

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAKUPAN
KEPESERTAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT
KRONIS (PROLANIS) BAGI PASIEN DM TIPE 2 DAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS BANDONGAN**

SKRIPSI



DYAN RETNO LESTARI

14.0603.0016

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAKUPAN
KEPESERTAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT
KRONIS (PROLANIS) BAGI PASIEN DM TIPE 2 DAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS BANDONGAN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



DYAN RETNO LESTARI

14.0603.0016

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAKUPAN
KEPESERTAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT
KRONIS (PROLANIS) BAGI PASIEN DM TIPE 2 DAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS BANDONGAN**

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi
Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 14 Agustus 2018

Pembimbing I

Ns. Sodik Kamal., M.Sc

NIDN: 0610128001

Pembimbing II

Ns. Sigit Priyanto., M.Kep

NIDN: 0611127601

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Dyan Retno Lestari
NPM : 14.0603.0016
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Cakupan
Kepesertaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis
(Prolanis) Bagi Pasien DM Tipe 2 dan Hipertensi di
Puskesmas Bandongan

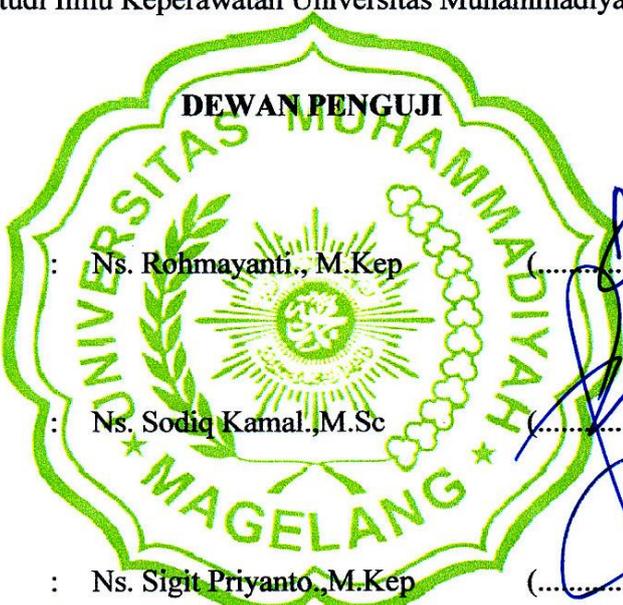
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Rohmayanti, M.Kep (.....) 

Penguji II : Ns. Sodik Kamal, M.Sc (.....) 

Penguji III : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....) 



Ditetapkan di : Magelang
Tanggal : 14 Agustus 2018

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala risiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Dyan Retno Lestari
NPM : 14.0603.0016
Tanggal : 14 Agustus 2018


Dyan Retno Lestari
14.0603.0016

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dyan Retno Lestari
NPM : 14.0603.0016
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non Exclusive-Royalty-Fee Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Faktor-Faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) bagi pasien DM Tipe 2 dan hipertensi di Puskesmas Bandongan beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Magelang

Pada tanggal: 14 Agustus 2018

Yang menyatakan

A 6000 Rupiah postage stamp with a signature over it. The stamp is yellow and green, featuring the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPEL', 'TGL. 20', 'E69AEF914227962', '6000', and 'ENAM RIBURUPIAH'.

(Dyan Retno Lestari)

14.0603.0016

Nama : Dyan Retno Lestari
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Cakupan Kepesertaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Bagi Pasien DM Tipe 2 dan Hipertensi di Puskesmas Bandongan

Abstrak

Latar Belakang: angka kematian penyakit tidak menular diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi meningkat dari tahun 1995 (41,7%), tahun 2007 (59,5%), menjadi 69,6% di tahun 2013 (Riskesmas, 2013). BPJS Kesehatan memiliki program pengendalian penyakit kronis berbentuk Prolanis untuk menanggulangi beban penyakit tersebut (BPJS Kesehatan, 2014). Di Puskesmas Bandongan angka kepesertaan prolanis masih rendah (9,67). **Tujuan:** untuk mengetahui faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan. **Metode:** penelitian ini adalah penelitian kuantitatif desain deskriptif korelasi *cross sectional*. Populasi sejumlah 300 kasus dan diambil sampel 180 responden dengan teknik *random stratified sampling*. Alat pengumpulan data berupa rekam medis dan kuesioner dengan uji *Spearman-Rho*. **Hasil:** terdapat hubungan signifikan antara faktor internal (usia, pendidikan, lama sakit, jenis jaminan kesehatan yang diikuti, penghasilan, pengetahuan, sikap) dan faktor eksternal (geografis, transportasi, dukungan keluarga, dan informasi) terhadap cakupan kepesertaan Prolanis. Faktor yang tidak berhubungan dan pengaruh adalah jenis kelamin dan pekerjaan. **Simpulan:** Cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan masuk kategori rendah dan faktor yang memiliki hubungan pengaruh palingan kuat adalah informasi. Sehingga perlu meningkatkan cakupan kepesertaan Prolanis, sosialisasi Prolanis ke masyarakat, kerjasama lintas sektor, dan pengeluaran kebijakan terkait Prolanis oleh BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: cakupan kepesertaan Prolanis, internal faktor, eksternal faktor, diabetes melitus tipe 2, Hipertensi

Name : Dyan Retno Lestari
Study Program : Bachelor of Nursing
Judul Skripsi : The Affecting Factors Membership Coverage of Program
Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) for type 2
Diabetes Mellitus and Hypertension Sufferers at
Puskesmas Bandongan

Abstract

Background: non-infectious disease mortality number of diabetes mellitus type 2 and hypertension increased from 1995 (41.7%), 2007 (59.5%), to 69.6% in 2013 (Risikesdas, 2013). BPJS Kesehatan has a program of chronic disease control in the form of Prolanis to cope with the burden of the disease (BPJS Kesehatan, 2014). In Puskesmas Bandongan, the coverage of Prolanis membership is still low (9,67%). **Objective:** to know internal and external factors affecting coverage of Prolanis membership at Puskesmas Bandongan. **Methods:** This research was a quantitative research with descriptive correlation cross sectional design. The population were 300 cases, sample used was 180 respondents with random stratified sampling technique. The data collection tool used medical records and questionnaires with Spearman-Rho test. **Results:** There was a significant relationship between internal factors (age, education, duration of illness, type of health insurance followed, income, and attitudes) and external factors (geographic, transportation, family support, and information) to coverage of Prolanis membership. Unrelated factors that had no effect were gender and work. **Conclusion:** The coverage of Prolanis membership at the Puskesmas Bandongan is low category and the strongest factors is information. So that It's needs to increase the coverage of Prolanis membership, Prolanis socialization to the community, cross-sectoral cooperation and Prolanis-related policy expenditure by BPJS Kesehatan.

Keywords: coverage of Prolanis membership, internal factors, external factors, diabetes mellitus type 2, hypertension.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Mikir sing apik-apik, jangan suka berasumsi, jangan ngikutin standart hidup orang lain, ora kepo, dan woles (Dyan Retno Lestari)

Bismillahirrohmanirrohim

“Tidak ada usaha yang sia-sia selagi ada niat kebaikan”

Saya persembahkan skripsi ini sebagai karya cipta saya yang pertama untuk:

Bapak dan Ibu tercinta

Bapak Mat Sodiq terima kasih atas limpahan do'a, kasih sayang, motivasi, nasehat yang ingin melihat anaknya berhasil menempuh dan menyelesaikan gelar Sarjana, sampai mengorbankan kebersamaan keluarga dengan bekerja diluar kota sejak saya kecil hingga sekarang ini beliau bekerja keras menjadi karyawan swasta.

Ibu Kamilatun, terima kasih atas limpahan doa dan kasih sayang yang tak terhingga, selalu memberikan yang terbaik, memotivasi, berjuang mendampingi saat penelitian, mengorbankan waktu, tenaga untuk putrimu ini. Menjadi sandaran segala keluh dan kesah, berdo'a sepanjang waktu demi ingin melihat anaknya berhasil menempuh dan menyelesaikan gelar Sarjana.

Saudara kandungku

Sambita Dwi Indah Sulistiyawati, adikku tersayang yang selalu memberikan pengertian dan sama-sama berjuang lulus dan akhirnya kita lulus sama-sama meskipun susah kalau disuruh belajar sampai Ujian Nasional, sering kali mengganggu saya saat menyusun skripsi ini dan tidak jarang kita adu argumentasi.

Serta semua teman-teman saya satu angkatan S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2014, teman seperjuangan, terima kasih atas kenangan yang sudah kita ukir bersama suka dan duka selama 4 tahun berproses.

Semoga Allah SWT membalas jasa budi kalian dikemudian hari, diberikan kemudahan dalam setiap jalan yang kalian tempuh serta diberikan kesempatan untuk bertemu kembali

Aamiin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul: “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Cakupan Kepesertaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) bagi Pasien DM Tipe 2 dan Hipertensi di Puskesmas Bandongan” dengan baik dan lancar. Skripsi ini disusun dan dibuat sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis menyadari bahwa ini bukan tujuan akhir dari proses belajar karena pembelajaran merupakan sesuatu yang tidak terbatas.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak maka sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Universitas Muhammadiyah Magelang sebagai kampus tercinta.
2. Puguh Widiyanto, S.Kp., M. Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Sigit Priyanto., M. Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, sekaligus sebagai dosen pembimbing II dan penguji III yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam skripsi.
4. Ns. Sodik Kamal., M. Sc., selaku dosen pembimbing I dan penguji II yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan, dan saran dalam skripsi.
5. Ns. Rohmayanti., M. Kep selaku dosen penguji I yang bersedia memberikan arahan dan saran dalam skripsi saya.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang yang telah memberikan izin dalam penelitian.

7. Kepala BPJS Kesehatan Magelang yang memberikan informasi dan izin penelitian terkait Prolanis.
8. Kepala Kesbangpol Kabupaten Magelang yang mendukung dan memberikan rekomendasi penelitian dilakukan.
9. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Magelang yang telah memberikan izin penelitian.
10. Kepala Puskesmas Windusari yang telah memberikan izin penelitian dan pengambilan data responden untuk dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner.
11. Kepala Puskesmas Bandongan yang telah memberikan izin penelitian dan pengambilan data responden.
12. Seluruh dosen dan karyawan staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
13. Bapak, Ibu, Adik, dan keluarga besar saya yang selalu memberikan dukungan serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
14. Teman – teman Program Studi S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2014 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang memberikan motivasi dan bantuan selama ini.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan selama penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan, baik dalam tata bahasa ataupun tata cara penyajiannya. Oleh karena itu, saran dan masukan yang bersifat membangun diharapkan untuk melengkapi skripsi ini.

Magelang, 14 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam	i
Halaman Persetujuan Pembimbing	ii
Halaman Pengesahan Penguji	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iv
Halaman Persetujuan Publikasi.....	v
Abstrak	vi
Halaman Persembahan	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SKEMA.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penulisan	7
1.4. Manfaat Penulisan	8
1.5. Lingkup Penelitian.....	9
1.6. Keaslian Penelitian	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Diabetes Mellitus	13
2.2. Hipertensi.....	23
2.3. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)	28
2.4. Prolanis bagi DM tipe 2 dan hipertensi	32

2.5. Faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis.....	33
2.6. Kerangka Teori	41
2.7. Hipotesis	42
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian.....	43
3.2 Kerangka Konsep.....	43
3.3 Definisi Operasional Penelitian	43
3.4 Populasi dan Sampel.....	47
3.5 Waktu dan Tempat.....	49
3.6 Validitas dan Reliabilitas	50
3.7 Alat dan Metode Pengumpulan Data	51
3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data	54
3.8 Etika Penelitian	56
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	58
4.2 Pembahasan	67
4.3 Keterbatasan Penelitian	83
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan	84
5.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN	95

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian penelitian.....	10
Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dL)	18
Tabel 2.2 Tabel terapi farmakologi bagi pasien DM tipe 2	19
Tabel 2.3 Klasifikasi hipertensi.....	24
Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian.....	44
Tabel 3.2 Perhitungan proporsi sampel.....	49
Tabel 3.3 Kisi – kisi kuesioner.....	52
Tabel 4.1 Distribusi cakupan kepesertaan Prolanis.....	58
Tabel 4.2 Distribusi karakteristik demografi dan pengaruhnya terhadap Cakupan Kepesertaan Prolanis	59
Tabel 4.3 Distribusi responden berdasarkan jenis jaminan kesehatan yang diikuti dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis.....	62
Tabel 4.4 Distribusi responden berdasarkan tingkat ekonomi dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis	62
Tabel 4.5 Distribusi tingkat pengetahuan responden dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis	63
Tabel 4.6 Distribusi sikap responden dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis.....	64
Tabel 4.7 Distribusi letak geografis responden dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis.....	64
Tabel 4.8 Distribusi akses transportasi responden dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis	65
Tabel 4.9 Distribusi dukungan keluarga dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis.....	66
Tabel 4.10 Distribusi tingkat informasi responden dan pengaruhnya terhadap cakupan kepesertaan Prolanis	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Peta Kabupaten Magelang.....	37
---	----

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	41
Skema 3.1 Kerangka Konsep.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat permohonan izin studi pendahuluan dari FIKES UMMagelang ke Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang	95
Lampiran 2. Surat izin pendahuluan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang ke Kepala Bidang Pencegahan & Pemberantasan Penyakit	96
Lampiran 3. Surat permohonan izin studi pendahuluan dari FIKES UMMagelang ke Puskesmas Bandongan.....	97
Lampiran 4. Surat izin studi pendahuluan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang ke Puskesmas Bandongan.....	98
Lampiran 5. Surat permohonan izin studi pendahuluan dari FIKES UMMagelang ke BPJS Kesehatan	99
Lampiran 6. Surat permohonan izin studi pendahuluan dari BPJS Kesehatan Magelang	100
Lampiran 7. Surat permohonan izin uji validitas dan reliabilitas dari Fikes UMMagelang ke Puskesmas Windusari.....	101
Lampiran 8. Surat izin uji validitas dan reliabilitas dari Puskesmas Windusari	102
Lampiran 9. Surat permohonan izin penelitian dari FIKES UMMagelang ke Dinas Pendidikan Kab. Magelang.....	103
Lampiran 10. Surat izin penelitian dari Dinas Kesehatan.....	104
Lampiran 11. Surat izin penelitian dari FIKES UMMagelang ke kantor Kesatuan Bangsa dan Politik.....	105
Lampiran 12. Surat rekomendari penelitian dari Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Magelang	106
Lampiran 13. Surat izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Magelang	107

Lampiran 14. Surat izin penelitian dari Puskesmas Bandongan	108
Lampiran 15. Rekapitulasi data kunjungan pasien diabetes di Puskesmas Bandongan rentang waktu Januari – September 2017	109
Lampiran 16. Lembar persetujuan menjadi responden	110
Lampiran 17. Koesioner penelitian	111
Lampiran 18. Hasil uji validitas dan reliabilitas	117
Lampiran 19. Hasil penelitian	124
Lampiran 20. Output hasil analisis normalitas univariat	129
Lampiran 21. Output hasil analisis bivariat	132
Lampiran 22. Jadwal pelaksanaan penelitian.....	137
Lampiran 23. Dokumentasi penelitian	138
Lampiran 24. Konsultasi abstrak	140
Lampiran 25. Daftar riwayat hidup	141
Lampiran 26. Bukti penyerahan berkas skripsi.....	142
Lampiran 27. Izin publikasi dari Puskesmas Bandongan	144

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Indonesia memiliki masalah kesehatan yang dihadapi saat ini yaitu beban ganda penyakit. Satu pihak masih banyaknya penyakit infeksi yang ditangani dan di lain pihak semakin meningkatnya penyakit tidak menular. Proporsi angka kematian penyakit tidak menular dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 59,5% pada tahun 2007 dan meningkat menjadi 69,6% pada tahun 2013 (Riskesdas, 2013). Dua penyakit tidak menular tersebut adalah diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi.

