

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN PROLANIS PADA PASIEN DIABETES  
MELLITUS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

**LAKSMI AINUN HABIBA**

**K111 16 515**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**SKRIPSI**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
PROLANIS PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI  
PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

**LAKSMI AINUN HABIBA**

**K111 16 515**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 02 Desember 2020



Jumriani Ansar, SKM., M.Kes



Indra Dwinata, SKM., MPH

Mengetahui,  
Ketua Departemen Epidemiologi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin



Jumriani Ansar, SKM., M.Kes

## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin,  
Tanggal 30 November 2020.

Ketua : Jumriani Ansar, SKM., M.Kes

(.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM., MPH

(.....)

Anggota :

1. Andi Selvi Yusnitasari, SKM, M.Kes

(.....)

2. Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS

(.....)



## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Laksmi Ainun Habiba  
NIM : K11116515  
Tempat & Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 18 Mei 1998  
Alamat Tempat Tinggal : Jln. Baruga Raya Antang Kampung Baru  
Alamat Email : laksmiainunhabiba@yahoo.com  
Nomor HP : 0895802766851

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul "Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar" adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensikan dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarism adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat, apabila dikemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 03 Desember 2020

Yang Menyatakan,



Laksmi Ainun Habiba

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Epidemiologi  
Makassar, 11 November 2020

LAKSMI AINUN HABIBA

### “FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PROLANIS PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR”

(xii, 126 Halaman, 27 Tabel, 2 Gambar, 9 Lampiran)

Penyakit DM termasuk penyakit yang tidak menular yang paling banyak dialami penduduk dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2017 melaporkan jumlah pasien DM di dunia mencapai 425 juta orang. Asia Tenggara merupakan wilayah dengan kematian DM tertinggi nomor dua di dunia dengan angka kematian sebesar 1,2 juta jiwa. Jumlah penyandang DM di Indonesia usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang. Tidak terkecuali di Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi kasus DM berkisar antara 1,0% sampai 6,1%. Pemerintah melalui BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pihak pelayanan fasilitas kesehatan merancang suatu program dengan model pengelolaan penyakit kronis bagi peserta pasien penyakit kronis termasuk DM yang dikenal dengan “PROLANIS” atau “Program Pengelolaan Penyakit Kronis”.

Desain penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik*. Sampel berjumlah 56 pasien prolanis yang didapatkan menggunakan teknik *simple random sampling*. Penelitian dilakukan di Puskesmas Toddopuli, Puskesmas Antang dan Puskesmas Antara Kota Makassar. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

Hasil penelitian menunjukkan pasien memanfaatkan prolanis dengan baik sebanyak 46 responden (82,1%), mendapatkan dukungan tenaga kesehatan yang baik sebanyak (73,2%), mendapatkan dukungan keluarga yang baik sebanyak (92,9%), memiliki persepsi sakit positif sebanyak (67,9%), mendapatkan manfaat pengobatan sebanyak (78,6%), dan ada hambatan dalam pengobatannya sebanyak (92,9%). Terdapat hubungan antara dukungan tenaga kesehatan, persepsi sakit dan persepsi manfaat pada pasien diabetes mellitus di Puskesmas Kota Makassar dalam pemanfaatan prolanis.

**Kata kunci** : Prolanis, Diabetes Mellitus, Tenaga Kesehatan,  
Persepsi Sakit, Persepsi Manfaat  
**Daftar Pustaka** : 109 (1984 – 2019)

## SUMMARY

**Hasanuddin University  
Public Health Faculty  
Epidemiology  
Makassar, 11 November 2020**

**LAKSMI AINUN HABIBA**

**"FACTORS RELATED TO THE UTILIZATION OF PROLANISTS IN  
DIABETES MELLITUS IN MAKASSAR PUBLIC HEALTH CENTER"  
(xii, 126 Pages, 27 Tables, 2 Pictures, 9 Attachment)**

