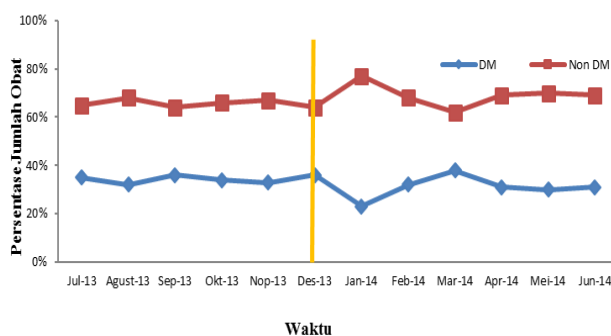
secara *fee for service* kepada BPJS Kesehatan yang berlaku sejak bulan Maret 2014.

Profil Penggunaan Obat DM dan Non DM.

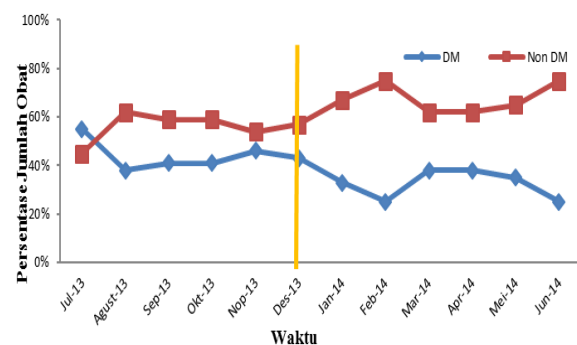
Analisa dilakukan untuk mengidentifikasi jenis dan jumlah obat DM dan non DM yang diterima oleh pasien. Gambar 3 menunjukkan bahwa persentase obat non DM yang diterima oleh pasien lebih besar dibandingkan obat DM baik sebelum dan setelah JKN untuk pasien DM tanpa komplikasi dan DM dengan komplikasi. Hal ini sangat menarik untuk diteliti lebih lanjut mengingat bahwa diagnosa pasien berdasarkan ICD-10 adalah DM tanpa komplikasi namun jenis obat yang diterima pasien lebih banyak obat non DM. Analisa statistik menggunakan uji Wilcoxon untuk melihat perbedaan persentase obat DM sebelum dan setelah JKN. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $P = 0,53$ yang artinya tidak terdapat perbedaan obat DM sebelum dan sesudah JKN. Analisa obat non DM menggunakan uji *T-test* diperoleh nilai $P = 0,29$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan obat non DM sebelum dan sesudah JKN. Sedangkan pada pasien DM dengan komplikasi menunjukkan bahwa persentase obat non DM lebih tinggi dibandingkan dengan obat DM dan terdapat peningkatan persentase obat non DM setelah pelaksanaan JKN seperti terlihat pada Gambar 4.

Hasil studi pada salah satu RS tipe A juga menunjukkan hal yang sama bahwa persentase obat non DM lebih tinggi dibandingkan dengan obat DM, namun setelah JKN persentase obat non DM mulai menurun dan obat DM meningkat⁽¹³⁾. Hal ini dikarenakan pasien DM sering mengalami komplikasi dan penyakit penyerta baik makrovaskular maupun mikrovaskular⁽¹⁴⁾.

Penggolongan Obat DM berdasarkan Kelas Terapi. Analisis data ini dilakukan untuk melihat kelas terapi yang paling banyak digunakan dalam pengobatan DM tipe 2 baik komplikasi maupun tanpa komplikasi di RS X Jakarta. Penggolongan obat DM



Gambar 3. Tren persentase obat DM dan non DM pada pasien rawat jalan DM tipe 2 tanpa komplikasi.



Gambar 4. Tren persentase obat DM dan non DM pada pasien rawat jalan DM tipe 2 dengan komplikasi.

Tabel 2. Penggolongan obat DM berdasarkan kelas terapi untuk pasien DM tanpa komplikasi.