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu kumpulan gejala penyakit metabolik dengan karakteristik terdapat hiperglikemia akibat terganggunya sekresi insulin dan reaksi kerja insulin didalam otot atau kombinasi gangguan pada keduanya (ADA, 2013). Gejala umum dari diabetes melitus yaitu poliuria (sering kencing terutama pada malam hari), polifagia (sering merasa lapar), dan polidipsia (rasa haus yang berlebihan). Ada beberapa jenis Diabetes Melitus (DM) yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe gestasional, dan diabetes melitus tipe lainnya. Jenis diabetes melitus yang banyak diderita adalah Diabetes Melitus Tipe 2, dimana sekitar 90-95% orang mengidap penyakit ini (Black & Hawks; ADA, 2013).

Indonesia menempati peringkat kelima di dunia, atau naik dua peringkat dibandingkan data IDF tahun 2013 yaitu menempati peringkat ketujuh di dunia dengan 7,6 juta orang penyandang diabetes dan berada di posisi kedua terbanyak di kawasan Asia Tenggara. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, terjadi peningkatan prevalensi nasional diabetes melitus dari 1,1% pada tahun 2007 menjadi 2,1% pada tahun 2013. Prevalensi penyandang diabetes di Jawa Tengah yang terdiagnosis dokter 1,6 dan 1,9 dokter diagnosa dengan gejala meningkat sesuai dengan bertambah umur, dan umur ≥ 65 tahun cenderung menurun (Riskesdas, 2013).

Angka kejadian diabetes melitus di Indonesia pada tahun 2014 sebesar 9.116 kasus (IDF, 2014). Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2016 di provinsi Jawa Tengah, diabetes mellitus menduduki peringkat kedua dengan 18,33 persen angka kejadian. Rincian angka kejadian diabetes di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 penderita diabetes non insulin mencapai 15.464 orang, pada tahun 2015 12.115 orang, dan tahun 2016 15.250 orang dimana angka tersebut menunjukkan peningkatan angka penderitanya setiap tahun (Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Jawa Tengah, 2016). Data yang peneliti peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang pada bulan April tahun 2017 penderita DM sebanyak 176 orang (diabetes tidak tergantung insulin) sedangkan pada bulan Mei tahun 2017 terjadi peningkatan penderita diabetes menjadi sebanyak 185 orang (2 diabetes tergantung insulin dan 183 diabetes tidak tergantung insulin). Sementara data yang peneliti peroleh dari Puskesmas Bandongan tahun 2017, Kecamatan Bandongan memiliki kasus penderita diabetes mencapai 146 pasien yang terdaftar dan melakukan kunjungan ke puskesmas dalam rentang waktu bulan Januari sampai dengan September 2017.

Beberapa komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes diantaranya adalah terjadi gangguan retinopati dengan potensi kebutaan, gangguan neuropati yang menyebabkan gagal ginjal, gangguan neuropati otonom yang dapat mengganggu sistem gastrointestinal, genitourinaria, gangguan kardiovaskuler, disfungsi seksual dan gangguan neuropati perifer dengan resiko terjadinya ulkus kaki yang berujung pada amputasi (ADA, 2013). Hal ini akan berpengaruh terhadap tingginya biaya pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014). Maka dari itu, penanganan diabetes harus berkelanjutan dan mencakup berbagai intervensi baik medis maupun non medis, serta melibatkan berbagai pihak, tidak hanya tenaga kesehatan tetapi juga peran keluarga dan pasien sendiri (ADA, 2013).

Hipertensi yaitu meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten diatas 140/90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan

cukup istirahat/tenang (Infodatin, 2018). Penyebab hipertensi bermacam-macam bisa berasal dari pola hidup, usia, dan keturunan. Ada beberapa jenis hipertensi yaitu hipertensi primer dan esensial. Kedua jenis hipertensi tersebut banyak diderita sehingga membutuhkan penanganan rutin.

Prevalensi penderita hipertensi di Indonesia yang terdiagnosis sebesar 9,4% dan penderita terdiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 9,5%. Jadi sebesar 0,1% yang tanpa diagnosis namun meminum obat sendiri berdasar yang dirasakan (Risksdas, 2013). Hasil analisis unit analisis individu tahun 2013 menunjukkan bahwa sebesar 25,8% penduduk Indonesia menderita penyakit hipertensi, maka dari 252.124.458 penduduk Indonesia terdapat 65.048.110 orang menderita hipertensi.

Angka kejadian hipertensi di Indonesia 6-15% penderita belum terjangkau pelayanan kesehatan terutama daerah pedesaan (Konsensus, 2015). Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2016 di provinsi Jawa Tengah, hipertensi menduduki peringkat pertama dengan 57,87 persen angka kejadian. Rincian angka kejadian hipertensi di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 mencapai 300.464 orang, pada tahun 2015 344.033 orang, dan tahun 2016 355.250 orang dimana angka tersebut menunjukkan peningkatan angka penderitanya setiap tahun (Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Jawa Tengah, 2016). Data yang peneliti peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang pada bulan April tahun 2017 penderita hipertensi sebanyak 692 orang sedangkan pada bulan Mei tahun 2017 terjadi peningkatan penderita hipertensi menjadi sebanyak 1245 orang. Sementara data yang peneliti peroleh dari Puskesmas Bandongan tahun 2017, Kecamatan Bandongan memiliki kasus penderita hipertensi mencapai 154 pasien yang terdaftar dan melakukan kunjungan ke puskesmas dalam rentang waktu bulan Januari sampai dengan September 2017.

Komplikasi akibat hipertensi yang tidak segera di tangani adalah kerusakan jantung, gagal ginjal, dan stroke serta kematian (Kemenkes, 2017). Komplikasi hipertensi menyebabkan sekitar 9,4% kematian di seluruh dunia setiap tahunnya. Hipertensi menyebabkan setidaknya 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit stroke. Kematian dengan penyebab gangguan kardiovaskuler terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Infodatin, 2017).

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, dan telah membayar iuran. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Fasilitas kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif akan di tanggung oleh BPJS dan institusi yang sudah bekerjasama dengan BPJS kesehatan. BPJS menjadikan setiap individu masuk keanggotaan BPJS kesehatan guna menyukseskan program pemerintah Indonesia dengan terwujudnya Indonesia sehat (BPJS Kesehatan, 2014).

Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) adalah salah satu program BPJS berbentuk tindakan promotif dan preventif yang terintegrasi. Penyakit kronis yang ditangani saat ini adalah diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Tujuan Prolanis adalah tercapainya kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit sehingga mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Prolanis diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup peserta BPJS yang menderita penyakit kronis melalui pengelolaan penyakit secara spesifik dan terintegrasi antara pemberi pelayanan kesehatan, pasien, dan PT. BPJS (BPJS Kesehatan, 2014).

Strategi pelayanan kesehatan Prolanis bagi penyandang penyakit diabetes tipe 2 dan hipertensi dikelola oleh tim medis yaitu dokter, perawat, tenaga kesehatan lain dan peran aktif pasien beserta keluarga. Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk memahami tentang perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaannya akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan mereka dalam usaha meningkatkan kualitas hidup sehat. Pelayanan Prolanis menetapkan kesehatan primer sebagai ujung tombak dalam penanganan kepada pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (PERKENI, BPJS Kesehatan, 2014).

Pendanaan Prolanis berasal dari BPJS kesehatan dengan klaim biaya pelayanan kesehatan FKTP dan biaya pelayanan obat di apotek untuk peserta Prolanis. Biaya pelayanan kesehatan di FKTP per peserta setiap bulan mencakup pemeriksaan laboratorium rutin dan pengobatan. FKTP akan menerima pembayaran dari BPJS kesehatan sesuai klaim yang diajukan ke BPJS kesehatan dengan di lengkapi laporan hasil pemeriksaan per peserta setiap bulan. FKTP Prolanis dapat menerima honor sebagai konsultan medis saat menjadi pembicara pada pertemuan klub prolanis maksimal satu kali sebulan sesuai pada pedoman pelaksanaan Prolanis. Ketentuan pelayanan dan pembiayaan obat mengacu pada formularium nasional yang berlaku dan klaim pelayanan obat di apotek mengacu pada ketentuan klaim formularium nasional yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2014).

Kegiatan Prolanis mendukung penatalaksanaan DM tipe 2 dan hipertensi secara proaktif. Kegiatan Prolanis meliputi: konsultasi medis, edukasi kelompok Prolanis, kunjungan rumah (*home visit*) dan skrinning kesehatan bagi peserta. Harus di ingat, diabetes dan hipertensi dapat dikendalikan dengan cara perhatian serius dari semua pihak untuk meningkatkan kualitas hidup penyandanganya. Sehingga Prolanis efektif membantu peningkatan status pemeliharaan kesehatan mandiri pasien (BPJS Kesehatan, 2014).

Peran puskesmas sebagai fasilitas tingkat pertama akan melakukan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) dengan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya untuk memaksimalkan tercapainya derajat kesehatan masyarakat secara prima (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014). Fungsi UKM dan UKP harus seimbang untuk tercapai derajat kesehatan masyarakat maksimal. Upaya kesehatan perorangan dengan program JKN yang diikuti oleh seluruh rakyat belum cukup untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat. Maka dengan terlaksananya P1, P2, dan P3 sesuai program pemerintah Indonesia sehat maka angka kejadian penyandang penyakit kronis menurun prevalensinya setiap tahun (Kemenkes Republik Indonesia, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan Rosdiana, *et.al.* (2017) menunjukkan bahwa implementasi prolanis di Puskesmas Halmahera belum mencapai indikator 75% di sebabkan oleh komunikasi belum berjalan dengan baik, kurangnya tempat dan dana, disposisi positif terhadap Prolanis, dan belum terdapat SOP yang dibukukan. Penelitian lain yang dilakukan Sitompul, *et.al.* (2016) menunjukkan bahwa hanya lima dokter yang memiliki klub Prolanis dari 18 dokter keluarga di Pekalongan. Dari lima kegiatan Prolanis hanya ada empat kegiatan yang telah dilakukan, yaitu penyuluhan kesehatan, pemeriksaan kesehatan, senam Prolanis dan pemberian obat. Hal ini terjadi karena keterbatasan SDM dan dana.

Penelitian terkait Prolanis masih sedikit, maka peneliti telah melakukan studi pendahuluan pada bulan November 2017 dengan melakukan wawancara kepada dokter, perawat dan petugas penyakit tidak menular di Puskesmas Bandongan. Hasil studi pendahuluan tersebut didapatkan data selama rentang waktu bulan Januari – September 2017, terdapat 29 peserta Prolanis dengan rincian 12 pasien menjadi peserta prolanis DM tipe 2 dan 17 peserta Prolanis hipertensi, sehingga hanya 9,67% penderita DM tipe 2 dan atau hipertensi yang masuk keanggotaan Prolanis dari total populasi 300 pasien (146 DM tipe 2 dan 154 Hipertensi).

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan Prolanis masih sangat rendah di Puskesmas Bandongan. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang: “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Cakupan Kepesertaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) bagi Pasien DM tipe 2 dan Hipertensi di Puskesmas Bandongan”.

1.2 Rumusan masalah

Diabetes dan hipertensi memiliki beberapa komplikasi yang berat apabila tidak di kelola dengan baik. Salah satu pendekatan pengelolaan DM tipe 2 dan hipertensi adalah dengan Prolanis. Cakupan kepesertaan Prolanis DM tipe 2 dan Hipertensi di Puskesmas Bandongan sangat rendah yaitu 29 peserta (9,67%). Hal ini berdampak timbul komplikasi diabetes dan hipertensi pada sebagian besar penderita DM tipe 2 dan hipertensi di Puskesmas Bandongan.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

1.3.1.1 Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan faktor – faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.3.2.2 Mengidentifikasi faktor internal pasien terhadap cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.3.2.3 Mengidentifikasi faktor eksternal pasien terhadap cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.3.2.4 Mengetahui hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Bagi Puskesmas Bandongan

Hasil penelitian diharapkan menjadi data masukan dan sumber data untuk tindak lanjut meningkatkan angka cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat membantu petugas kesehatan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi implementasi kepesertaan Prolanis di Puskesmas serta menjadi masukan guna tindak lanjut dalam meningkatkan cakupan kepesertaan Prolanis DM tipe 2 dan hipertensi di Puskesmas Bandongan.

1.4.3 Bagi institusi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian dapat menambah kepustakaan sebagai salah satu sarana untuk memperkaya pembaca dan memberikan data dasar yang dapat digunakan penelitian selanjutnya terkait dengan faktor – faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis.

1.4.4 Bagi responden

Hasil penelitian dapat memberikan informasi kepada penderita penyakit diabetes atau hipertensi tentang cakupan kepesertaan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) di Puskesmas Bandongan sehingga memotivasi penderita untuk menjadi anggota dan aktif mengikuti Prolanis.

1.4.5 Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian dapat menjadi sumber data dan wawasan keilmuan untuk penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

1.5 Lingkup penelitian

Untuk menghindari terjadinya perbedaan pemahaman terhadap hasil penelitian yang disebabkan oleh perbedaan sudut pandang, maka perlu ditetapkan lingkup penelitian sebagai berikut:

1.5.1 Lingkup masalah

Permasalahan pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi dan berhubungan dengan cakupan kepesertaan Prolanis.

1.5.2 Lingkup subyek

Subyek dalam penelitian ini adalah responden pasien DM tipe 2 dan responden pasien hipertensi di Puskesmas Bandongan.

1.5.3 Lingkup tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bandongan, Kabupaten Magelang. Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan dimulai pada bulan Mei sampai Juli 2018.