DM is a non-communicable disease that is most experienced by the world's population. The International Diabetes Federation (IDF) in 2017 reported that the number of DM patients in the world reached 425 million people. Southeast Asia is the region with the second highest DM mortality in the world with a death rate of 1.2 million people. The number of people with DM in Indonesia aged 20-79 years is around 10.3 million people. No exception in South Sulawesi Province, the prevalence of DM cases ranges from 1.0% to 6.1%. The government, through BPJS Kesehatan, in collaboration with health care providers, designs a program with a chronic disease management model for participants with chronic disease patients including DM known as "PROLANIS" or "Program Pengelolaan Penyakit Kronis".

The research design used was analytic observational. A sample of 56 prolanis patients was obtained using simple random sampling technique. The research was conducted at Toddopuli Health Center, Antang Health Center and Antara Health Center. Data analysis used univariate and bivariate analysis presented in the form of frequency distribution.

The results showed that 46 respondents (82.1%) using prolanis well, received good health workers support (73.2%), received good family support (92.9%), had positive illness perceptions as much as (67.9%), get the perceived benefits as much as (78.6%), and there are obstacles in the treatment as much as (92.9%). There is a relationship between health personnel support, illness perception and perceived benefits in the use of prolanis diabetes mellitus patients at Makassar City Health Center.

**Keywords : Prolanis, Diabetes Mellitus, Health Workers, Illness  
Perception, Perceived Benefits.**

**Bibliography : 109 (1984 – 2019)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang tidak terhingga kepada penulis dalam menyusun dan menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul **“Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana strata satu pada Jurusan Epidemologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari banyak pihak maka skripsi ini tidak mungkin dapat diselesaikan seperti sekarang ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Aminuddin Syam selaku dekan , Bapak Dr. Ridwan, M. Thaha, M.Sc selaku Penasehat Akademik dan Bapak Prof. Sukri Palluturi SKM,M.Kes, M.Sc.,PH, Ph.D selaku wakil dekan bidang kemahasiswaan serta Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku ketua Departemen Epidemiologi.
2. Ibu Jumriani Ansar, SKM., M.Kes. dan Bapak Indra Dwinata, SKM., MPH. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan ilmu, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan proposal skripsi.
3. Ibu Andi Selvi Yusnitasari, SKM,M.Kes selaku penguji dari Departemen Epidemiologi, Bapak Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) yang telah memberikan saran serta kritik yang membangun demi perbaikan skripsi ini.
4. Seluruh dosen dan para staf Epidemiologi yang telah memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan dan bantuan kepada penulis selama menjalani perkuliahan.
5. Orangtua saya tercinta Bapak Galib Mas’ud S.H dan Ibu Agustiawati S.H, kakak saya Asrina Ekarani Galib S.Psi, dan semua keluarga yang selalu memberikan dukungan.



