

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima Kabupaten Fak Fak Papua Barat. Pada Kelompok perlakuan yang dilakukan di puskesmas Fak Fak, berdasarkan rekam medis di dapatkan jumlah pasien DM Tipe 2 bulan januari - juli tahun 2014 yaitu 31 pasien. Dari hasil survey hanya 15 pasien yang masuk dalam kriteria inklusi.

Pada kelompok kontrol dilakukan di Balai Pengobatan Fatima kabupaten Fak Fak Papua Barat. Berdasarkan rekam medis periode yang sama seperti kelompok perlakuan didapatkan jumlah pasien DM tipe 2 sebanyak 33 pasien dan dari hasil survey hanya 15 pasien yang masuk dalam kriteria inklusi.

Sebelum dilakukan intervensi kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol akan dilakukan pengukuran kualitas hidup (*pre-test*). Selanjutnya kelompok intervensi akan dilakukan *sistem collaborative care* selama 1 bulan meliputi kegiatan penyuluhan oleh dokter puskesmas, pengaturan diet, senam kaki diabetes, senam diabetes, konseling obat oleh apoteker dan kontrol rutin. Kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan yang sama seperti

kelompok intervensi. Setelah itu, dilakukan kembali pengukuran kualitas hidup (*post-test*) pada kedua kelompok.

Hasil data pengukuran kualitas hidup diolah dan ditampilkan dalam bentuk tabel. Data antar variabel dianalisis menggunakan uji parametrik dengan *paired sample t-test* dan *independent sample t-test* dikarenakan data berdistribusi normal dan menggunakan uji non parametrik dengan menggunakan *Mann Whitney* dan *Wilcoxon* jika distribusi data tidak normal.

2. Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien dalam penelitian ini diambil sebanyak 15 pasien untuk masing – masing kelompok (intervensi dan kontrol) yang telah memenuhi kriteria inklusi dan bersedia untuk menjadi responden. Hasil karakteristik pasien dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik pasien pada kedua kelompok

Karakteristik responden	Intervensi		Kontrol		Value
	N	%	N	%	
Jenis kelamin					
Pria	7	46,7	4	26,7	0,876
Wanita	8	53,3	11	73,3	
Usia					
< 40 Tahun	1	6,7	1	6,7	0,108
40 – 60 Tahun	12	80	9	60	
>60 Tahun	2	13,3	5	33,3	
Pendidikan					
Sekolah dasar	3	13,3	2	13,3	0,771
Sekolah menengah pertama	1	6,7	1	6,7	
Sekolah menengah atas	4	26,7	7	46,7	
Sarjana	7	46,7	5	33,3	
Pekerjaan					
Tidak bekerja	5	33,3	9	60	0,906
Wiraswasta	5	33,3	2	13,3	
Pns	4	26,7	2	13,3	
Tni/Polri	1	6,7	2	13,3	

3. Rerata Skor Kualitas Hidup

Rerata skor kualitas hidup *pre-test* dan *post-test* kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 4.2 dan rerata skor kualitas hidup *pre-test* dan *post-test* kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.2 Rerata skor kualitas hidup *pre test* dan *post test* kelompok intervensi

	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
rerata skor kualitas hidup	60,05 ± 11,778	63,53 ± 6,880

Tabel 4.3 Rerata skor kualitas hidup *pre-test* dan *post-test* kelompok kontrol

	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
rerata skor kualitas hidup	61,63 ± 8,607	61,20 ± 7,957

Pada Tabel 4.3 menunjukkan rerata skor kualitas hidup kelompok kontrol, pada saat pertama dilakukan penilaian kualitas hidup didapatkan rerata skor sebesar 61,63 ± 8,607 sedangkan skor kualitas hidup yang dilakukan setelah sebulan didapatkan rerata skor sebesar 61,20 ± 7,957. Secara matematis terdapat penurunan skor kualitas hidup pada *post-test* jika dibandingkan dengan skor kualitas hidup *pre-test*. Berbeda dengan kelompok kontrol, pada kelompok intervensi (tabel 4.2) terdapat peningkatan rerata skor kualitas hidup setelah dilakukan intervensi yaitu sebesar 63,53 ± 6,880.