1.6 Keaslian penelitian

Berdasarkan penelusuran peneliti mengenai faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis bagi pasien DM tipe 2 dan hipertensi di Puskesmas Bandongan belum pernah diteliti sebelumnya. Adapun beberapa penelitian yang mendukung penelitian ini adalah:

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Metode	Hasil	Perbedaan yang akan dilakukan
1	Rosdiana, <i>et.al.</i> (2017)	Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)	Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif. Data diperoleh dengan wawancara mendalam kepada empat narasumber utama dan tiga narasumber triangulasi yang ditentukan dengan teknik purposive sampling. Analisis data yang digunakan yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan yang kemudian disajikan dalam bentuk deskripsi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi prolanis di Puskesmas Halmahera belum mencapai indikator 75%. Komunikasi belum berjalan dengan baik, sumber daya yang masih kurang berupa tempat dan dana, disposisi terhadap prolanis cenderung positif, dan belum terdapat SOP yang dibukukan.	Jenis penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif dengan menggunakan alat ukur kuisisioner penelitian. Teknik sampling menggunakan rumus <i>Lemeshow</i> dan ditemukan total sampel berjumlah 186 responden. Untuk pengambilan data menggunakan teknik <i>random stratified sampling</i> . Analisa data menggunakan SPSS, kemudian hasil disajikan dalam bentuk data presentase dan di korelasikan.
2	Assupina, <i>et. al.</i> (2013)	Analisis Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada Dokter Keluarga PT Askes di Kota Palembang Tahun 2013	Metode: menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, review dokumen, dan FGD. Informan dalam	Hasil: Wawancara dengan PT Askes dan dokter keluarga telah memahami layanan apa yang harus diberikan kepada peserta Prolanis. Itu adalah terjemahan dari aplikasi di 7 pilar Prolanis dokter keluarga	Jenis penelitian yang akan dilakukan menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan menggunakan alat ukur kuisisioner penelitian. Populasi yang di temukan berjumlah 300 pasien dengan teknik sampling

- penelitian ini berjumlah 15 orang yang mewakili manajer program di PT Askes, dokter keluarga Prolanis, dan peserta Prolanis. Penyajian data dalam penelitian ini menggunakan narasi dan kemudian dibuat juga dalam bentuk matriks.
- sesuai dengan peraturan direktur No. 121 tahun 2012 tentang pedoman program penanganan penyakit kronis. Dokter keluarga yang belum aktif melakukan penegakan hukum hanya memiliki 5 dari 7 pilar alasan tidak ada tempat, dokter sibuk, dan peserta tidak bersedia. masih ada beberapa masalah untuk mencapai tujuan Prolanis seperti PIC hanya satu orang, tempat yang tidak tersedia di setiap dokter keluarga untuk aktivitas klub dan peserta target belum tercapai.
- Kesimpulan:
Penerapan program manajemen penyakit kronis pada dokter keluarga Askes di Palembang pada tahun 2013 masih belum optimal. Masih ada kendala dalam input dan proses pelaksanaannya.
- Hasil:
Menunjukkan hanya lima dokter yang memiliki klub Prolanis dari 18 dokter
- menggunakan rumus *Lemeshow* dan ditemukan hasil 186 responden. Kemudian hasil disajikan dalam bentuk data angka, dikorelasikan dan dibuat kesimpulan berdasarkan hasil.
- 3 Sitompul, *et.al* (2016) Analisis Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis Metode: Kualitatif Data diperoleh dari sebuah dokumen review dan
- Jenis penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif dengan menggunakan alat ukur kuisisioner

(Prolanis) wawancara keluarga di penelitian. Teknik BPJS mendalam. Pekalongan. Dari sampling Kesehatan Penulis 5 kegiatan menggunakan pada Dokter menganalisis tersebut, hanya rumus *Lemeshow* Keluarga di 16 informan ada 4 kegiatan dengan hasil Kabupaten yang terdiri yang telah ditemukan sampel Pekalongan dari dokter dilakukan, yaitu berjumlah 300 tahun 2016 keluarga, staf penyuluhan responden dengan MPKP BPJS, kesehatan, jumlah populasi kepala peserta pemeriksaan 186. Kemudian KLOK dan kesehatan, hasil penelitian Prolanis. Data Prolanis senam disajikan dan pemberian bentuk narasi dan obat. Hal ini Kuesioner di wawancara dan terjadi karena tujuan kepada matriks. keterbatasan SDM dan dana. dan hipertensi Serta ketidakterediaan (baik yang anggota obat sering Prolanis maupun yang belum). terjadi. Tidak ada SOP kegiatan Prolanis dan pelaksanaan monitoring dan evaluasi tidak optimal.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu kumpulan gejala penyakit metabolik dengan karakteristik terdapat hiperglikemia akibat terganggunya sekresi insulin dan reaksi kerja insulin didalam otot atau kombinasi gangguan pada keduanya (ADA, 2013). Sama halnya dengan definisi menurut Riskesdas (2013) bahwa diabetes melitus merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin untuk digunakan secara efektif sehingga berakibat hiperglikemia. Diperkuat Perkeni (2011) dengan mendefinisikan diabetes melitus sebagai penyakit gangguan metabolisme kronis hiperglikemia yang mengakibatkan neuropati, hipertensi, jantung koroner, retinopati, nefropati, dan gangren pada penderitanya. Seseorang dikatakan positif menderita diabetes jika memiliki kadar gula darah puasa >126 mg/dL dan pada tes sewaktu >200 mg/dL. Kadar gula darah yang normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70 – 110 mg/dL darah dan 120 – 140 mg/dL pada 2 jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung gula maupun karbohidrat lainnya (Shanti, 2011). Sehingga dapat disimpulkan diabetes melitus merupakan salah satu kumpulan gejala penyakit metabolik dengan hiperglikemia akibat terganggunya sekresi insulin dan reaksi kerja insulin di dalam otot dan darah yang ditandai dengan kadar gula dalam darah meningkat.

2.1.2 Klasifikasi diabetes melitus

Klasifikasi etiologi diabetes melitus menurut *American Diabetes Association*, 2010 berdasarkan patogenesisnya adalah sebagai berikut:

2.1.2.1 Diabetes Melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 merupakan rusaknya sel β di pankreas yang disebabkan oleh proses autoimun akibat defisiensi insulin absolut dan berdampak penderita mutlak memerlukan insulin dari luar (eksogen) untuk mempertahankan kadar gula

darah dalam batas normal (Suiraoaka, 2012: 47). Diabetes mellitus tipe 1 tidak dapat dicegah meski dengan diet dan olahraga sehat dan teratur. Diabetes mellitus tipe ini hanya dapat diobati dengan menggunakan insulin. Tanpa insulin, ketosis dan *diabetic ketoacidosis* bisa terjadi dan menyebabkan koma bahkan bisa mengakibatkan kematian bagi penderitanya. Meski demikian, perawatan diabetes mellitus tipe 1 harus tetap dilakukan, walaupun tidak mempengaruhi aktivitas normal apabila kesadaran penderitanya cukup. Tingkat glukosa rata – rata untuk penderita diabetes mellitus tipe 1 harus mendekati kadar glukosa normal (80-120 gr/dL, 4 – 6 mmol/l) (Maulana, 2009).

2.1.2.2 Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 menurut Suiraoka (2012) terjadi karena gangguan resistensi insulin dengan jumlah reseptor insulin pada permukaan berkurang dan atau jumlah insulin tidak berkurang yang menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel meskipun insulin tersedia. Akibatnya sel beta pankreas akan bekerja lebih keras untuk memproduksi insulin lebih banyak sebagai bentuk kompensasi sementara, namun lama-kelamaan akan merusak fungsinya sehingga membutuhkan insulin estrojen. DM tipe 2 termasuk *Silent Killer Diseases* karena penderita biasanya tidak menunjukkan gejala selama beberapa tahun, sehingga jarang terdeteksi pada awal diderita (Shanti, 2011).

2.1.2.3 Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional adalah intoleransi glukosa yang timbul selama masa kehamilan dan biasanya berlangsung hanya sementara (Departemen Kesehatan, 2015). Sebagian besar wanita yang mengalami diabetes selama kehamilan memiliki homeotatis yang normal pada paruh waktu pertama kehamilan kemudian berkembang menjadi defisiensi insulin relatif sehingga terjadi hiperglikemia. Hiperglikemianya akan menghilang setelah melahirkan, namun akan memiliki peningkatan resiko menyandang diabetes melitus tipe 2 jika tidak dilakukan penatalaksanaan yang sesuai dan tepat.

2.1.2.4 Diabetes Melitus tipe lain

Diabetes melitus tipe lain disebabkan oleh berbagai kondisi seperti kelainan genetik yang spesifik (kerusakan genetik sel β pankreas dan kerja insulin), penyakit pada pankreas, gangguan endokrin lain, infeksi, obat-obatan dan beberapa bentuk lain yang jarang terjadi (Suiraoaka, 2012). Diabetes tipe lain ini merupakan jenis diabetes yang berasal dari genetika. Diabetes ini memiliki DNA karier dari induk DNA yang diturunkan.

2.1.3 Patofisiologi Diabetes Melitus

Tubuh manusia memerlukan energi untuk menjalankan berbagai fungsi sel dengan baik. Proses pembentukan energi bersumber dari glukosa menggunakan insulin untuk memasukkan glukosa ke dalam sel yang diubah menjadi energi (Suiraoaka, 2012). Patofisiologis DM tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin tetapi karena resistensi insulin (sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal). Kondisi resistensi insulin terjadi karena ada gangguan insulin dan reseptor pada dinding sel sehingga insulin tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin, sel beta pankreas akan meningkatkan produksi insulin sehingga kadar glukosa darah akan dipertahankan dalam keadaan normal (Maulana, 2012). Namun lambat laun sel beta akan mengalami kerusakan sehingga tidak mampu mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan defisiensi insulin sehingga penderita memerlukan insulin eksogen (DM tipe 1). Insulin yang dihasilkan sel beta pankreas dapat diibaratkan sebagai anak kunci pembuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel untuk dimetabolisme menjadi energi. Bila insulin tidak ada atau tidak dikenali oleh reseptor pada permukaan sel maka glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga kadarnya akan meningkat (Suiraoaka, 2012).

2.1.4 Manifestasi klinis

2.1.4.1 Poliuria (banyak kencing)

Poliuria adalah salah satu gangguan diuresis osmotik yang disebabkan oleh hiperglikemia akibat ketidakseimbangan produksi insulin di sel beta pankreas (Nurarif, 2013). Akibatnya tubuh tidak sanggup untuk mengurangi keinginan untuk kencing dan berusaha untuk mengeluarkan glukosa tubuh yang relatif tinggi (>180 mg/dL) bersama urin. Sehingga untuk menjaga agar urin yang dikeluarkan tidak terlalu pekat maka tubuh akan menarik air sebanyak–banyaknya ke dalam urin sehingga urin yang dikeluarkan menjadi banyak dan buang air kecil akan lebih sering. Gejala pengeluaran urin ini lebih terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan mengandung glukosa.

2.1.4.2 Polidipsia (banyak minum)

Polidipsia merupakan reaksi dan usaha tubuh untuk banyak minum karena tubuh banyak mengeluarkan urine untuk menghindari kekurangan cairan (dehidrasi). Dehidrasi yang terjadi akibat sel kekurangan bahan untuk metabolisme merangsang hipotalamus sebagai pusat haus untuk banyak minum (Nurarif, 2013). Oleh karena itu, tubuh banyak mengeluarkan air (dalam bentuk urine), secara otomatis menimbulkan rasa haus untuk mengganti cairan yang keluar. Selama kadar gula dalam darah belum terkontrol baik, maka keinginan untuk terus-menerus minum semakin banyak.

2.1.4.3 Polifagia (banyak makan)

Polifagia merupakan gejala khas lain yang terjadi pada pasien diabetes yang diakibatkan oleh berkurangnya cadangan gula dalam tubuh meskipun kadar gula dalam darah tinggi (Nurarif, 2013). Ketidakmampuan insulin dalam menyalurkan gula sebagai sumber tenaga dalam tubuh membuat tubuh merasa lemas seperti kurang tenaga sehingga timbul hasrat ingin terus-menerus makan untuk mencukupi kebutuhan tenaga. Jika diperiksa, kandungan gula dalam darah sudah cukup tinggi. Secara garis besar gejala khas yang biasa nampak pada penyandang

diabetes melitus yaitu adanya perasaan haus dan lapar secara terus-menerus serta sering buang air kecil dalam jumlah banyak.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi diabetes melitus yang sering terjadi adalah hiperglikemia yang menyebabkan kerusakan berbagai sistem tubuh terutama syaraf dan pembuluh darah (Riskesdas, 2013). Beberapa konsekuensi dari diabetes yang sering terjadi menurut Infodatin (2014) adalah:

1. Meningkatnya risiko penyakit jantung dan stroke.
2. Neuropati (kerusakan syaraf) di kaki yang meningkatkan kejadian ulkus kaki, infeksi, dan bahkan keharusan untuk amputasi kaki.
3. Retinopati diabetikum, penyebab utama kebutaan yang terjadi akibat kerusakan pembuluh darah kecil di retina.
4. Diabetes merupakan penyebab utama gagal ginjal.
5. Risiko kematian penderita diabetes secara umum dua kali lipat dibandingkan bukan penderita diabetes.

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis diabetes melitus menurut Perkeni (2011) dapat ditegakkan melalui tiga cara yaitu:

- A. Ditemukan gejala klasik diabetes melitus (poliuria, polidipsia, dan polifagia) dan pemeriksaan glukosa plasma sewaktu $> 200\text{mg/dL}$.
- B. Gejala klasik diabetes melitus + Pemeriksaan glukosa plasma puasa $>126\text{ mg/dL}$ dengan adanya keluhan fisik
- C. Kadar glukosa plasma 2 jam pada Tes toleransi glukosa oral (TTGO) $\geq 200\text{ mg/dL}$.

Untuk menemukan pasien dengan DM, TGT maupun GDPT, sehingga dapat di tangani lebih dini secara cepat maka perlu dilakukan pemeriksaan penyaring dengan patokan pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dL)

		Belum DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	<100	100 – 199	≥200
	Darah kapiler	<90	90 – 199	≥200
Kadar glukosa darah puasa	Plasma vena	<100	100 – 125	≥126
	Darah kapiler	<90	90 – 99	≥100

Sumber: Perkeni, 2011

2.1.7 Faktor resiko

Faktor resiko diabetes melitus menurut Perkeni (2011) dikelompokkan menjadi dua yaitu:

2.1.7.1 Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1. Ras dan etnik
2. Riwayat keluarga dengan diabetes (anak penyandang diabetes)
3. Umur >45 tahun harus dilakukan pemeriksaan diabetes mellitus.
4. Riwayat melahirkan bayi dengan bbl >4000 gram atau riwayat pernah menderita dm gestasional
5. Riwayat lahir dengan BBLR kurang dari 2,5 kg.

2.1.7.2 Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1. Berat badan lebih (IMT >23kg/m²)
2. Kurangnya aktivitas fisik
3. Hipertensi (>140/90 mmHg)
4. Dislipidemia (HDL <35 mg/dL atau trigliserida >250 mg/dL)
5. Diet tidak sehat. Diet dengan tinggi gula dan rendah serat akan meningkatkan risiko menderita prediabetes/intoleransi glukosa dan DM tipe 2.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Wijaya dan Putri (2013) adalah:

- 2.1.8.1 kadar glukosa: gula darah sewaktu/ random >200 mg/dL, gula darah puasa/ nuchter >140 mg/dL, gula darah 2 jam PP (Post pradiial) >200 mg/dL.

- 2.1.8.2 Aseton plasma —————>hasil (+) mencolok.
 2.1.8.3 Lemak bebas —————>peningkatan lipid dan kolesterol.
 2.1.8.4 Osmolaritas.
 2.1.8.5 Urinalisis —————>proteinuria, ketouria, glukosuria.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus menurut (BPJS Kesehatan, 2014) dibagi menjadi dua, yaitu:

2.1.9.1 Farmakologi

Terapi farmakologi untuk DM tipe 2 menurut BPJS Kesehatan (2014) dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Obat Hipoglikemia Oral (OHO)

cara kerja OHO dibagi menjadi 4 golongan:

- A. Pemicu sekresi insulin (insulin secretagogue): sulfonilurea dan glinid.
- B. Penambah sensitivitas terhadap insulin: metformin, tiazolidindion.
- C. Penghambat glukoneogenesis
- D. Penghambat absorpsi glukosa: penghambat glukosidase alfa.

Tabel 2.2 Tabel terapi farmakologi bagi pasien DM tipe 2

	Cara kerja utama	Efek samping utama	Reduksi A1C	Keuntungan	Kerugian
Sulfonilurea	Meningkatkan sekresi insulin	BB naik, hipoglikemia	1,0-2,0%	Sangat efektif	Meningkatkan BB, hipoglikemia (glibenklamid dan klorpropamid)
Glinid	Meningkatkan sekresi insulin	BB naik, hipoglikemia	0,5-1,5%	Sangat efektif	Meningkatkan BB, pemberian 3x/hari, harganya mahal dan hipoglikemia.
Metformin	Menekan produksi glukosa hati dan menambah sensitivitas terhadap insulin	Dispepsi, diare, asidosis laktat	1,0-2,0%	Tidak ada kaitan dengan BB	Efek samping gastrointestinal, kontraindikasi pada insufisiensi renal
Penghambat slokosidase-	Menghambat absorpsi	Flatulens, tinja	0,5-0,8%	Tidak ada kaitan	Sering menimbulkan efek

alfa	glukosa	lembek		dengan BB	gastrointestinal, 3x/hari dan mahal
Tiazolidinon	Menambah sensitifitas terhadap insulin	edema	0,5-1,4%	Memperbaiki profil lipid (pioglitazon), berpotensi menurunkan infark miokard (pioglitazon)	Retensi cairan, congestive heart failure, fraktur, berpotensi menimbulkan infark miokard, dan mahal.