6. Muhammad Syamsuri S.KM yang telah membersamai penulis dan membantu penulis dalam penyelesaian skripsi.
7. Pihak Dinas Penanaman Modal, Walikota, Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Puskesmas Toddopuli, Puskesmas Antang dan Puskesmas Antara yang telah memberi izin serta membantu penulis selama penelitian berlangsung serta peserta prolanis Puskesmas Toddopuli, Puskesmas Antang dan Puskesmas Antara yang telah meluangkan waktunya untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
8. Teman – teman seperjuangan skripsi Keluarga Besar yang selalu menjadi bagian cerita dalam perkuliahan penulis dan juga menyemangati hingga masa studi berakhir.
9. Nabilah Mustafaina Kamil S.Gz yang membantu penulis merampungkan kebutuhan penelitian hingga selesai dan selalu mengecek kondisi penulis.
10. Teman – teman #pipingembangsquad, Adelia Pratiwi dan Alya Dliya Zafirah S.Ked serta Vienna Meidy Utami yang senantiasa memberikan dukungan mental selama penulis menyelesaikan skripsi.
11. Teman – teman Yunno, Lea, Lulu, Ulfa, Widhi, Septian, Yogi, Lutzqy yang selalu menempati bagian termanis dalam cerita penulis.
12. Teman – teman pengajian kompleks Nurul Annisa, Rahima Kamaluddin, dan Annisa Nurul Faradiba yang selalu berada disisi penulis dalam suka maupun duka.
13. Teman – teman Epidemiologi angkatan 2016 yang telah berjuang bersama, saling memberikan bantuan dan menyemangati dalam suka maupun duka.
14. Zakinah Wahyu S.KM yang telah memberikan masukan dan dukungannya kepada penulis.
15. Kepada BEM FKM UNHAS, terimakasih tempat menempa diri dan mengajarkan banyak hal kepada penulis, memberi pengalaman terbaik dan mejadi tempat berproses yang paling bijak bagi penulis.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu yang telah membantu penulis dalam melewati kehidupan dan menyelesaikan tugas akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih perlu untuk disempurnakan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian ini. Harapan peneliti, semoga skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya ilmu kesehatan masyarakat.

Makassar, 11 November 2020

Laksmi Ainun Habiba

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	
<b>RINGKASAN</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
A. Tinjauan Umum tentang Prolanis .....	9
B. Tinjauan Umum tentang DM .....	11
C. Tinjauan Umum tentang Variabel .....	15
D. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	27
E. Kerangka Teori .....	31
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b> .....	32
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian .....	32
B. Kerangka Konsep .....	34
C. Definisi Operasional .....	35
D. Hipotesis .....	38
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b> .....	40
A. Jenis Penelitian .....	40
B. Lokasi Penelitian .....	40

C. Populasi dan Sampel .....	40
D. Metode Pengambilan Sampel .....	42
E. Instrumen Penelitian .....	43
F. Pengumpulan Data .....	46
G. Pengolahan Data .....	47
H. Analisis Data .....	48
I. Penyajian Data.....	49
J. Etika Penelitian.....	49
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
A. Hasil Penelitian .....	50
B. Pembahasan .....	74
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>93</b>
A. Kesimpulan .....	93
B. Saran .....	93
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Distribusi Sampel Berdasarkan Proporsi .....	42
Tabel 4.2 Pemanfaatan Prolanis .....	43
Tabel 4.3 Kuisisioner B-IPQ .....	45
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	53
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	53
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	54
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	55
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Keluarga yang Merawat Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar.....	55
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	56
Tabel 5.7 Distribusi Responden Lama Mengikuti Prolanis Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	56
Tabel 5.8 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Kuisisioner Pemanfaatan Prolanis .....	57
Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan Prolanis Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	58
Tabel 5.10 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Kuisisioner Dukungan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Makassar .....	59
Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Dukungan Tenaga Kesehatan Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar...	60
Tabel 5.12 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga ...	61
Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar.....	63

Tabel 5.14	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Kuisisioner Persepsi Sakit .....	64
Tabel 5.15	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Sakit Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	65
Tabel 5.16	Distribusi Pertanyaan Responden Berdasarkan Pertanyaan Kuisisioner Persepsi Manfaat .....	66
Tabel 5.17	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Manfaat Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	67
Tabel 5.18	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Kuisisioner Persepsi Hambatan .....	67
Tabel 5.19	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Hambatan Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	69
Tabel 5.20	Hubungan Antara Dukungan Tenaga Kesehatan dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	69
Tabel 5.21	Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	70
Tabel 5.22	Hubungan Antara Persepsi Sakit dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	71
Tabel 5.23	Hubungan Antara Persepsi Manfaat dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	72
Tabel 5.24	Hubungan Antara Persepsi Hambatan dengan Pemanfaatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Kota Makassar .....	73

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	31
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	34