4. Perbandingan *Pre-test* Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 4.4 Perbandingan rerata *pre-test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Kelompok	Mean <i>Pre Test</i>	P
Intervensi	60.05 ± 11.778	0,819
Kontrol	61.63 ± 8.607	

Tabel 4.4 menunjukkan perbandingan rerata *pre-test* pada kedua kelompok. Dengan uji normalitas *Shapiro-Wilk* didapatkan $p = 0,023$ ($< 0,05$) pada kelompok eksperimen dan $p = 0,380$ ($p > 0,05$) pada kelompok kontrol. Karena pada kelompok intervensi menunjukkan distribusi yang tidak normal ($p < 0,05$), maka secara keseluruhan dianggap distribusinya tidak normal. Oleh karena itu, untuk pengambilan keputusan menggunakan uji hipotesis *Mann Whitney* dan didapatkan hasil $p = 0,819$ ($p > 0,0$). Karena nilai p lebih dari $0,05$ maka dapat diambil kesimpulan bahwa rerata *pre-test* kedua kelompok adalah sama, yang artinya tidak terdapat perbedaan dari rerata *pre-test* kedua kelompok.

5. Perbandingan *System collaborative care* terhadap Rerata *Post-test* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 4.5 Pengaruh *system collaborative care* terhadap rerata *post-test* pada kedua kelompok

Kelompok	Mean <i>Post Test</i>	P
Intervensi	63,53 ± 6,880	0,398
Kontrol	61,20 ± 7,957	

Uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk* pada data diatas, didapatkan bahwa kedua kelompok mempunyai nilai p lebih dari $0,05$

yaitu 0,627 untuk kelompok intervensi dan 0,662 untuk kelompok kontrol sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa kedua kelompok memiliki distribusi data yang normal. Oleh karena itu, untuk pengambilan keputusan menggunakan uji hipotesis *Independent sample t test* dan didapatkan nilai $p = 0,398$ ($p > 0,05$). Karena nilai $p > 0,05$ maka dapat diambil kesimpulan bahwa tidak didapatkan perbedaan rerata *post-test* pada kelompok intervensi maupun kontrol.

6. Pengaruh *System Collaborative Care* terhadap Rerata *Pre-test* dan *Post-test* Kelompok Intervensi

Tabel 4.6 Pengaruh *system collaborative care* terhadap rerata *pre-test* dan *post-test* kelompok intervensi

Tes	Mean Kelompok Intervensi	P
<i>Pre-test</i>	60,05 ± 11,778	0,367
<i>Post-test</i>	63,53 ± 6,880	

Uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk* pada data diatas, didapatkan pada kelompok intervensi mempunyai $p = 0,023$ ($p < 0,05$) pada *pre-test* dan $p = 0,627$ ($p > 0,05$) pada *post-test*. Karena pada *pre-test* menunjukkan distribusi yang tidak normal, maka secara keseluruhan dianggap distribusinya tidak normal. Uji hipotesis yang dilakukan selanjutnya adalah *Wilcoxon test*. Pada uji hipotesis tersebut didapatkan $p = 0,367$ ($p < 0,05$). Sehingga diperoleh kesimpulan bahwa pada kelompok intervensi memiliki rerata *pre-test* yang sama dengan rerata *pos-test*.

7. Rerata *Pre-test* dan *Post-test* Kelompok Kontrol**Tabel 4.7** Rerata *pre-test* dan *post-test* kelompok kontrol

Tes	Mean Kelompok Kontrol	P
<i>Pre-test</i>	61,63 ± 8,607	0,334
<i>Post-test</i>	61,20 ± 7,957	

Uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk* menunjukkan distribusi yang normal yaitu $p = 0,380$ ($> 0,05$) pada *pre-test* dan $p = 0,662$ ($p > 0,05$) pada *post-test*. Uji hipotesis yang dilakukan selanjutnya adalah *Paired sample t-test*. Pada uji hipotesis tersebut didapatkan $p = 0,334$ ($p > 0,05$). Sehingga diperoleh kesimpulan bahwa pada kelompok kontrol memiliki rerata *pre-test* yang sama dengan rerata *pos-test*.