Sumber: BPJS Kesehatan, 2014

2. Insulin

Insulin diperlukan pada keadaan:

- A. Penurunan berat badan yang cepat
- B. Hiperglikemia berat yang disertai ketosis, dan atau ketoasidosis diabetik
- C. Hiperglikemia hiperosmolar non ketotik dan atau asidosis laktat
- D. Gagal dengan kombinasi OHO dosis hampir maksimal dan Kontraindikasi atau alergi terhadap OHO.
- E. Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke) dan gangguan fungsi ginjal dan atau hati yang berat.
- F. Kehamilan dengan DM gestasional tidak terkontrol dengan perencanaan makan.

Cara kerja utama insulin adalah menekan produksi glukosa hati dan menstimulasi pemanfaatan glukosa (IDF, 2014). Keuntungannya adalah dosis tidak terbatas, memperbaiki profil lipid, dan sangat efektif. Namun memiliki efek samping yaitu menyebabkan hipoglikemia dan kenaikan berat badan. Kerugiannya jika di injeksi 1-4x/hari tanpa dimonitor akan meningkatkan berat badan, hipoglikemia, dan analognya menjadi mahal (BPJS Kesehatan, 2014).

3. Terapi kombinasi

Pemberian OHO maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respon kadar glukosa darah. Untuk

kombinasi OHO dan insulin, yang banyak dipergunakan adalah kombinasi OHO dan insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang). Dosis awal untuk insulin kerja menengah adalah 6-10 unit yang diberikan sekitar jam 22.00 WIB kemudian dilakukan evaluasi dosis tersebut dengan menilai kadar gula darah puasa keesokan harinya. Bila dengan cara seperti di atas kadar glukosa darah sepanjang hari masih tidak terkendali, maka obat hipoglikemia oral dihentikan dan diberikan insulin saja.

2.1.9.2 Non farmakologi

1. Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin (BPJS Kesehatan, 2014). Komposisi makanan untuk DM sebaiknya mengandung: karbohidrat (nasi merah), lemak (susu rendah lemak), protein (seafood), natrium (garam dapur), serat (kacang-kacangan), dan pemanis alternatif (gula aren).

Perhitungan berat badan Ideal (BBI) dengan rumus Brocca yang dimodifikasi adalah sebagai berikut:

A. Berat badan ideal = $90\% \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$

B. Bagi pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus dimodifikasi menjadi:

Berat badan ideal (BBI) = $(\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$

BB normal : $\text{BB ideal} \pm 10\%$

Kurus : $< \text{BBI} - 10\%$

Gemuk : $> \text{BBI} + 10\%$

Perhitungan berat badan ideal menurut Indeks Massa Tubuh dapat dihitung dengan rumus:

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m}^2\text{)}}$$

Klasifikasi IMT menurut WHO (2014) adalah:

- Berat Badan kurang <18,5
- Berat badan normal 18,5 – 22,9
- Berat badan lebih >23,0.

Dengan resiko 23,0 – 24,9

Obesitas I 25,0 – 29,9 dan Obesitas II > 30.

2. Olahraga

Penderita diabetes dianjurkan melakukan latihan fisik atau olahraga secara teratur setiap hari selama ± 20 menit. Olahraga yang dilakukan adalah olahraga ringan dan santai seperti aerobik, berjalan kaki, senam diabetes, dll yang dilakukan secara rutin. Latihan fisik dilakukan $\pm 1,5$ jam sesudah makan. Sebelum latihan melakukan pemanasan terlebih dahulu dan setelah latihan juga melakukan pendinginan. Apabila kadar glukosa meningkat maka latihan dihentikan. Bagi penderita yang menggunakan insulin sebaiknya mengecek kadar gula darahnya sebelum dan sesudah melakukan olahraga.

3. Penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan sering dilakukan oleh tim medis kepada penderita diabetes. Penyuluhan diberikan secara langsung maupun tidak langsung kepada perorangan maupun kelompok. Penyuluhan langsung dilakukan dengan melakukan tatap muka dan bertemu langsung dan diberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, sedangkan penyuluhan tidak langsung dapat diberikan melalui selebaran dan poster. Penyuluhan tersebut meliputi: pengetahuan mengenai perlunya diet ketat, latihan fisik, minum obat, pengetahuan mengenai komplikasi, dan pencegahan maupun perawatan diabetes. Penyuluhan dapat dilakukan antar penderita diabetes

sendiri kepada sesamanya sebagai dukungan moril dan spiritual untuk membangkitkan semangat hidup dan memberikan kemandirian dalam merawat diri mereka sendiri.

2.2 Hipertensi

2.2.1 Definisi

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten (Nurarif, 2013). Hipertensi adalah keadaan tekanan darah meningkat melebihi batas normal ($>120/80$ mmHg). Penyebab tekanan darah meningkat adalah peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan *resistensi* (tahanan) dari pembuluh darah tepi dan peningkatan volume aliran darah darah (Hamzah PK, 2015). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014) memberikan batasan tekanan darah normal adalah $140/90$ mmHg dan tekanan darah sama atau di atas $160/95$ dinyatakan sebagai hipertensi. Didukung oleh Infodatin (2017) hipertensi merupakan meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten di atas $140/90$ mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang.

2.2.2 Klasifikasi hipertensi

Berdasarkan penyebab hipertensi menurut Nurarif (2013) dibagi menjadi 2 golongan:

1. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhi yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis sistem renin, angiotensin dan peningkatan Na^+Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko adalah obesitas, merokok, alkohol, dan polisitemia.

2. Hipertensi sekunder

Penyebabnya yaitu penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Tabel 2.3 Klasifikasi hipertensi

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Tingkat I (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub group: Perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (Hipertensi Sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	>180	>110
Hipertensi Sistol terisolasi	>140	<90
Sub group: Perbatasan	140-149	<90

Sumber : WHO, 2014

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO 2014) memberikan batasan tekanan darah normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 dinyatakan sebagai hipertensi. Setiap usia dan jenis kelamin memiliki batasan masing – masing (Dewi TK, 2013):

- 1) Pada pria usia <45 tahun, dinyatakan menderita hipertensi bila tekanan darah waktu berbaring $\geq 130/90$ mmHg.
- 2) Pada pria usia >45 tahun, dinyatakan hipertensi bila tekan darahnya >145/90 mmHg.
- 3) Pada wanita tekanan darah $\geq 160/90$ mmHg, dinyatakan hipertensi.

2.2.3 Patofisiologis hipertensi

Tubuh memiliki sistem untuk mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi untuk mempertahankan kestabilan tekanan darah dalam jangka panjang sehingga reflek kardiovaskuler melalui sistem saraf dapat bereaksi segera. Kestabilan tekanan darah jangka panjang dipertahankan oleh sistem yang mengatur jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ terutama ginjal. Jika terjadi gangguan seperti inflamasi pada dinding pembuluh darah dan terbentuk deposit substansi lemak, kolesterol, produk sampah seluler, kalsium, dan berbagai substansi lainnya dalam lapisan pembuluh darah, pengurangan suplai oksigen pada organ atau bagian tubuh tertentu akan

terjadi dan sel endotel disfungsi sehingga terjadinya hipertensi primer. Meningkatnya sekresi ADH dan rasa haus berakibat antidiuresis sehingga urin pekat dan osmolalitasnya tinggi dampaknya untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan di bagian intraseluler berakibat terjadi peningkatan reabsorpsi natrium di tubulus proksimal, serta peningkatan aktivitas simpatik volume darah meningkat yang akhirnya meningkatkan tekanan darah (Tedjakusumana, 2012).

2.2.4 Manifestasi hipertensi

Tanda dan gejala hipertensi menurut Nurarif (2013) dibedakan menjadi:

A. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur. Alat ukurnya adalah *sphygmomanometer* raksa.

B. Gejala yang lazim

Gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Akibatnya kebanyakan pasien yang mengalaminya akan mencari pertolongan medis. Keluhan beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu: mengeluh sakit kepala, pusing tekanan darah >140/90 mmHg, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, dan kesadaran menurun

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi hipertensi dibagi menjadi 3 menurut beberapa ahli diantaranya yaitu:

A. Jantung

Jantung dapat dirusak oleh tekanan darah tinggi yang lama tidak diobati. Pada awalnya jantung dapat beradaptasi dengan peningkatan kerja otot hingga membesar untuk memompa darah lebih kuat, namun lama kelamaan pompa jantung akan macet sehingga tidak dapat lagi mendorong darah untuk beredar ke

seluruh tubuh dan sebagian darah akan menumpuk pada jaringan sehingga zat gizi dan oksigen diangkut oleh pembuluh darah. Persoalan akan timbul bila halangan atau kelainan di pembuluh darah yang berarti kurangnya suplai oksigen dan zat gizi untuk menggerakkan jantung secara normal.

B. Ginjal

Hipertensi yang berkelanjutan akan mengakibatkan penebalan pada pembuluh darah pada ginjal sehingga mengganggu mekanisme pembentukan urin. Proses pembentukan urin dalam ginjal akan terganggu akibat plak yang terbentuk. Salah satu gejala utama kerusakan ginjal yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi adalah berkurangnya kemampuan filtrasi ginjal (Maulana, 2008).

C. Stroke

Hipertensi menyebabkan tekanan lebih besar pada pembuluh darah sehingga dinding pembuluh darah menjadi lemah dan mudah pecah. Pada kasus seperti itu, pembuluh darah akan pecah akibat lonjakan tekanan darah yang terjadi secara tiba-tiba. Pecahnya pembuluh darah di otak akan menyebabkan sel-sel otak yang seharusnya mendapatkan asupan oksigen dan zat gizi yang dibawa melalui pembuluh darah menjadi kekurangan dan akhirnya mati (Maulana, 2008).

2.2.6 Diagnosis

Diagnosis hipertensi dengan pemeriksaan fisik paling akurat menggunakan *sphygmomanometer* air raksa. Pemeriksaan dilakukan lebih dari satu kali pengukuran dalam posisi duduk dengan siku lengan menekuk di atas meja dengan posisi telapak tangan menghadap ke atas dan posisi lengan setinggi jantung. Pengukuran dilakukan dalam keadaan tenang. Penegakkan diagnosis hipertensi dilakukan beberapa tahapan pemeriksaan yang harus dijalani sebelum menentukan terapi atau tatalaksana yang akan diambil berdasarkan alogaritma *Canadian Hypertension Education Program The Canadian Recommendation for The Management of Hypertension 2014* (Dasgupta *et al.*, 2014; PERKI, 2015).

2.2.7 Faktor resiko

Faktor resiko hipertensi menurut Nurarif (2013) antara lain:

A. Usia

Tekanan darah cenderung meningkat dengan bertambahnya usia. Pada laki-laki meningkat pada usia lebih dari 45 tahun sedangkan pada wanita meningkat pada usia lebih dari 55 tahun (Infodatin, 2017). Namun tidak menutup pembatasan usia yang terdeteksi saja yang bisa mengidap penyakit hipertensi.

B. Riwayat kesehatan keluarga

Hipertensi dapat menyerang siapa saja. Faktor genetik yang diturunkan menjadi salah satu penyebab seseorang mengalami hipertensi. Sehingga orang cenderung lebih mudah untuk menderita hipertensi jika ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya.

C. Kebiasaan gaya hidup tidak sehat

Kemudahan membeli makanan cepat saji dan mengandung bahan makanan kimia di era sekarang menjadikan seseorang menjadi konsumtif. Banyak toko dan warung makan yang memberikan kemudahan tersebut. Gaya hidup tidak sehat dapat meningkatkan hipertensi, antara lain minum minuman beralkohol, kurang berolahraga, dan merokok yang mengandung nikotin.

2.2.8 Pemeriksaan penunjang

Setelah dilakukan pengukuran tekanan darah menggunakan *sphygmomanometer* maka akan dilakukan pemeriksaan dasar seperti: kardiologis, radiologis, tes laboratorium, EKG, dan rontgen. Tes khusus yang dilakukan adalah tes X-Ray (angiografi) yang mencakup penyuntikan suatu zat warna yang digunakan untuk memvisualisasikan jaringan arteri aorta, renal, dan adrenal. Memeriksa saraf sensoris dan perifer dengan alat EEG (PERKI, 2015).

2.2.9 Penatalaksanaan

Pengobatan hipertensi bersifat individualistis dan sepanjang masa dengan tetap memperhatikan gaya hidup. Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi nonfarmakologi dan farmakologi. Target dari terapi hipertensi adalah menjaga hipertensi tetap terkontrol seumur hidup pasien (Mollsoglu *et.al.*, 2015). Ketika hipertensi terdeteksi, intervensi terapeutik efektif mengurangi perjalanan dan keparahan penyakit ini. Pengaturan diet dengan penurunan berat badan yang disertai obat yang memanipulasi penanganan air dan garam atau aktivitas otonom sistem kardiovaskuler digunakan untuk mengobati hipertensi. Selain itu, olahraga secara teratur membantu mengurangi tekanan darah tinggi (PERKI, 2015).

2.2 Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)

2.2.1 Definisi

Prolanis adalah sistem pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegratif yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

2.2.2 Tujuan Prolanis

- A. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dalam pengelolaan penyakit kronis bagi peserta BPJS Kesehatan yang menyandang Diabetes Melitus Tipe 2 (PERKENI, 2014).
- B. Mendorong peserta penyandang penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM tipe II dan Hipertensi sesuai panduan klinis terkait penyakit sehingga mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS Kesehatan, 2014).

2.2.3 Sasaran Prolanis

Sasaran dari Prolanis menurut BPJS Kesehatan (2014) merupakan seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi) dengan penanggung jawab program ini adalah Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian manajemen pelayanan primer dengan rincian sebagai berikut:

2.2.3.1 Operasional pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan

Sebagai petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan promotif dan preventif dan prolanis bagi peserta yang menyandang DM tipe 2 dan hipertensi.

2.2.3.2 FKTP

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam hal ini di pegang oleh puskesmas. Puskesmas berfungsi sebagai petunjuk pelayanan kesehatan di tingkat pertama bagi peserta yang menyandang penyakit DM tipe 2 dan hipertensi. Pelayanan di FKTP berfokus pada pelayanan promotif dan preventif.

2.2.4 Landasan hukum Prolanis

Prolanis adalah salah satu program BPJS Kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan penyandang penyakit kronis. Prolanis memiliki landasan hukum dalam teknis dan kegiatan serta administrasi pelayanannya. Landasan hukum pelaksanaan prolanis adalah PMK 71 tahun 2013, PMK 28 tahun 2014, PMK 99 tahun 2015, PMK 001 tahun 2013, Perpres 19 tahun 2016, dan Perber No. HK.01.08/980/2017 dan No. 2 tahun 2017.

2.2.5 Bentuk pelaksanaan dan aktivitas Prolanis

Aktivitas Prolanis menurut BPJS Kesehatan (2014) dilaksanakan dengan mencakup lima metode, yaitu:

2.2.5.1 Konsultasi medis

Konsultasi medis dilakukan dengan cara adanya konsultasi medis diantara peserta Prolanis dengan tim medis dengan jadwal konsultasi yang disepakati bersama. Konsultasi medis dilakukan oleh tim medis di FKTP yang menangani Prolanis.

Tidak terdapat pungutan biaya selama peserta Prolanis menjalani kegiatan Prolanis.

2.2.5.2 Edukasi kelompok peserta Prolanis

Kegiatan edukasi klub Prolanis berupa pengetahuan kesehatan untuk memulihkan dari penyakit, mencegah timbul kembali penyakit, dan meningkatkan status kesehatan bagi peserta. Sasarannya adalah terbentuknya kelompok peserta (klub) Prolanis minimal satu fasilitas kesehatan. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan edukasi.