No	Kelas Terapi	Jumlah	Persentase
1	Sulfonilurea	396	34%
2	Human Insulin+Analog	321	19%
3	Biguanid	227	19%
4	Glitazon	114	10%
5	Inhibitor alfa Glukosidase	99	9%
	Total	1157	100%

ini berdasarkan kelas terapi mengikuti *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*. *ATC of Medicine* merupakan pengelompokan kelas terapi antidiabetik oral. Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat 5 kelompok kelas terapi antidiabetik yang digunakan oleh pasien DM tanpa komplikasi dan kelas terapi yang paling banyak digunakan yaitu golongan Sulfonilurea. Sulfonilurea adalah obat antidiabetik oral yang bekerja dengan merangsang sekresi insulin di kelenjar pankreas, sehingga hanya efektif pada penderita diabetes yang sel-sel β -pankreas nya masih berfungsi dengan baik dan merupakan pilihan utama pasien dengan berat badan normal dan kurang⁽¹⁵⁾. Sementara itu, pada pasien DM dengan komplikasi kelas terapi yang paling banyak digunakan adalah Human Insulin sebanyak 43% (Tabel 3). Terapi insulin merupakan keharusan bagi penderita DM tipe 1, namun sebagian besar penderita DM tipe 2 hampir 30% memerlukan terapi insulin disamping antidiabetik oral. Pasien DM tipe 2 membutuhkan insulin bila terapi jenis lain tidak dapat mengendalikan kadar glukosa darah dan dalam kondisi terkomplikasi⁽¹⁶⁾.

Penggolongan Obat Non DM Berdasarkan Kelas Terapi. Analisis data ini dilakukan untuk melihat golongan 5 besar obat non DM yang paling banyak digunakan pada pasien DM tipe 2 baik pada pasien komplikasi maupun pada pasien tanpa komplikasi. Penggolongan ini berdasarkan kelas terapi mengikuti *ATC of Medicine*. Hasil penelitian menunjukkan 5

Tabel 4. Penggolongan obat non DM pada pasien DM tanpa komplikasi.

No	Kelas terapi	Jumlah	Persentase
1	Antagonis kalsium	312	13%
2	Antagonis angiotensin II	238	10%
3	Inhibitor ACE	230	9%
4	Antiulser	223	9%
5	Vitamin B1 & kombinasi	183	8%
	Total	1186	49%

Tabel 3. Penggolongan Obat DM berdasarkan kelas terapi untuk pasien DM dengan komplikasi.

No	Kelas Terapi	Jumlah	Persentase
1	Human insulin+analog	46	43%
2	Biguanid	24	22%
3	Sulfonilurea	20	19%
4	Inhibitor alfa glukosidase	13	12%
5	Glitazon	4	4%
	Total	107	100%

besar golongan obat non DM yang paling banyak digunakan pada pasien DM tipe 2 tanpa komplikasi pada salah satu RS tipe di Jakarta. Golongan obat non DM paling banyak adalah antagonis kalsium (26%) seperti terlihat pada Tabel 4. Antagonis kalsium adalah golongan obat antihipertensi, yang paling banyak digunakan. Golongan obat ini bukanlah lini pertama dalam pengobatan hipertensi, tetapi merupakan obat antihipertensi yang efektif. Antagonis kalsium mempunyai indikasi khusus untuk pasien yang beresiko tinggi penyakit koroner dan diabetes⁽¹⁷⁾. Karena penyakit-penyakit jantung sangat besar risikonya pada penderita diabetes, maka pencegahan komplikasi terhadap jantung sangat penting dilakukan, termasuk pengendalian tekanan darah. Penderita diabetes sebaiknya selalu menjaga tekanan darahnya tidak lebih dari 130/80 mmHg.

Sementara itu, pada pasien DM tipe 2 dengan komplikasi obat non DM yang paling sering yaitu obat antihipertensi golongan antagonis angiotensin II dan antagonis kalsium terlihat pada Tabel 5. Antagonis angiotensin II adalah golongan obat antihipertensi. Seperti telah diketahui bahwa diabetes adalah penyakit kronis yang dapat menyebabkan komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler.

Walaupun komplikasi makrovaskuler dapat terjadi pada DM tipe 1, namun yang lebih sering merasakan

Tabel 5. Penggolongan obat non DM pada pasien DM dengan komplikasi.

No	Kelas Terapi	Jumlah	Persentase
1	Antagonis angiotensin II	29	20%
2	Antagonis kalsium	28	19%
3	Inhibitor ACE	16	11%
4	Vitamin B1 & kombinasi	13	9%
5	Anti-Gout	9	6%
	Total	94	65%

Tabel 6. Perbedaan HRQoL dengan karakteristik sosiodemografi pasien DM tipe 2.