8. Pengaruh *System Collaborative Care* terhadap Rerata Item Penilaian

Kualitas Hidup Kedua Kelompok

Tabel 4.8 Pengaruh *system collaborative care* terhadap rerata item penilaian kualitas hidup kedua kelompok

Whoqol Breef	Kelompok Intervensi (Rerata ± SD)	Kelompok Kontrol (Rerata ± SD)	P
Kesehatan Fisik			
- <i>Pre-test</i>	62,66 ± 12,021	60,46 ± 9,101	0,539
- Post Test	64,80 ± 6,940	60,40 ± 7,129	
- Δ Perubahan	2,13 ± 10,273	-,066 ± 4,043	
Psikologis			
- <i>Pre-test</i>	55,00 ± 12,112	57,20 ± 9,740	0,389
- Post Test	57,53 ± 6,512	57,13 ± 9,156	
- Δ Perubahan	2,53 ± 9,984	1,06 ± 3,348	
Hubungan Sosial			
- <i>Pre-test</i>	63,33 ± 17,364	64,20 ± 15,209	0,902
- Post Test	64,66 ± 12,743	63,80 ± 14,981	
- Δ Perubahan	1,26 ± 15,111	-,400 ± 2,746	
Lingkungan			
- <i>Pre-test</i>	59,20 ± 12,347	64,66 ± 10,991	0,008
- Post Test	67,20 ± 8,645	63,46 ± 11,268	
- Δ Perubahan	8,00 ± 12,552	-1,20 ± 4,056	

Pada tabel diatas menunjukkan hubungan *system collaborative care* terhadap rerata item penilaian kualitas hidup pada kedua kelompok. Terdapat 4 item penilaian kualitas hidup yaitu : Kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Untuk menguji normalitas digunakan *Shapiro –Wilk*, dari hasil uji normalitas didapatkan semua item penilaian kualitas hidup berdistribusi data tidak normal. Selanjutnya digunakan uji *Mann Whitney* untuk pengambilan keputusan. Uji hipotesis dilakukan pada item kesehatan fisik, psikologis dan hubungan sosial di dapatkan nilai p berturut – turut 0,539 , 0,389 dan 0,902 sehingga dengan kata lain $p > 0,05$ sedangkan pada item penilaian lingkungan didapatkan nilai p sebesar 0,08 ($p < 0,05$). Maka dapat disimpulkan bahwa pada kedua kelompok memiliki rerata item penilaian kesehatan fisik, psikologis dan hubungan sosial yang sama antara *pre-test* dan *post-tes*. Sedangkan, pada item penilaian lingkungan memiliki perubahan yang signifikan antara *pre-test* dan *post-test* dari kedua kelompok.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Pasien

a. Karakteristik Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima Berdasarkan Jenis Kelamin

Proporsi jenis kelamin yang paling banyak adalah wanita sebanyak 19 pasien, 8 pasien pada kelompok kontrol dan 11 pasien pada kelompok intervensi. Secara keseluruhan didapatkan wanita lebih banyak.

Menurut Irawan (2010), perempuan lebih berisiko terkena DM karena secara fisik perempuan memiliki peluang peningkatan indeks massa tubuh yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan (*premenstrual syndrome*), pasca-menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga perempuan berisiko menderita DM tipe 2.

b. Karakteristik Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima Berdasarkan Usia