2.2.5.3 *Reminder* melalui SMS Gateway

Reminder merupakan kegiatan yang dilakukan tim medis yang menangani Prolanis untuk memotivasi peserta melakukan kunjungan rutin ke tempat fasilitas kesehatan pengelola melalui peringatan jadwal konsultasi. Sasarannya adalah tersampainya *reminder* jadwal konsultasi ke masing-masing peserta. *Reminder* dilakukan menggunakan SMS gateway yang ditujukan kepada penyandang DM tipe 2 atau hipertensi peserta klub Prolanis.

2.2.5.4 *Home visit*

Home visit adalah salah satu kegiatan pelayanan kesehatan kunjungan rumah kepada peserta Prolanis untuk pemberian informasi atau edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta dan keluarga.

Sasaran *home visit* Prolanis adalah:

- A. Peserta yang baru terdaftar.
- B. Peserta yang tidak hadir terapi di dokter praktik perorangan/klinik/puskesmas selama tiga bulan berturut-turut.
- C. Peserta dengan GDP/GDPP dibawah standar tiga bulan berturut-turut.
- D. Peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol tiga bulan berturut-turut.
- E. Peserta pasca opname.

2.2.5.5 Pemantauan status kesehatan (*skrinning* kesehatan)

Pemantauan kesehatan peserta dilakukan minimal satu bulan sekali oleh petugas Prolanis. Pemantauan kesehatan bertujuan untuk memantau peningkatan dan keberhasilan perawatan. Pemantauan berfungsi untuk mengontrol riwayat pemeriksaan kesehatan untuk pencegahan terjadinya komplikasi atau penyakit berlanjut.

2.2.6 Teknis Prolanis di puskesmas

Penilaian evaluasi pelaksanaan dan pencapaian kegiatan dilakukan pada pertengahan dan akhir tahun. Penguatan manajemen puskesmas dilakukan melalui pendekatan keluarga dalam tahap P1, tahap P2, maupun tahap P3 dengan terlaksananya program pemerintah Indonesia sehat untuk menurunkan prevalensi penyandang penyakit kronis setiap tahun (Kemenkes Republik Indonesia, 2017).

Puskesmas memfasilitasi setiap anggota BPJS untuk dapat ikut aktif di Prolanis dengan langkah-langkah pelaksanaan Prolanis menurut BPJS Kesehatan (2014) sebagai berikut:

- A. Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:
 - 1) Hasil skrinning riwayat kesehatan.
 - 2) Hasil diagnosa DM tipe 2 dan hipertensi (pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rumah sakit).
- B. Menentukan target sasaran.
- C. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan dokter keluarga atau puskesmas distribusi berdasarkan distribusi target sasaran peserta.
- D. Menyelenggarakan sosialisasi Prolanis kepada fasilitas kesehatan pengelola.
- E. Melakukan pemetaan jejaring fasilitas kesehatan pengelola (apotek, laboratorium).
- F. Permintaan pernyataan kesediaan jejaring fasilitas kesehatan untuk melayani peserta Prolanis.
- G. Melakukan sosialisasi prolanis kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronis di rumah sakit, dan lain-lain).

- H. Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang DM tipe 2 dan hipertensi untuk bergabung dalam Prolanis.
- I. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan *form* kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis.
- J. Mendistribusikan buku pemantauan kesehatan kepada peserta terdaftar Prolanis.
- K. Melakukan rekapitulasi daftar peserta.
- L. Melakukan entri data peserta dan pemberian *flag* bagi peserta Prolanis.
- M. Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai fasilitas kesehatan pengelola.
- N. Bersama dengan fasilitas kesehatan melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status peserta, meliputi: pemeriksaan GDP, GDPP, tekanan darah, IMT, dan HbA1C. Bagi peserta yang belum dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan.
- O. Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per fasilitas kesehatan pengelola (data merupakan iuran aplikasi *P-Care*)
- P. Melakukan mentoring aktivitas Prolanis pada masing-masing fasilitas kesehatan pengelola:
 - 1) Menerima laporan aktivitas Prolanis dari fasilitas kesehatan pengelola.
 - 2) Menganalisa data.
- Q. Menyusun umpan balik kinerja fasilitas kesehatan Prolanis.
- R. Membuat laporan kepada kantor divisi regional atau kantor pusat.

2.3 Prolanis bagi DM tipe 2 dan hipertensi

Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan yang menderita penyakit kronis dalam hal ini adalah DM tipe 2 dan hipertensi. Lima kegiatan Prolanis meliputi: konsultasi medis, edukasi kelompok, *home visit*, *SMS gateway*, dan *skinning* kesehatan tentang penyakit secara teratur dan terstruktur bagi peserta. Sehingga adanya Prolanis

efektif bagi penyandang penyakit kronis untuk mengendalikan gula darah bagi diabetes dan tekanan darah bagi hipertensi dengan cara memberikan perhatian serius dari semua pihak pada penderita sehingga kualitas hidup penderita akan meningkat maksimal. Maka target peningkatan status kesehatan dan kesadaran peserta secara mandiri dapat terwujud secara maksimal (BPJS Kesehatan, 2014).

2.4 Faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis

Cakupan adalah jangkauan pelayanan kesehatan (KBBI, 2017). Cakupan Prolanis adalah jangkauan pelayanan kesehatan dalam Prolanis. Cakupan Kepesertaan Prolanis dikategorikan menjadi empat kategori yaitu cakupan kepesertaan Prolanis rendah (0-25%), cakupan kepesertaan Prolanis cukup (26-50%), cakupan kepesertaan Prolanis tinggi (51-75%), dan cakupan kepesertaan Prolanis sangat tinggi (76-100%).

2.4.2 Internal faktor

2.4.2.1 Karakteristik demografi

Karakteristik menurut kamus besar bahasa Indonesia (2017) adalah ciri khusus atau sifat khas individu dalam menyakini, bertindak, dan merasakan sesuatu. Sedangkan demografi adalah tulisan-tulisan atau data tentang penduduk atau masyarakat. Adioetomo (2010) menjelaskan bahwa karakteristik demografi adalah ciri yang menggambarkan perbedaan masyarakat berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan lamanya menderita sakit.

2.4.2.1.1 Pendidikan

Pendidikan atau *paedagogie* diartikan sebagai bimbingan atau pertolongan yang diberikan secara sengaja kepada orang lain untuk mencapai tingkat penghidupan mental yang lebih tinggi (Hasbullah, 2012). Tingkat pendidikan menentukan penyerahan dan pemahaman seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya, begitupun sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan menghambat perkembangan sikap

seseorang terhadap penerimaan, informasi, dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pendidikan menurut Kintamani (2012) di bagi menjadi 3 jalur yaitu pendidikan formal, nonformal dan informal. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan terstruktur dan berjenjang yang terdiri dari pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi (PPRI No. 32, 2013). Pendidikan nonformal/PLS adalah pendidikan yang dilaksanakan di luar sekolah baik yang dilembagakan maupun yang belum dilembagakan, berjenjang atau tidak berjenjang, berkesinambungan atau tidak berkesinambungan dan berlangsung sepanjang hayat (Trihayati, 2010). Pendidikan nonformal meliputi pendidikan kecakapan hidup, pendidikan anak usia dini, pendidikan kepemudaan, pendidikan pemberdayaan perempuan, pendidikan keaksaraan, pendidikan keterampilan dan pelatihan kerja, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik (Trihayati, 2010). Pendidikan informal adalah kegiatan pendidikan informal yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri (PPRI No.17 tahun 2010). Hasil dari pendidikan diakui sama setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan (Kintamani, 2012).

2.4.2.1.2 Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan dan aktivitas seseorang untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Notoadmodjo, 2012). Tolok ukur pekerjaan adalah kegiatan yang menggunakan waktu terbanyak dan menghasilkan nilai nominal materil yang dapat dijadikan alat tukar untuk memenuhi kebutuhan hidup. Jenis pekerjaan dibagi menjadi 0) tidak bekerja, 1) PNS, 2) pegawai swasta, 3) TNI/POLRI, 4) Dokter, 5) wiraswasta, 6) petani, 7) nelayan/buruh, 8) guru, 9) pedagang, 10) Pensiunan, dan 11) mengurus rumah tangga.

2.4.2.1.3 Jenis kelamin

Jenis kelamin (seks) menurut Hungu (2007) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh dan fungsi organ pada laki-laki dan perempuan. Laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya.

2.4.2.1.4 Usia

Usia adalah ukuran perhitungan masa hidup seseorang dimulai saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia (Depkes, 2013). Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir (Wawan, 2010). Setyowati dan Supartini (2013) mengemukakan bahwa usia berhubungan erat dengan pengetahuan, semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan yang dimiliki yang berdampak pada sikap yang diambil.

2.4.2.1.5 Lama sakit

Pengalaman adalah cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu (Rahayu, 2012). Lama menderita penyakit yang dialami oleh penyandang DM tipe 2 atau hipertensi dihitung dari waktu pertama kali dokter mendiagnosis penyakit sampai saat ini (BPJS Kesehatan, 2014). Semakin lama seseorang mengalami sakit, maka orang tersebut akan mencari cara untuk berhenti mengalami kesakitannya.

2.4.2.2 Jenis Jaminan Kesehatan yang diikuti

Program Indonesia Sehat menjadikan target seluruh warga negara Indonesia menjadi anggota dan aktif dalam Jaminan Kesehatan Nasional tanpa terkecuali sesuai dengan kemampuan (BPJS Kesehatan, 2014). Jaminan kesehatan nasional

memegang peranan kuat terhadap proses pengambilan keputusan seseorang untuk menentukan perawatan terhadap sakit yang dideritanya (BPJS Kesehatan, 2014). Jaminan Kesehatan yang berada dibawah BPJS Kesehatan adalah JPS, BPJS Mandiri, dan ASKES. Sehingga kepesertaan mengikuti jaminan kesehatan BPJS kesehatan adalah solusi dan kemudahan dari warga negara Indonesia.

2.4.2.3 Ekonomi

Ekonomi pendapatan adalah penghasilan setiap bulan dalam keluarga untuk memenuhi kehidupan sehari-hari. Penghasilan seseorang diukur dengan UMR masing-masing setiap daerah. Tingkat perekonomian seseorang mengambil peranan penting dalam pengambilan keputusan seseorang untuk menentukan pola perawatan dan pengambilan keputusan perihal upaya meningkatkan derajat kesehatan seseorang. Ekonomi dan jaminan sosial seseorang menjadi beberapa alasan penentu kesehatan.

2.4.2.4 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yang tercakup dalam domain kognitif, yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Pengetahuan dapat mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis di ukur melalui seberapa tahu penyandang DM tipe 2 atau hipertensi terhadap penyakitnya meliputi: komplikasi penyakit, tata cara, dan faktor yang mempengaruhi komplikasi, pengetahuan tentang Prolanis meliputi pembiayaan, manfaat Prolanis, kepesertaan Prolanis, dan kegiatan yang ada dalam Prolanis, sehingga dapat dikorelasi antara pengetahuan dan kepesertaan Prolanis.

2.4.2.5 Sikap

Sikap adalah keteraturan tertentu seseorang terhadap aspek sekitarnya baik secara perasaan, pemikiran, dan tindakan (Azwar, Saifuddin. 2013). Sikap pasien dalam

menyikapi penyakit dan sikap pasien dalam menyikapi pengobatan memiliki andil besar dalam perawatan kesembuhan pasien. Sikap positif terhadap suatu obyek apabila ia suka dan menyenangkannya, sebaliknya orang yang dikatakan memiliki sikap negatif terhadap obyek bila tidak suka atau sikapnya tidak menyenangkan terhadap obyek (Ahmadi dalam Aditama, 2013).

2.4.3 Eksternal faktor

2.4.3.1 Geografis

Geografis adalah letak suatu daerah dilihat dari kenyataannya di muka bumi atau posisi daerah itu pada bola bumi dibandingkan dengan posisi daerah lain. Kabupaten Magelang adalah salah satu kabupaten yang berada di wilayah Provinsi Jawa Tengah. Secara geografis Kabupaten Magelang terletak diantara $110^{\circ} - 01' - 51''$ Bujur Timur, $110^{\circ} - 26' - 58''$ Bujur Barat, $7^{\circ} - 19' - 13''$ lintang selatan dan $7^{\circ} - 42' - 16''$ lintang utara (BPS Kabupaten Magelang, 2016).

Gambar 2.1 Peta Kabupaten Magelang



Sumber: BPS Kabupaten Magelang, 2016

Kabupaten Magelang secara administratif dibagi menjadi 21 kecamatan yang terdiri dari 367 desa dan 5 kelurahan. Luas wilayah Kabupaten Magelang $\pm 1.085,73 \text{ km}^2$ (108.573 hektar) atau $\pm 3,34\%$ dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan proyeksi laju pertumbuhan penduduk tahun 2016 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Magelang tahun 2016 sebesar 1,257,123 jiwa. Kecamatan Bandongan adalah salah satu kecamatan di Kabupaten Magelang dengan luas wilayah $45,79 \text{ km}^2$ dengan jumlah penduduk 57.103 jiwa.

Kecamatan Bandongan memiliki 14 desa dan 4 kelurahan (Badan Pusat Statistika Kabupaten Magelang, 2016).

2.4.3.2 Transportasi

Transportasi adalah pemindahan manusia atau barang dari satu tempat ke tempat lainnya dalam waktu tertentu dengan menggunakan sebuah kendaraan yang digerakkan oleh manusia, hewan, maupun mesin (Adewuni, 2014). Sarana transportasi secara umum dikelompokkan menjadi dua yaitu kendaraan pribadi dan kendaraan umum (Miro, 2008). Kendaraan pribadi adalah moda transportasi yang dikhususkan pribadi seseorang sehingga bebas memakainya kemana saja dan kapan saja. Sedangkan kendaraan umum adalah moda transportasi yang diperuntukkan untuk bersama (orang banyak), kepentingan bersama, layanan bersama, mempunyai arah dan titik tujuan yang sama, serta terikat dengan peraturan trayek dan jadwal yang sudah ditetapkan bersama (Dr. Andriansyah., M. Si, 2015). Kemudahan transportasi menjadi salah satu alasan rajin terapi pasien.

2.4.3.3 Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan dengan sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami, istri, atau dukungan dari saudara kandung dan dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

Paradigma sehat untuk pasien merupakan cara pandang hidup sehat terutama pada keluarga dengan risiko tinggi untuk mandiri, memelihara, dan meningkatkan serta waspada akan munculnya komplikasi (Putri, 2013). Dukungan keluarga sangat penting dalam memotivasi pasien untuk menciptakan lingkungan yang terhindar dari stress akibat pengobatan yang dijalani dan menjadi pengontrol terapi.

Komplikasi penyakit diabetes jika tidak dikelola dengan baik berakibat terjadi penyakit menahun tambahan, seperti penyakit serebrovaskuler, jantung koroner, penyakit pembuluh darah tungkai, penyakit pada mata, dan ginjal serta syaraf. Begitupun dengan penyakit hipertensi jika tidak di tangani dan dikontrol dapat menimbulkan komplikasi dimulai dari sakit kepala berat hingga stroke bahkan kematian. Jadi, jika kadar glukosa darah dapat selalu dikendalikan dan tekanan darah terkontrol, maka target pencegahan penyakit menahun tersebut akan tercapai (Waspadji, 2010).