Karakteristik pasien		Mean ± SD	P-value
Jenis kelamin	Laki-laki	83,48 ± 1,00	0,036 ^a
	Perempuan	85,72 ± 0,66	
Usia	45 – 54 tahun	85,79 ± 1,56	0,05 ^b
	55 – 64 tahun	84,27 ± 0,73	
	65 – 74 tahun	85,21 ± 1,21	
	≥ 75 tahun	82,56 ± 0,98	
	SLTP	81,95±8,10	
Pendidikan	SLTA	84,58±0,83	
Pekerjaan	Akademik/Sarjana	85,41± 0,71	0,13 ^a
	Tidak Bekerja	84,56±0,62	
Penghasilan	Bekerja	86,65±1,46	0,37 ^c
	Tidak Berpenghasilan	83,86±1,15	
	Rp. < 1juta	85,33±0,64	
	Rp. 1 - < 3 juta	85,18 ± 2,19	
Lama menderita	1 – 5 tahun	85,27± 0,63	0,23 ^b
	6 – 10 tahun	81,75 ±1,44	
	> 10 tahun	84,06± 1,35	

Keterangan: a : Uji hipotesa menggunakan Mann Witney (U test); b: Uji hipotesa menggunakan Kruskal Wallis; c: Uji menggunakan One Way Anova

komplikasi makrovaskular ini adalah penderita DM tipe 2 yang umumnya menderita hipertensi. Antagonis angiotensin II adalah golongan obat antihipertensi yang memiliki efek samping paling rendah di antara obat antihipertensi lainnya. Studi menunjukkan kalau golongan antagonis angiotensin II ini mengurangi berlanjutnya kerusakan organ target jangka panjang pada pasien-pasien dengan hipertensi dan indikasi khusus lainnya, maka golongan ini lebih banyak dipilih pada pasien DM tipe 2 dengan komplikasi^(16,17).

HRQoL. HRQoL adalah parameter yang digunakan untuk menilai hasil terapi pasien DM tipe 2 setelah menjalani pengobatan. Penentuan skor HRQoL dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada pasien. Kuesioner yang disebarkan adalah kuesioner yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Kuesioner terdiri atas 8 domain meliputi domain fungsi fisik, energy, tekanan kesehatan, kesehatan mental, kepuasan, kepuasan pengobatan, efek pengobatan, dan frekuensi gejala penyakit. Pada penelitian ini, total sampel seharusnya 103 pasien namun 2 orang pasien tidak ikut dalam penelitian ini dikarenakan meninggal sebelum sempat dilakukan wawancara kuesioner. Kualitas hidup pasien disebut baik apabila memiliki nilai skor HRQoL ≥ 80 dan

disebut kurang baik apabila nilai skornya < 80 .

Analisa Deskriptif dan Statistik Perbedaan HRQoL dengan Karakteristik Sosiodemografi.

Karakteristik sosiodemografi meliputi: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan lama menderita DM. Tabel 6 menunjukkan bahwa rata-rata skor HRQoL pasien rawat jalan DM tipe 2 berdasarkan karakteristik sosiodemografi yaitu ≥ 80 . Hasil ini menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien pada era JKN memiliki kualitas hidup baik. Hasil berbeda ditunjukkan oleh salah satu studi untuk menilai kualitas hidup pasien rawat jalan DM tipe 2 pada salah satu RS tipe A di Jakarta, nilai HRQoL < 80 ⁽¹⁸⁾. Hal ini dapat disebabkan oleh pasien yang dirujuk ke RS tipe A adalah pasien dengan kompleksitas penyakit lebih tinggi dan pasien yang tidak bisa diterapi pada RS tipe B.

Selanjutnya, berdasarkan analisa statistik perbedaan skor HRQoL antara karakteristik sosiodemografi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor HRQoL secara signifikan ($P < 0,05$) pada karakteristik jenis kelamin dengan tingkat usia. Pasien dengan jenis kelamin laki-laki memiliki kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan pasien perempuan. Sementara itu pasien dengan usia

yang lebih tua memiliki kualitas hidup semakin rendah yang ditunjukkan oleh skor HRQoL yang semakin rendah. Hasil yang berbeda dilaporkan oleh Restinia *et al* dimana nilai HRQoL berbeda signifikan ($P=0,019$) berdasarkan tingkat pendidikan, pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki nilai HRQoL lebih tinggi⁽¹⁸⁾.