Prevalensi usia, persentase tertinggi pada usia antara 40 – 60 tahun. Biasanya setelah usia 30 tahun keatas orang akan cenderung terkena diabetes mellitus khususnya DM tipe 2. Hal ini sesuai dengan pendapat Mihardja (2003) bahwa prevalensi pasien DM cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, hal ini disebabkan karena semakin bertambahnya usia, maka fungsi dari pankreas dan sekresi insulin akan berkurang. Selain itu hal ini berkaitan dengan adanya resistensi insulin akibat dari berkurangnya massa otot dan perubahan vascular, berkurangnya aktivitas fisik, sehingga rentan terhadap berat badan berlebih bahkan obesitas (Misnadiarly, 2006). Orang – orang yang memiliki kelebihan berat badan dapat menjadi faktor resiko terjadinya diabetes mellitus tipe 2 (Sidartawan, 1998).

c. Karakteristik Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima Berdasarkan Pendidikan

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden latar belakang pendidikan sarjana yaitu sebanyak 7 pasien pada kelompok kontrol dan 5 pasien pada kelompok intervensi.

Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh terhadap kejadian DM tipe 2. Orang dengan tingkat pendidikan yang tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (Irawan, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Yusra (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang untuk mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya.

d. Karakteristik Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pekerjaan terbanyak yang dimiliki oleh penderita DM tipe 2 yaitu tidak bekerja masing – masing 5 pasien pada kelompok intervensi dan 9 pasien pada kelompok kontrol.

Jenis pekerjaan juga erat kaitannya dengan kejadian DM. Pekerjaan seseorang mempengaruhi tingkat aktivitas fisiknya, karena aktifitas fisik dapat mengontrol gula darah. Aktifitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM (Kemenkes, 2010).

Dalam hasil penelitian ini, pekerjaan terbanyak yang dimiliki responden yaitu tidak bekerja. Menurut Sukardji (2009), tidak bekerja termasuk dalam aktivitas ringan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sujaya (2009), bahwa orang yang aktivitas fisiknya ringan memiliki risiko 4,36 kali lebih besar untuk menderita DM tipe 2 dibandingkan dengan orang yang memiliki aktivitas yang sedang dan berat.

2. Analisis Pengaruh *System Collaborative Care* terhadap Kualitas Hidup

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *system collaborative care* terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Subjek penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang rutin kontrol di Puskesmas Kabupaten Fak Fak dan Balai Pengobatan Fatima. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi terdapat 15 pasien untuk kelompok kontrol dan 15 pasien lainnya untuk kelompok intervensi. Karakteristik pasien didapatkan melalui pengisian kuisener. Hasil

karakteristik pasien menunjukkan keseragaman antara jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan.

Sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi dilakukan terlebih dahulu penilaian kualitas hidup pasien pada kedua kelompok, dari hasil perbandingan rerata *pre-test* kedua kelompok didapatkan nilai $p = 0,819$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa kondisi kualitas hidup pasien awal kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah sama pada saat pelaksanaan *pre-test*.

Tahap selanjutnya setelah dilakukan *pre-test* pada kelompok intervensi diberikan perlakuan berupa *system collaborative care* yang dilakukan oleh dokter, apoteker dan perawat. Perlakuan yang diberikan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien berupa kontrol rutin oleh dokter, penyuluhan, konseling obat, senam diabetes dan senam kaki diabetes. Menurut *Public Health Agency of Canada* tahun 2011, menjelaskan bahwa berbagai perubahan yang terjadi pada aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan mempengaruhi kualitas hidup penderita DM. Kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, kondisi kesehatan fisik, keadaan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Kondisi fisik menjadi faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Semakin banyak keluhan yang dirasakan penderita DM semakin membuat rasa tidak nyaman dalam melakukan aktivitasnya sehari –