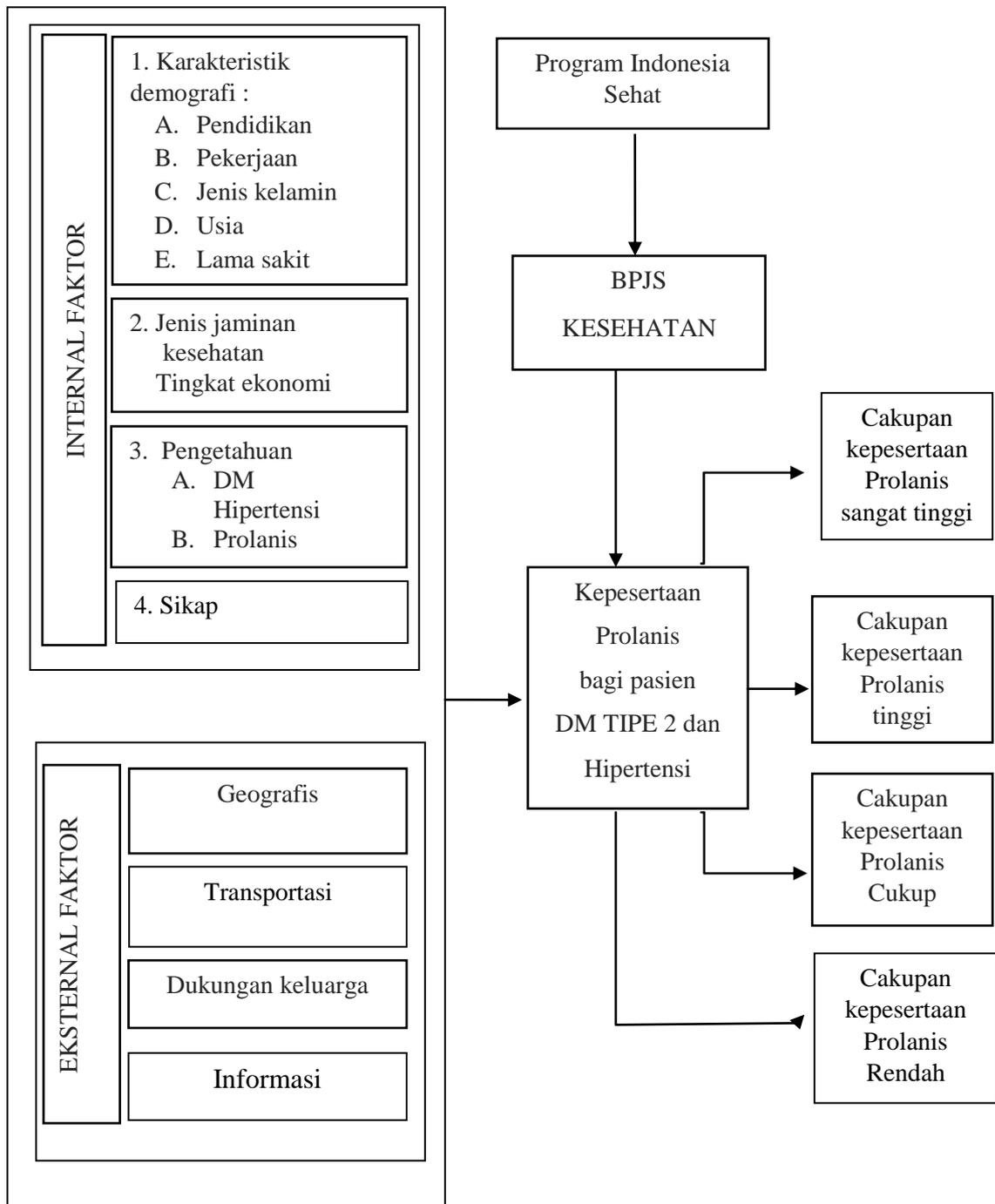
Penelitian yang dilakukan oleh Marie, Heisler, dan Piette (2011) membuktikan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan penderita penyakit kronis. Pola komunikasi dan mekanisme coping keluarga yang baik meningkatkan motivasi klien untuk selalu menjaga kesehatannya (Marie *et.al.*, 2011). Jenis dukungan keluarga ada empat yaitu:

- A. Dukungan instrumental keluarga menjadi sumber pertolongan yang praktis dan konkrit. Pendekatan keluarga pada pasien diabetes melitus adalah penyuluhan dan konseling tentang kebiasaan hidup sehat dan melakukan pemeriksaan umum. Pendekatan pada pasien hipertensi dengan pola hidup sehat dan pola makan sehat (*American Diabetes Association (ADA)*, 2013).
- B. Dukungan informasional yaitu keluarga berfungsi sebagai penyebar informasi kesehatan kepada anggota keluarga yang sakit tentang pengelolaan dan perawatan penyakitnya sesuai panduan Prolanis (BPJS Kesehatan, 2014).
- C. Dukungan spiritual yaitu keluarga memberikan dukungan spiritual kepada anggota keluarga yang sedang mengalami suatu penyakit seperti mengajak ke beribadah tempat ibadah atau ibadah di rumah bersama (Friedman, 2011).
- D. Dukungan emosional berbentuk dukungan atau bantuan keluarga dengan memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri. Mengubah rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dari penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya (Friedman, 2011) menjadi hilang dengan pendampingan keluarga sebagai *support sistem*.

2.4.3.4 Informasi

Informasi menjadi salah satu faktor sangat penting bagi penentuan keputusan sehari-hari. Informasi menurut *McLeod* (2010:35) merupakan data yang telah diproses atau memiliki arti. Informasi dapat diartikan sebagai data yang telah diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya (Jogiyanto, 2010). Jadi dapat diambil kesimpulan informasi adalah data yang telah diproses menurut sekumpulan aturan dan telah memiliki arti atau nilai berupa fakta yang diungkapkan, keberadaanya aktif, berdasarkan bisnis, dan ditransformasikan dari data. Informasi yang penderita peroleh dari pelayanan kesehatan memiliki pengaruh terhadap terapi. Semakin banyak informasi yang didapat maka semakin tinggi angka kesembuhan dan pencegahan terhadap komplikasi penyakit.

2.5 Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Azwar (2013); BPJS Kesehatan (2014); Elmiati *et.al.*, (2014); Ridha (2015).

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Jenis hipotesis ada dua yaitu hipotesis nol dan hipotesis alternatif. Hipotesis nol (H_0) merupakan hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan, korelasi, pengaruh dan atau perbedaan antara dua kelompok atau lebih data di dalam penelitian. Sedangkan hipotesis alternatif (H_a) merupakan hipotesis yang menyatakan ada hubungan, korelasi, dan atau perbedaan antara dua kelompok atau lebih data dalam penelitian (Dahlan, 2014).

H_a =

Terdapat hubungan antara faktor internal dengan cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

Terdapat hubungan antara faktor eksternal dengan cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

H_0 =

Tidak terdapat hubungan antara faktor internal dengan angka cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

Tidak terdapat hubungan antara faktor eksternal dengan cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan.

BAB 3 METODE PENELITIAN

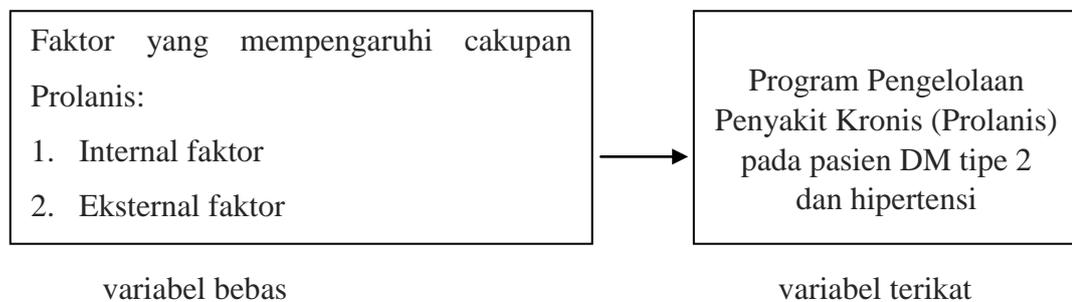
3.1 Rancangan penelitian

Rancangan penelitian adalah susunan sistematis penelitian untuk memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Dahlan, 2014). Penelitian ini menggunakan metode penelitian *deskriptif korelatif* dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel bebas pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis yang meliputi internal faktor dan eksternal faktor. Sedangkan variabel terikatnya adalah cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan, Kabupaten Magelang.

3.2 Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep dan variabel yang diteliti (Notoadmodjo, 2012).

Kerangka konsep pada penelitian ini:



Keterangan :

Diteliti :

Skema 3.1 Kerangka Konsep

3.3 Definisi operasional

Definisi operasional mendefinisikan operasional variabel berdasar karakteristik yang diamati untuk mempermudah peneliti melakukan observasi secara cermat berdasarkan suatu obyek atau fenomena (Hidayat, 2010).

Definisi operasional variabel dalam penelitian ini disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Karakteristik demografi	Karakteristik demografi adalah ciri yang menggambarkan masyarakat berdasarkan usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, dan lama sakit			
	1. Usia Masa hidup responden dalam tahun dengan pembulatan ke bawah atau umur pada waktu ulang tahun terakhir dan dibuktikan dengan KTP responden.	Kuesioner	Umur responden dalam tahun Kelompok umur (tahun) 1. Remaja = 10-19 2. Dewasa = 20-44 3. Pra-lansia = 45-59 4. Lansia = ≥ 60	Ordinal
	2. Pendidikan Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah dicapai responden dan berdasarkan kepemilikan ijazah sampai saat mengisi kuesioner.	Kuesioner	0. Lulus sekolah 1. Tidak Lulus SD 2. Lulus SD 3. Lulus SMP 4. Lulus SMA 5. Lulus Diploma 6. Lulus Sarjana Hasil: 1. Rendah = \leq SMP 2. Tinggi = \geq SMA	Ordinal
	3. Jenis kelamin Perbedaan seks yang di dapat sejak lahir yang dibedakan antara laki-laki dan perempuan	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4. Pekerjaan Pekerjaan yang menggunakan waktu terbanyak responden atau pekerjaan yang memberikan penghasilan terbesar	Kuesioner	0. Tidak bekerja 1. PNS 2. Pegawai swasta 3. TNI/POLRI 4. Dokter 5. Wiraswasta 6. Petani 7. Buruh 8. Guru 9. Pedagang 10. Pensiunan 11. Mengurus rumah tangga	Nominal	

	5. Lama responden menderita penyakit DM tipe 2 atau hipertensi yang dihitung dari waktu pertama kali dokter mendiagnosis	Kuesioner	1. ≤ 5 tahun 2. > 5 tahun	Ordinal
Jenis jaminan kesehatan	1. Jenis jaminan kesehatan Kepesertaan mengikuti jaminan kesehatan BPJS kesehatan	Kuesioner	0. tidak ikut JKN 1. Ikut JPS 2. Ikut BPJS 3. Ikut ASKES	Ordinal
Tingkat ekonomi	2. Tingkat ekonomi Keadaan ekonomi keluarga yang dihitung dari penghasilan keluarga setiap bulan	Kuesioner	1. \leq UMR 2. $>$ UMR	Ordinal
Pengetahuan	Pengetahuan yang dimiliki pasien DM tipe 2 atau hipertensi di Puskesmas Bandongan sampai dengan tahap memahami dibuktikan dengan jawaban responden mengenai: 1. DM tipe 2 atau hipertensi a. Komplikasi b. Tata cara c. Faktor yang mempengaruhi komplikasi 2. Prolanis a. Biaya b. Manfaat c. Peserta d. Kegiatan	Kuesioner	0. Salah 1. Benar Hasil = 1. Kurang apabila nilainya kurang dari sama dengan 6 2. Cukup apabila nilainya 7-12 3. Baik apabila nilainya 13-18	Ordinal
Sikap	Sikap pasien dalam menyikapi penyakit dan sikap pasien dalam menyikapi pengobatan	Kuesioner	0. Salah 1. Benar Hasil = 1. Kurang apabila nilainya ≤ 2 2. Cukup apabila nilainya 3 3. Baik apabila nilainya 4	Ordinal
Geografis	Geografis dipetakan menurut jarak dan waktu responden ke Puskesmas Bandongan yang diukur dengan jawaban responden terhadap akses ke yankes dan	Kuesioner	0. tidak 1. kadang-kadang 2. sering	Ordinal

	dibuktikan dengan peta letak rumah		<p>Hasil =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jauh apabila nilainya ≤ 2 2. Dekat apabila nilainya 3-4 	
Transportasi	Kendaraan yang digunakan responden ke yankes dengan menggunakan kendaraan umum/angkot atau kendaraan pribadi dan dibuktikan dengan jawaban responden terhadap kemudahan akses transportasi ke yankes	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 0. tidak 1. kadang-kadang 2. sering <p>Hasil =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Susah apabila nilainya ≤ 2 2. Mudah apabila nilainya 3-4 	Ordinal
Dukungan keluarga	Jawaban responden mengenai dukungan keluarga dalam satu rumah terhadap perawatan penyakit yang sedang atau akan dijalankan responden berupa dukungan instrumental, informasional, spiritual, dan emosional.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 0. tidak 1. kadang-kadang 2. sering <p>Hasil =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang apabila nilainya ≤ 6 2. Cukup apabila nilainya 7-12 3. Baik apabila nilainya 13-16 	Ordinal
Informasi	Informasi berupa fakta yang diungkapkan dan diperoleh responden dari Puskesmas Bandongan terkait penyakit.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 0. tidak 1. kadang-kadang 2. sering <p>Hasil =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang apabila nilainya ≤ 2 2. Cukup apabila nilainya 3 3. Baik apabila nilainya 4 	Ordinal
Cakupan kepesertaan prolans	Kepesertaan pasien dalam Prolans diukur dalam dua kategori yaitu ikut atau tidak ikut	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ikut 2. Ikut 	Ordinal

Sumber : *data primer*, 2018

3.4 Populasi dan sampel

3.4.1 Populasi

Populasi yaitu kelompok subyek (orang, pasien, data) yang memiliki karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2014). Populasi meliputi seluruh karakteristik/ sifat yang dimiliki oleh obyek/ subyek (Sugiyono, 2011). Populasi pada penelitian ini berjumlah 300 pasien diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi baik yang peserta Prolanis maupun tidak peserta Prolanis yang terdaftar di Puskesmas Bandongan, Kabupaten Magelang.