Analisis secara deskriptif dapat dilihat bahwa pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir seseorang dalam memandang kondisi kesehatannya. Sementara itu pasien yang tidak berpenghasilan memiliki kualitas hidup paling rendah karena tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dalam rangka menunjang kesembuhannya. Berdasarkan lamanya pasien menderita diabetes melitus, pasien dengan waktu yang paling singkat memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien dengan riwayat penyakit DM sejak 6-10 tahun. Hal ini disebabkan oleh semakin lama seorang memiliki riwayat DM, maka resiko terjadinya komplikasi semakin tinggi sehingga kualitas hidup juga akan menurun.

SIMPULAN

Pada awal pelaksanaan JKN, terdapat penurunan jumlah kunjungan pasien dan jumlah obat per pasien pada pasien DM dengan komplikasi dan tanpa komplikasi. Persentase obat non DM yang diresepkan lebih banyak dibandingkan dengan obat DM. Obat non DM yang paling sering diresepkan yaitu golongan antagonis angiotensin II dan antagonis kalsium. Sulfonilurea dan human insulin adalah obat DM yang sering digunakan. Berdasarkan skor HRQoL, pasien memiliki kualitas hidup yang baik pada era JKN.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti berterima kasih kepada Fakultas Farmasi Universitas Pancasila atas pendanaan penelitian yang diberikan melalui Program Insentif Fakultas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
2. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
3. Republik Indonesia. Peraturan Presiden No. 12 Pasal 39 ayat 3 tahun 2013. Jaminan kesehatan. Jakarta: Presiden RI. Jakarta.
4. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111. Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan. Jakarta: Presiden RI. Jakarta.
5. Frost, S. Market trends: impact of Indonesia's national healthcare scheme. Evelyn Ave. Suite 100 Mountain View, CA 94041: 2015.
6. TNP2K (Anggriani Y, Soewondo P, Langenbrunner J, Frisdiantiny E). Trends on pharmaceutical spending under JKN. Kementrian Sekretariat Negara RI Sekretariat Wakil Presiden. Jakarta. 2014.
7. Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, Avila-Burgos L, Wirtz VJ. Access to medicine by Seguro Popular beneficiaries: pending task toward universal health coverage. PloS ONE; 2015.10(9).
8. World Health Organization. Neuropati diabetik menyerang lebih dari 50% penderita diabetes. WHO; 2010. Diakses melalui www.pdpersi.co.id.
9. Republik Indonesia, 2004. Pedoman pelayanan farmasi (tata laksana terapi obat) untuk pasien geriatri. Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan RI. Jakarta.
10. Mayasari L. Wanita menopause lebih beresiko diabetes melitus. 2012. <http://www.health.detik.com/read/2012/12/27/18311/2128250/763/wanita-menopause-lebih-beresiko-diabetes>.
11. Restinia M, Anggriani Y, Purwanggana A, Meryta A, Pontoan J, Kusumaeni T, Sabirin BP, & Asnanik Y. The impact of universal health coverage in Indonesia on clinical outcomes among type 2 diabetes mellitus patients. Poster was presented in The 26th FAPA Congress Bangkok. 2016.
12. Surat edaran direktur pelayanan BPJS Kesehatan No.0172/III.2/0114 tanggal 9 Januari 2014 tentang program rujuk balik untuk pasien DM dan hipertensi yang sudah dianggap stabil, tidak mengambil obat di RS tetapi di apotek terdekat yang melayani program rujuk balik.
13. Restinia M, Anggriani Y, Kusumaeni T, & Meryta A. Profil pengobatan pasien rawat jalan DM tipe 2 setelah pelaksanaan JKN. JIFI. 2015.13(1):63-8.
14. Lanting LC, Joung IMA, Mackenbach JP, Lamberts SWJ, Bootsma AH. Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients. A review. 2005. 28(9):2280-8.
15. Soegondo S, Rudianto A, Manaf A, Subekti I, Pronoto A, Arsana MP, Permana. Pharmaceutical sciences. India: Saurashtra University; 2010.9(1). Issue-3. Rajkot-360005.
16. Adisasmito W. Sistem Kesehatan. Jakarta ; Jasa Grafindo Persada. 2007.
17. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pharmaceutical care untuk penyakit hipertensi, Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, DITJEN Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. 2006.

18. Restinia M, Anggriani Y, Kusumaeni T, & Meryta A. Sociodemographic characteristic and health related quality of life in outpatients of type 2 diabetes mellitus under JKN. JSFK.2016;3(1): 91-8.