hari. Terkadang dengan kondisi fisik yang menurun membuat kondisi psikologis pasien pun ikut terganggu. Selain itu, Kondisi kesehatan secara fisik seperti komplikasi dan pengelolaan diabetes mellitus tipe 2 yang harus dilakukan secara konstan dapat menyebabkan perubahan psikologis pada penderita seperti mudah cemas, putus asa dan lebih sering mengeluh dengan permasalahan kesehatannya (Burrot & Bush, 2008). Hubungan sosial dan lingkungan juga ikut andil mempengaruhi kualitas hidup pasien. Menurut WHO (1998), perubahan dalam aspek lingkungan dapat terlihat yaitu dari kebutuhan keuangan dan penurunan dalam kegiatan rekreasi. Hal ini dapat menimbulkan masalah pada psikologis pasien, selain itu stigmatisasi dan isolasi dalam kelompok sosialnya dapat membuat pasien jatuh dalam sebuah kecemasan dan kekhawatiran yang luar biasa yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup pasien DM (Boyd,2011). Oleh karena ke empat aspek tersebut sangatlah mempengaruhi kondisi kualitas hidup pasien DM tipe 2, maka diberikanlah perlakuan berupa *system collaborative care*.

System Collaborative care merupakan sebuah sistem perawatan yang dilakukan secara kolaborasi oleh tenaga kesehatan, dalam penelitian ini melibatkan dokter, apoteker dan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. *System collaborative care* menerapkan beberapa penekanan perawatan pasien DM yaitu kesehatan fisik berupa kontrol rutin minimal seminggu sekali, senam kaki diabetes dan senam diabetes yang diberikan oleh dokter dan

perawat. Selain dari segi fisik, didalam *system collaborative care* juga memberikan edukasi kepada pasien mengenai diet, olahraga serta konseling obat yang cocok bergantung kondisi masing- masing penderita sehingga hal ini merupakan aktualisasi dari hubungan sosial diabetisi. Selain itu, dengan dilakukan *system collaborative care* pasien akan bertemu dengan penderita DM lainnya dalam kegiatan penyuluhan yang didalamnya terdapat diskusi kecil antara sesama penderita mengenai kondisi mereka masing - masing, hal ini memberikan efek psikologi yang baik dimana penderita bisa saling berinteraksi dan memberi dukungan satu sama lain. Hal ini didukung dengan adanya penelitian oleh Karina (2013) mengenai *Self Help Group* yang menjelaskan bahwa dengan adanya kelompok diskusi antar sesama penderita dapat meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Intervensi berupa *system collaborative care* diberikan selama 1 bulan. Setelah itu dilakukan *post-test* pada kedua kelompok untuk menilai apakah kualitas hidup pasien mengalami peningkatan yang signifikan. Peningkatan kualitas hidup pada penelitian ini dinilai dengan membandingkan rerata *pre-test* dengan *post-test* pada masing – masing kelompok dan membandingkan rerata *post-test* pada kedua kelompok.

Tabel 4.8 menunjukkan rerata *pre-test* dan *post-test* dari item penilaian kualitas hidup kedua kelompok. Dari hasil uji hipotesis didapatkan nilai p dari rerata perubahan item penilaian keadaan fisik p

= 0,539 psikologis $p = 0,389$ dan hubungan sosial $p = 0,902$ serta lingkungan $p = 0,008$. Maka dapat disimpulkan bahwa pada item penilaian kondisi fisik, hubungan sosial dan psikologis tidak mengalami perubahan kualitas hidup yang bermakna. Berbeda dengan item penilaian lingkungan yang mengalami perubahan kualitas hidup yang bermakna. Item penilaian lingkungan terdiri atas beberapa pertanyaan yang terkandung dalam kuisioner WHOQOL BREF pada nomor pertanyaan 8,9,12,13,14,23,24, dan 25 antara lain :

- Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?
- Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal? (berkaitan dengan sarana dan prasarana)
- Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?
- Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari ?
- Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang /rekrasi?
- Seberapa puasah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?
- Seberapa puasah anda dengan akses pada layanan kesehatan?
- Seberapa puasah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?

Dari Pertanyaan – pertanyaan diatas dapat disimpulkan bahwa dengan adanya *system collaborative care* pasien mendapat banyak informasi mengenai kondisi penyakitnya, selain itu pasien merasa puas dengan akses pelayanan

kesehatan sehingga secara tidak langsung mengurangi pengeluaran untuk pengobatan, dan pada akhirnya pasien bisa membiasakan diri untuk berinteraksi dengan lingkungan luar dengan melakukan rekreasi. Hal – hal diatas tersebut memberikan efek ppeningkatan kualitas hidup berdasarkan item penilaian lingkungan.