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu yang bisa mewakili populasi (Sastroasmoro, 2014). Sampel penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 atau hipertensi yang menjadi dan atau bukan anggota Prolanis di Puskesmas Bandongan serta memenuhi kriteria inklusi ataupun kriteria eksklusi dengan jumlah sampel 169 + 10% *dropout* menjadi 186. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *random stratified sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan merandom sampel berdasarkan strata dan berlapis. Waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan sampel atau responden pada penelitian ini adalah tiga bulan.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi:

- A. Pasien DM tipe 2 atau hipertensi di Puskesmas Bandongan peserta BPJS Kesehatan.
- B. Pasien DM tipe 2 atau hipertensi yang terdaftar di Puskesmas Bandongan anggota Prolanis maupun tidak.
- C. Data rekam medis sebelumnya menunjukkan menderita diabetes tipe 2 atau hipertensi.
- D. Mampu secara fisik dan mampu berkomunikasi.
- E. Pasien yang bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi:

A. Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

Besar atau jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini di hitung menggunakan rumus *Lemeshow* menurut Sujarweni (2014) yaitu:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot P(1-P)}$$

Keterangan:

n	= jumlah sampel
N	= jumlah populasi = 300
Z	= derajat kepercayaan untuk $\alpha = 5\%$ adalah 1,96
p	= harga proporsi pada populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah 50% = 0,5
d	= ketetapan yang diinginkan 90% = 0,05
Q	= proporsi tanpa atribut $1 - P = 0,5$

Jadi :

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 300 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(300 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{288,12}{0,7475 + 0,9604}$$

$$n = 168,69 \text{ di bulatkan menjadi } 169 \text{ responden}$$

$$n = 169 + 10\% \text{ dropout} = 186 \text{ responden}$$

Tabel 3.2 Perhitungan proporsi sampel

No.	Desa	Jumlah pasien Diabetes	Sampel yang diambil	Jumlah pasien Hipertensi	Sampel yang diambil
1	Sukosari	5	$\frac{5}{146} \times 93 = 3$	6	$\frac{6}{154} \times 93 = 4$
2	Kedungsari	5	$\frac{5}{146} \times 93 = 3$	6	$\frac{6}{154} \times 93 = 4$
3	Kebonagung	1	$\frac{1}{146} \times 93 = 1$	2	$\frac{2}{154} \times 93 = 1$
4	Kallegen	4	$\frac{4}{146} \times 93 = 3$	5	$\frac{5}{154} \times 93 = 3$
5	Tonoboyo	4	$\frac{4}{146} \times 93 = 3$	5	$\frac{5}{154} \times 93 = 3$
6	Ngepanrejo	1	$\frac{1}{146} \times 93 = 1$	2	$\frac{2}{154} \times 93 = 1$
7	Salamkanci	11	$\frac{11}{146} \times 93 = 7$	12	$\frac{12}{154} \times 93 = 7$
8	Banyuwangi	9	$\frac{9}{146} \times 93 = 6$	9	$\frac{9}{154} \times 93 = 6$
9	Gandusari	9	$\frac{9}{146} \times 93 = 6$	9	$\frac{9}{154} \times 93 = 6$
10	Sukodadi	8	$\frac{8}{146} \times 93 = 5$	8	$\frac{8}{154} \times 93 = 4$
11	Trasan	26	$\frac{26}{146} \times 93 = 16$	25	$\frac{25}{154} \times 93 = 15$
12	Bandongan	32	$\frac{32}{146} \times 93 = 20$	33	$\frac{33}{154} \times 93 = 20$
13	Sidorejo	13	$\frac{13}{146} \times 93 = 8$	14	$\frac{14}{154} \times 93 = 8$
14	Rejosari	18	$\frac{18}{146} \times 93 = 11$	18	$\frac{18}{154} \times 93 = 11$
Jumlah		146	93	154	93

Sumber: Data primer, 2017

3.5 Waktu dan tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan bulan November 2017 sampai dengan bulan Juli 2018 di wilayah kerja Puskesmas Bandongan. Penelitian dilakukan mulai dari pembuatan proposal, penelitian sampai dengan penyampaian hasil penelitian dan pelaporan.

3.6 Validitas dan Reliabilitas

3.6.1 Uji Validitas

Validitas merupakan ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau keshahihan suatu instrumen yang dijadikan sebagai alat ukur telah benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang disusun dan dibuat sendiri oleh peneliti dan telah diuji validitasnya di responden berjumlah 60 (30 DM tipe 2 dan 30 hipertensi) secara *random stratified sampling* di wilayah Puskesmas Windusari yang memiliki kesamaan karakteristik responden dan demografi dengan Puskesmas Bandongan. Kuesioner dalam penelitian ini berupa pernyataan tertutup dengan cara memberikan tanda centang atau melingkar pada jawaban yang dipilih responden. Hasil jawaban kuesioner di uji dengan *Cronbach's Alpha*. Instrumen dikatakan valid jika mempunyai $r_{hitung} > r_{tabel}$ dengan tingkat signifikan minimal 95%. Sebaliknya, jika hasil $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka dikatakan tidak valid. Kriteria yang digunakan apabila $p > 0,05$ maka dinyatakan valid (Sugiyono, 2012). Penelitian ini menggunakan kuesioner terdiri dari 45 butir soal yang sudah diuji validitas *Cronbach's Alpha* menunjukkan hasil $r_{hitung} = 0,745$, dan $r_{tabel} = 0,360$. Jadi $r_{hitung} > r_{tabel}$, maka kuesioner yang digunakan valid dan dapat digunakan sebagai alat ukur instrumen penelitian.

3.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah hasil pengukuran yang konsisten atau tetap (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012). Uji reliabilitas pada instrumen penelitian ini adalah uji *Alpha Cronbach* yang dinyatakan, jika nilai $\alpha > 0,852$ = reliabel tinggi, $\alpha < 0,500$ = reliabel rendah. Hasil uji reliabilitas kuesioner yang peneliti lakukan di Puskesmas Windusari menunjukkan hasil $\alpha = >0,745$ setiap variabelnya maka kuesioner bernilai reliabel sehingga kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur.

3.7 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.7.1 Alat Pengumpulan Data

3.7.1.1 Rekam Medis

Rekam medis yang diperoleh dari Puskesmas Bandongan. Rekam medis berisi data-data sebagai berikut: nama pasien, kepala keluarga, umur, jaminan kesehatan yang dimiliki, alamat, jenis kelamin, puskesmas yang digunakan, dokter yang menangani, diagnosa penyakit, pekerjaan, jenis perawatan, lama pasien, dan zona wilayah.

3.7.1.2 Kuesioner

Penelitian ini menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang disusun dan dibuat sendiri oleh peneliti dan telah diuji validitasnya di responden secara *random stratified sampling* di wilayah Puskesmas Windusari dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden hipertensi dan 30 responden DM tipe 2 sesuai kriteria inklusi penelitian. Kuesioner terdiri dari dua bagian yaitu kuesioner A dan kuesioner B dengan masing-masing kuesioner berupa pernyataan tertutup. Cara pengisian kuesioner dengan memberikan tanda centang (variabel pengetahuan, sikap, akses pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, dan informasi) dan melingkari (variabel karakteristik responden dan cakupan kepesertaan Prolanis) pada jawaban yang dipilih responden. Hasil uji validitas terhadap 45 butir soal dengan uji *Cronbach's Alpha* menunjukkan $r_{hitung} = 0,745$ dan $\alpha = 0,745$, maka kuesioner valid dan bernilai reliabel tinggi sehingga kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur.

Tabel 3.3 Kisi – kisi kuesioner

Variabel	Indikator	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	Jumlah soal	
Internal faktor	1. Karakteristik demografi				
	a. Nama	1		1	
	b. Jenis kelamin	2		1	
	c. Usia	3		1	
	d. Pendidikan	4		1	
	e. Pekerjaan	5		1	
	f. Pengalaman lama penyakit	6		1	
	g. Jenis jaminan kesehatan	7		1	
	h. Tingkat ekonomi	8		1	
	2. Pengetahuan				
	a. Penyakit yang diderita				
	1) Komplikasi				
	a) fisik	1	3	2	
	b) finansial	2	4	2	
	c) sosial	6	5	2	
	2) Tatalaksana	8	9	2	
	3) Faktor yang mempengaruhi komplikasi	7	10	2	
	b. Prolanis				
	1) Biaya	11	12	2	
	2) Manfaat	14	15	2	
3) Tata cara kepesertaan	13	16	2		
4) Kegiatan	17	18	2		
3. Sikap					
a. Cara menyikapi penyakit	1	3	2		
b. Cara menyikapi pengobatan	2	4	2		
Eksternal faktor	1. Akses pelayanan kesehatan				
	a. Geografis	1	3	2	
	b. Transportasi	2	4	2	
	2. Dukungan keluarga				
	a. Dukungan instrumental	1	2	2	
	b. Dukungan informasional	3	4	2	

	c. Dukungan spiritual	6	5	2
	d. Dukungan emosional	7	8	2
	3. Informasi	1	2	2
Cakupan kepesertaan prolanis	1. Mengikuti atau tidak mengikuti	1		1
Jumlah				45

Sumber : *analisis peneliti*, 2018

3.7.2 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan dan pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2010). Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan jenis data primer yang dilakukan dengan cara memberikan kuesioner secara langsung kepada calon responden. Berikut rincian pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti:

- a. Sebelum melakukan penelitian di Puskesmas Bandongan, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian di Puskesmas Windusari dengan melakukan perizinan dari FIKES UMMagelang kepada Kepala Puskesmas Windusari. Setelah mendapat balasan, peneliti langsung melakukan pengambilan data kepada responden dan mengolahnya hingga menjadi laporan hasil uji validitas dan reliabilitas. Kuesioner dinyatakan valid dan reliabel maka kuesioner dapat dijadikan sebagai alat ukur penelitian di Puskesmas Bandongan.
- b. Peneliti mengurus administrasi perizinan untuk izin penelitian dari FIKES UMMagelang kepada instansi sasaran: Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, Kesbangpol Kabupaten Magelang, Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Satu Pintu (DPMPPST), dan Puskesmas Bandongan.
- c. Setelah mendapat balasan dan diberikan izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, Kesbangpol Kabupaten Magelang, Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Satu Pintu (DPMPPST), dan Puskesmas Bandongan, peneliti langsung mendatangi calon responden dan memperkenalkan identitas

- peneliti, menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan serta kontrak waktu jika tidak bisa dilakukan pada hari tersebut.
- d. Peneliti memberikan *informed consent* dan kuesioner kepada calon responden untuk diisi.
 - e. Setelah *informed consent* di tanda tangani, peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner dan mendampingi responden selama pengisian kuesioner. Jika responden mengalami kesulitan dalam mengisi kuesioner maka peneliti akan membantu dalam memahami kuesioner.
 - f. Setelah selesai, peneliti memeriksa kejelasan dan kelengkapan jawaban kuesioner. Selanjutnya data diolah sampai menjadi hasil.

3.8 Metode Pengolahan dan Analisa Data

3.8.1 Pengolahan data

Pengolahan data menurut Hidayat (2009), terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan dalam proses pengolahan data antara lain:

3.8.1.1 Penyuntingan (*Editing*)

Penyuntingan (*Editing*) adalah proses yang dilakukan untuk meneliti dan mengoreksi semua data yang telah diperoleh. Hal yang perlu diperhatikan dalam mengedit adalah kelengkapan dari pengisian, kesalahan pengisian, konsistensi dari setiap jawaban, apakah pernyataan telah terjawab dengan lengkap, mudah dibaca, dan coretan yang ada telah diperbaiki.

3.8.1.2 Pengkodean

Pengkodean (*Coding*) adalah proses dimana data yang semula berbentuk huruf akan dirubah menjadi data yang berbentuk angka atau bilangan untuk diolah oleh sistem SPSS versi 23.0. Proses *entry* data dengan kode sesuai definisi operasional pada penelitian ini dengan rincian sebagai berikut: jenis kelamin (1. Laki-laki, 2. Perempuan), usia (1. Remaja, 2. Dewasa, 3. Pra-lansia, 4. Lansia), pendidikan terakhir (0. Tidak sekolah, 1. Tidak lulus SD/ sederajat, 2. Lulus SD/ sederajat, 3. Lulus SMP/ sederajat, 4. Lulus SMA/ sederajat, 5. Lulus Diploma, 6. Lulus

Sarjana), pekerjaan (0. Tidak bekerja, 1. PNS, 2. Pegawai swasta, 3. TNI/POLRI, 4. Dokter, 5. Wiraswasta, 6. Petani, 7. Buruh, 8. Guru, 9. Pedagang, 10. Pensiunan, 11. Mengurus Rumahtangga), pengalaman lama menderita penyakit (1. ≤ 5 tahun, 2. > 5 tahun), jaminan kesehatan yang dimiliki (1. JPS, 2. BPJS, 3. ASKES), penghasilan setiap bulan (1. \leq UMR, 2. $>$ UMR), pengetahuan (*Favourable* (Benar=1, Salah=0), *Unfavourable* (Benar=0, salah=1)), sikap (*Favourable* (Benar=1, Salah=0), *Unfavourable* (Benar=0, salah=1)), akses pelayanan kesehatan (*favourable* (0 untuk tidak, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 sering) *unfavourable* (0 untuk sering, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 tidak pernah)), dukungan keluarga (*favourable* (0 untuk tidak, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 sering) *unfavourable* (0 untuk sering, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 tidak pernah)), informasi (*favourable* (0 untuk tidak, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 sering) *unfavourable* (0 untuk sering, 1 untuk kadang-kadang, dan 2 tidak pernah)), dan cakupan kepesertaan Prolanis (1. Tidak ikut, 2. Ikut).

3.8.1.3 Tabulasi

Tabulasi adalah proses mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian. Pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, presentase, dan korelasi. Penelitian ini menggunakan kode tabulasi soal dan jawaban berdasarkan definisi operasional variabel pada kuesioner.

3.8.1.4 Analisa data

Analisa data merupakan tahap lanjutan dalam penelitian untuk mengolah data mentah menjadi data hasil. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa data *univariat* dan *bivariat* (Notoatmodjo, 2012). Peneliti menggunakan analisa data SPSS versi 23.0 dalam komputer dengan pedoman ilmu statistika (Dahlan, 2014).

3.8.2 Analisa data

Analisa data dilakukan untuk mempermudah pengolahan data dan menguji secara statistik kebenaran hipotesis yang telah ditulis (Sumantri, 2011).

Analisa data terdiri dari:

a. Analisa univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengidentifikasi frekuensi dan distribusi data dalam penelitian. Variabel berjenis data kategorik disajikan dalam bentuk presentase dan frekuensi sedangkan data numerik menggunakan mean, standar deviasi, dan nilai minimum maksimum (Sastroasmoro, 2014). Analisa data univariat untuk penelitian ini meliputi: data jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, pengalaman lama menderita penyakit, jenis jaminan kesehatan yang diikuti, tingkat ekonomi, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, informasi, geografis, transportasi, dan cakupan kepesertaan Prolanis.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan terikat melalui uji statistik. Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang memiliki hubungan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis bagi pasien DM tipe 2 dan hipertensi. Penelitian ini menggunakan tiga uji yaitu uji korelasi *Spearman* untuk skala variabel berupa kategorik ordinal dan uji *eta* untuk skala nominal serta uji normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* untuk mengetahui sebaran data hasil penelitian (Dahlan, 2014). Hasil keluaran berbentuk koefisien korelasi $r > 0,0052$ dengan nilai korelasi positif, dan $p > 0,625$ (Dahlan, 2014).

3.9 Etika penelitian

Penelitian ini menerapkan 3 prinsip etik penelitian yang berfungsi melindungi hak responden dan peneliti selama proses penelitian (Nursalam, 2008) yaitu:

1. Prinsip manfaat (*Beneficiency*)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi beberapa pihak baik peneliti, responden, tenaga kesehatan, instansi pendidikan, dan BPJS Kesehatan

juga masyarakat sehingga dapat berperan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan, menurunkan angka penyandang DM tipe 2 dan hipertensi dan dapat masuk menjadi anggota aktif dalam Prolanis khususnya bagi penderita DM tipe 2 dan hipertensi.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*Respect of human dignity*)

Sebelum dilakukan penelitian, peneliti menjelaskan tentang penelitian (tujuan, manfaat, dan mekanisme) yang akan dilakukan dan memberikan *inform consent* sebagai bukti persetujuan tertulis sebagai responden. Peneliti juga memberikan kebebasan kepada responden untuk menjawab kuesioner yang diberikan tanpa memberikan tekanan dan introgasi terhadap responden. Selain itu, peneliti juga memberikan kesempatan bertanya apabila responden tidak jelas terhadap pernyataan pada kuesioner.