Pada tabel 4.6 dan 4.7 menunjukkan rerata *pre-test* dan *post-test* pada kedua kelompok tidak memberikan perbedaan yang bermakna. Pada kelompok intervensi didapatkan nilai $p = 0,367$ ($p > 0,05$) sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,334$ ($p > 0,05$). Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa pada kedua kelompok tidak ada perbedaan yang signifikan antara *pre-test* dan *post-test*.

Pada tabel 4.5 menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna. Karena uji normalitas didapatkan distribusi data tidak normal, maka uji hipotesis yang digunakan untuk menilai rerata kualitas hidup setelah dilakukan perlakuan pada kedua kelompok menggunakan uji *mann whitney*. Hasilnya didapatkan nilai $p = 0,398$ ($p > 0,05$). Karena nilai $p > 0,05$ maka pada kelompok intervensi maupun kontrol tidak terdapat perbedaan rerata *post-test* yang bermakna. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa *system collaborative care* secara statistika tidak bermakna dalam meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2. Kesimpulan tersebut tidak sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh WHO (2010), yaitu manfaat dari *collaborative care* dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat dirumah sakit, ketegangan dan konflik diantara tenaga kesehatan, mengurasi durasi

pengobatan, mengurangi kunjungan rawat jalan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain itu, berdasarkan penelitian Riley et al (2009) *system collaborative care* di pusat pelayanan kesehatan primer dapat memberikan pengelolaan pasien DM dan berada pada posisi yang baik untuk menyediakan pelayanan yang terintegrasi dalam meningkatkan kondisi fisik dan mental pasien.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian hasil penelitian yang sudah dilakukan dengan teori tersebut. Pertama adalah adanya keterbatasan waktu untuk digunakan dalam memberikan perlakuan pada kelompok intervensi, yaitu perlakuan hanya selama 1 bulan. Katon (2010) menyatakan bahwa *system collaborative care* memberikan hasil yang baik terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus. Namun penelitian ini, perlakuan diberikan selama 1 tahun. Oleh karena itu pada penelitian ini, perubahan kualitas hidup dalam satu bulan secara statistika tidak mengalami perubahan yang bermakna.

Selain waktu, faktor kedua yang melatarbelakangi mengapa hasil penelitian yang diperoleh tidak sesuai dengan teori adalah adanya faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup pasien yaitu dukungan keluarga. Yusra (2011) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup. Dukungan keluarga dapat berbentuk dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi. Pada penelitian ini, keluarga pasien belum dilibatkan untuk mengetahui kondisi pasien dan bagaimana peran keluarga untuk mendukung proses pengobatan pasien, sehingga hasil dari

kualitas hidup pasien secara statistika tidak mengalami perubahan secara bermakna.

Adapun faktor lainnya yaitu kepatuhan pasien dalam meminum obat dan diit. Pada penelitian ini, walaupun dilakukan follow up pasien dalam waktu 3 hari seminggu kerumah pasien, namun tidak bisa dipungkiri bahwa peneliti tidak bisa memastikan apakah pasien secara rutin meminum obat sesuai dengan yang telah dikonselingkan oleh farmasis dan melakukan diit yang telah diberikan oleh perawat. Padahal kepatuhan dalam meminum obat dan pengaturan diit juga ikut andil dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien (Handoko,2014).

Kesimpulan yang dapat ditarik dari pembahasan diatas adalah *system collaborative care* secara statistika tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah :

1. Waktu penelitian yang singkat yaitu 1 bulan, sehingga berimbas pada jumlah sampel yang minimum, dan perubahan kualitas hidup yang tidak signifikan
2. Kurangnya kesiapan tenaga kesehatan untuk melakukan sistem *collaborative care* terutama dalam penyediaan tenaga kesehatan seperti psychiater / psikolog.
3. Terdapat banyak faktor perancu pada penelitian ini