3. Prinsip keadilan (*Right to justice*)

Semua responden mendapatkan kesempatan yang sama tanpa membeda-bedakan latar belakang dan status sosial apapun dalam penelitian ini. Setiap responden akan mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian, mengisi persetujuan berupa *inform consent* dan penjelasan tentang cara pengisian kuesioner. Bagi responden DM tipe 2 mendapat cek gula darah dan responden hipertensi cek tekanan darah.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Setelah dilakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Cakupan Kepesertaan Prolanis bagi Pasien DM tipe 2 dan Hipertensi di Puskesmas Bandongan” dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

Secara keseluruhan, dihitung dari jumlah pengguna BPJS Kesehatan di Puskesmas Bandongan dan dinilai dari ikut dan tidaknya peserta dalam Prolanis maka cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan termasuk kategori rendah. Faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan kepesertaan Prolanis yaitu usia, pendidikan, lama sakit, jaminan kesehatan yang dimiliki, penghasilan, pengetahuan, sikap, geografis, transportasi, dukungan keluarga, dan informasi yang responden peroleh. Faktor yang tidak mempengaruhi adalah jenis kelamin dan pekerjaan. Faktor yang memiliki hubungan kuat yang mempengaruhi cakupan kepesertaan prolanis adalah informasi, dukungan keluarga, sikap, dan pengetahuan. Faktor yang memiliki hubungan mempengaruhi paling kuat adalah informasi.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan beberapa hal sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Puskesmas Bandongan

Hasil penelitian dapat menjadi data masukan dan sumber data untuk tindak lanjut meningkatkan angka cakupan kepesertaan Prolanis di Puskesmas Bandongan dengan cara sebagai berikut:

- a. Mengintensifkan penyebaran informasi tentang Prolanis terhadap masyarakat.
- b. Meningkatkan kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan dukungan keluarga dan masyarakat yang baik terhadap Prolanis.

- c. Meningkatkan upaya penyadaran kesehatan berbasis keluarga agar dukungan keluarga meningkat.
- d. Mengoptimalkan kader kesehatan di desa untuk sosialisasi dan edukasi pentingnya Prolanis.

5.2.2 Bagi BPJS Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat membantu petugas kesehatan dan BPJS Kesehatan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi implementasi kepesertaan Prolanis di puskesmas serta menjadi masukan guna tindak lanjut dengan cara:

- a. Mengeluarkan kebijakan tentang pelaksanaan Prolanis agar akses terhadap pelayanan Prolanis menjadi lebih luas, misalnya dengan mendekatkan pelaksanaan Prolanis ke masyarakat pelosok. Hal ini berdampak positif pada lebih pendeknya jarak ke pelayanan Prolanis dan berkurangnya hambatan program akibat faktor geografis dan transportasi.
- b. Melakukan pendelegasian tugas dari dokter kepada tim kesehatan terkait Prolanis untuk memperlebar wilayah cakupan geografis kepesertaan Prolanis.

5.2.3 Bagi institusi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian dapat menjadi salah satu sumber wawasan keilmuan pembaca dan memberikan data dasar sebagai acuan bagi pengembangan riset di perguruan tinggi terkait Prolanis serta dapat dimasukkan sebagai salah satu pembelajaran dalam perkuliahan.

5.2.4 Bagi responden

Hasil penelitian dapat memberikan informasi kepada penderita penyakit DM tipe 2 dan hipertensi tentang kepesertaan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di Puskesmas Bandongan sehingga memotivasi penderita untuk menjadi anggota dan aktif mengikuti Prolanis dengan cara mencari informasi terkait mekanisme kepesertaan Prolanis.

5.2.5 Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian dapat menjadi sumber data acuan dan rujukan wawasan keilmuan untuk riset penelitian selanjutnya. Hasil penelitian dapat menjadi data dasar pengembangan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi Prolanis dari sudut kepesertaan sehingga peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lebih lanjut misalnya dengan menambahkan variabel manajemen dan kegiatan-kegiatan Prolanis.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, *et.all.* (2017). Faktor Penyebab Penurunan Jumlah Kunjungan Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas Minasa UPA Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis. Vol. 11, No. 4 Tahun 2017. eISSN: 2302-2531.*
- Adewuni, E. & Allopi, D. (2014). An Appropriate Bus Rapid Transit. *International Journal Of Science And Technology Vol.3 No.4 ISSN 2049-7318.*
- Agustina, Sri, Siska Mayang Sari dan Reni Savita. (2014). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun. *Jurnal Kesehatan Komunitas, Volume 2, Nomor 4, Mei 2014.*
- American Diabetes Association (ADA). (2013). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 36: 567-574.*
- Anisa, A.F.N. & Ansar, J. (2013). Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Hipertensi pada Lansia di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar., *1 pp. 1-11.*
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsyad, Gulam. (2017). Pengaruh Prolanis terhadap Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Banjardawa Kabupaten Pemalang. [*Skripsi*]. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang. Juli 2017.
- Aquarista, Nindara Citra. (2017). Perbedaan Karakteristik Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 dengan dan Tanpa Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 5 Nomor 1, Januari 2017, hlm. 37-47.*
- Assupina, *et.all.* Analisis Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada Dokter Keluarga PT ASKES di Kota Palembang Tahun 2013. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, vol. 4, No. 03, November 2013.*
- Azwar, Saifuddin. (2013). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Binsu, M.Isra.K., Billy J Kepel., Mulyadi. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Derajat Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Ranomuut Kota Manado. *e-Journal Keperawatan (e-Kp), Vol. 5, No. 1, Februari 2017.*

- Badan Pusat Statistik Kabupaten Magelang. (2016). Kabupaten Magelang. Magelang: BPS Kabupaten Magelang.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis)*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Chaidir, Reny., Ade Sry Wahyuni, Deni Wahyu Furkhani. (2017). Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus. *Jurnal Endurance 2(2) June 2017 (132-144)*.
- Dahlan, MS. (2014). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- Dasgupta *et.all.* (2014). *The 2014 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood pressure measurement, diagnosis, assesment of risk, prevention, and treatment of hypertension. Can J Cardiol, 30(5): 485-501.*
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Riset Kesehatan (Riskesdas) 2015*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewi M. (2014). Evaluasi Pengaruh Konseling Farmasis terhadap Kepatuhan dan Hasil Terapi Pasien Hipertensi Anggota Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada Dokter Keluarga di Kabupaten Kendal. [*Tesis*]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Dewi TK. (2013). Gambaran Pengetahuan Warga tentang Hipertensi di RW 02 Sukarasa Kecamatan Sukasari. [*skripsi*]. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2016). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. (2016). Profil Kesehatan Kabupaten Magelang 2016. Magelang: Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
- Dini, Cleonara Yanuar, *et.all.* (2017). Asupan Vitamin C dan E Tidak Mempengaruhi Kadar Gula Darah Puasa Pasien DM Tipe 2. *Indonesian Journal of Human Nutrition. Vol. 4 No. 2, hlm. 65-78. Desember 2017.*

- Dr. Andriansyah., M. Si. (2015). *Manajemen Transportasi dalam Kajian dan Teori*. Jakarta: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Prof. Dr. Moestopo Beragama.
- Dyanneza, Frieska. (2017). Pengaruh Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) terhadap Tekanan Darah Systolik Pasien Hipertensi. [*Tesis*]. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Elmiati *et.all.* (2014). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dalam Menjalankan Diet Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis, Volume 4 Nomor 4, Tahun 2012, ISSN12302-1721.*
- Fahra, Rima Ulfa, *et.all.* (2017). Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator dengan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Bina Sehat Jember. *NurseLine Journal, Vol. 2, No. 1, Mei 2017: 61-72.*
- Friedman, N. (2010). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik (terjemah)*. Jakarta: EGC.
- Gumilang, Mega Paramitha. (2014). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar. [*naskah publikasi*]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hamzah PK. (2015). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi, Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi Esensial Di Kota Salatiga Tahun 2015. [*tesis*]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Hasbullah. (2012). *Dasar – Dasar Ilmu Pendidikan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hidayat. (2010). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hungu. (2007). *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo.
- Idris, Fachmi. (2014). Pengintegrasian Program Preventif Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 PT ASKES (Persero) ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). *J Indom Med Assoc. Vol. 64, No.3, Maret 2014.*
- INFODATIN. (2016). *Situasi Dan Analisis Diabetes*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- INFODATIN. (2014). *Situasi Dan Analisis Diabetes*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- INFODATIN. (2017). *Hipertensi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Inge Ruth S, Putu, *et all*. (2012). Hubungan *Self Care* Diabetes dengan Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2 di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Bandung. *Jurnal Keperawatan, 1-7*.
- International Diabetes Federation. (2014). *IDF Gobar Guideline for Type 2 Diabetes*.
- Jogiyanto. (2010). *Analisis dan Desain Sistem Informasi*. Edisi IV. Yogyakarta: Andi Offset.
- KBBI. (2017). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional.
- Kementerian kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Riset Kesehatan (Riskesdas) 2016*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Riset Kesehatan (Riskesdas) 2017*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kintamani, I. (2012). *Indonesia Educational Statistics in Brief 2011/2012: Ministry of Education dan culture 2012*. Jakarta: MOEC.
- Konsensus. (2015). *Pengelolaan dan Pencegaham Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PB. PERKENI.
- Lathifah, Nur Lailatul. (2013). Hubungan Durasi Penyakit dan Kadar Gula Darah dengan Keluhan Subyektif Penderita Diabetes Mellitus. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 5 Nomor 2, Mei 2017, hlm. 231-239*.
- Mahmudah, dkk. (2015). Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok Tahun 2015. *Biomedika, Volume 7 Nomor 2, Agustus 2015*.
- Maulana, Mirza. (2008). *Mengenal Hipertensi*. Yogyakarta: Katahati.
- Maulana, Mirza. (2009). *Mengenal Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: Katahati.
- Maulana, Mirza. (2012). *Mengenal Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: Katahati.

- McLeod. (2010). *Sistem Informasi Manajemen*. Jakarta: Salemba Empat.
- Miro. (2008). *Perencanaan Transportasi untuk Mahasiswa, Perencana, dan Praktisi*. Jakarta: Erlangga.
- Mollaouglu M, Solmaz G. (2015). *Adhrence to therapy and quality of life in hypertension patients*. Acta Clinica Croatica. 54(4): 438-444.
- Mongisidi, Gabby. (2014). Hubungan antara Status Sosio-Ekonomi dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Interna Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. [skripsi]. Manado: Universitas Sam Ratulangi.
- Noor, N.N. (2008). *Epidemiologi Konsep Penyebab Penyakit dan Hubungan Asosiasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nurarif, A. Huda dan Kusuma, Hadi. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jakarta: MediAction Publishing.
- Nursalam, M. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- O'Donohue and Tolle. (2009). *Behavioral Approaches to Chronic Disease in Adolescence*. New York: Springe science and business media.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75. (2014). *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32. (2013). *Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan*. Di akses dari sipuu.setkab.go.id/PUUdoc pada tanggal 3 November 2017.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12. (2013). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Di akses dari sipuu.setkab.go.id/PUUdoc pada tanggal 3 Juli 2018.
- Perkeni (Perkumpulan Endokrin Indonesia). (2014). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia tahun 2014*. Dalam <http://perkeni.org/download/konsensus%20DM%202014.zip> diunduh tanggal 3 November 2017.

- Perkeni (Perkumpulan Endokrin Indonesia). (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*.
- PMK 71 tahun 2013, PMK 28 tahun 2014, PMK 99 tahun 2015, PMK 001 tahun 2013, Perpres 19 tahun 2016, dan Perber No. HK.01.08/980/2017 dan No. 2 tahun 2017.
- Prastinawati, Nyoman Tri. (2017). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Peserta dalam Mengikuti Kegiatan Aktivitas Klub Program Pengelolaan Penyakit Kronis di Puskesmas II Denpasar Barat. [*skripsi*]. Denpasar: Universitas Udayana.
- Prasetya, Chandra Hadi. (2015). Efektivitas Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga tentang Hipertensi. *Mutiara Medika*, Vol. 15, No. 1: 67-74, Januari 2015.
- Purnamasari, Vivien Dwi. (2017). Pengetahuan dan Persepsi Peserta Prolanis dalam Menjalani Pengobatan di Puskesmas. [*skripsi*]. Kediri: Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
- Putri N.H.K, dan Isfandiari, M. A. (2013). *Hubungan 4 pilar pengendalian DM tipe 2 dengan rerata kadar gula darah*. JBE; vol.1(2).
- Rahayu, A.U. (2012). *Tingkat Pengetahuan Ibu Immediate Puerperium Tentang Mobilisasi Dini di RSUD Kota Surakarta Tahun 2012* (Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta 2012). Suarakarta: STIKES Kusuma Husada.
- Ramadhan, N., Marissa N. (2016). Karakteristik Penderita DM tipe 2 Berdasarkan Kadar HBA1C di Puskesmas Jayabaru Kota Banda Aceh. SEL. 2016, 2(2): 49-56.
- Ridha, Amalia. (2015). Hubungan Kepesertaan Prolanis dengan Tingkat Pengetahuan tentang DM tipe 2 dan Prolanis di Puskesmas Teladan, Kota Medan. [*Karya Tulis Ilmiah*]. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Riskesdas Nasional. (2013). *Laporan Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Rosdiana, Ayu Imade., Raharjo, Bambang Budi, dan Sowan Indarjo. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). *Jurnal*

HIGEIA journal of public health research and development, vol. 1, no. 3, Tahun 2017 ISSN 1475-362846/ISSN 1475-222656.

- Sastroasmoro, Sudigdo. (2014). *Dasar–Dasar Metodologi Penelitian Klinis, Ed. 5*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setyowati, Y. & Supartini. (2013). Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas Post Sectio Caesaria (Di ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya). *Jurnal Kebidanan Vol II, No. Januari 2013.*
- Sitompul, et.al. (2016). Analisis Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) BPJS Kesehatan pada Dokter Keluarga di Kabupaten Pekalongan Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-jurnal)vol. 4, No. 4 Tahun 2016.*
- Shanti, Meita. (2011). *Silent Killer Diseases*. Jakarta: Buku Kita.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suiraoaka, IP. (2012). *Penyakit Denegeratif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sujarweni. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Susanti. (2013). Pengaruh DSME Berbasis Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung. [*Thesis*]. Bandung: Fakultas Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Padjadjaran.
- Sudoyo, A. W, et all. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II edisi VI*. Jakarta: Interna Publishing.
- Syahbudin dalam Suiraoaka. (2012). *Penyakit Denegeratif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tedjasukmana P. (2012). *Tatalaksana Hipertensi*. CDK. 39(4): 251-255.
- Tamara, Eryv., Bayhakki., fathra Annis Nauli. (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *JOM PSIK Vol. 1, No. 2, Oktober 2014.*

- Tri, P. (2013). Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Hipertensi dengan Upaya Pencegahan Kekambuhan Hipertensi pada Lansia di Desa Bulukan Kecamatan Colomadu Kab. Karanganyar. [*skripsi*]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Trihayati, T. (2010). *Eksistensi Pendidikan NonFormal dalam Peningkatan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPKB.
- Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang *Kesehatan*.
- Wahyuni & Eksanoto. (2013). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin dengan Kejadian Hipertensi di Kelurahan Jagalan di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sawit Surakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*. Vo. 1 No. 1. 2013: 79-85.
- Wandasari, K. (2013). Hubungan Pola Makan dan Aktivitas Fisik dengan Kejadian DM tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. [*Tugas Akhir*]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Waspadjiet. *et,all.* (2013). *Ende Diabetes Study: diabetes and its characteristics in rural area of East Nusa Tenggara*. Med J Indones 22 (1): 30-8.
- Wawan A. & Dewi M. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika. Widharto.
- Wijaya, A. Saferi. Dan Putro, Y. Mariza. (2013). *Keperawatan Medikal bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- World Health Organization. (2014). *Global physical questionnaire*. Ncd.380(9838):282-293.
- Yonata, Ade dan Arif Satria Putra Pratama. (2016). Hipertensi Sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Majory*. Vol. 5, No. 3. September 2016
- Zaenurrohmah, Destiara hesriantica dan Riris Diana Rachmayanti. (2017). Hubungan Pengetahuan dan Riwayat Hipertensi dengan Tindakan Pengendalian Tekanan Darah pada Lansia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Vol. 5, No. 2, Mei 2017, hlm. 174-184.