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner.....	105
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Dekan FKM Unhas .....	114
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kepala UPT P2T-BKPM D Provinsi Sul-Sel.....	115
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar .....	116
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Puskesmas Toddopuli .....	117
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Puskesmas Antang .....	118
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Puskesmas Antara.....	119
Lampiran 8. Analisis Data.....	120
Lampiran 9. Daftar Riwayat Hidup.....	126



## DAFTAR SINGKATAN

<b>Singkatan</b>	<b>Kepanjangan</b>
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>PTM</b>	Penyakit Tidak Menular
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>IDF</b>	International Diabetes Federation
<b>BPJS</b>	Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
<b>HBM</b>	Health Belief Models
<b>PROLANIS</b>	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
<b>FKTP</b>	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
<b>IDDM</b>	Insulin Dependent Diabetes Mellitus
<b>NIDDM</b>	Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus
<b>RPPB</b>	Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung
<b>UKBM</b>	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
<b>PHBS</b>	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
<b>B-IPQ</b>	Brief Illness Perception Questionnaire
<b>HDFSS</b>	Hensarling Diabetes Family Support Scale

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit tidak menular menjadi perhatian besar di dunia kesehatan. Penyakit tidak menular menjadi penyebab kematian sebesar 73% yang terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah (WHO, 2018). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019) persentase PTM di Indonesia saat ini sebesar 69,91%. Sebesar 35% diantaranya karena penyakit jantung dan pembuluh darah, 12% oleh penyakit kanker, 6% oleh penyakit pernapasan kronis, 6% karena diabetes, dan 15% disebabkan oleh PTM lainnya. Dalam dunia kesehatan, penyakit DM termasuk penyakit yang tidak menular, yang merupakan salah satu penyakit degeneratif yang bersifat kronis yang paling banyak dialami penduduk dunia.

Sejalan dengan hal tersebut, DM menjadi penyakit mematikan ke 6 di dunia. *International Diabetes Federation (IDF)* pada tahun 2017 melaporkan bahwa jumlah pasien DM di dunia pada tahun 2017 mencapai 425 juta orang dewasa berusia antara 20–79 tahun. Asia Tenggara merupakan wilayah dengan kematian DM tertinggi nomor dua di dunia, yaitu dengan angka kematian sebesar 1,2 juta jiwa atau 14,2% kematian pada orang dewasa (IDF, 2017).

Indonesia juga mengalami situasi serupa dengan dunia. *International Diabetes Federation Atlas* melaporkan bahwa Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat pada epidemi DM. Indonesia termasuk negara peringkat keenam di dunia setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil

dan Meksiko dengan jumlah penyandang DM usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang (IDF, 2017). Hal tersebut sejalan dengan Kementerian Kesehatan RI (2018) yang menyatakan bahwa pada kelompok pasien diabetes  $\geq 15$  tahun sebesar 10,9 %.

Tidak terkecuali di Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi kasus DM di Provinsi Sulawesi Selatan berkisar antara 1,0% sampai 6,1% yang tersebar di 25 kabupaten/kota. Penyakit ini sudah mulai ditemukan pada usia 15-24 (2%), lebih banyak pada perempuan (3,6%), banyak terjadi pada pendidikan tamatan D1-D3/PT (3,7%), bekerja sebagai wiraswasta (4,5%), dan terbanyak di perkotaan (2,4%) (Dinkes Sulsel, 2015). Tingginya kasus DM juga terjadi di tingkat kabupaten/kota, khususnya di Kota Makassar. Profil Kesehatan Kota Makassar (2018) melaporkan kasus baru DM di 46 Puskesmas yaitu 27.252 kasus dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar sebanyak 27.252.

Tingginya angka kejadian yang disebabkan oleh DM menarik perhatian dan memerlukan pengelolaan yang optimal agar kualitas hidup pasien dengan DM menjadi baik. Pencegahan komplikasi adalah dengan menjaga stabilitas gula darah pada diabetisi. Hal tersebut mendorong pemerintah melalui BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pihak pelayanan fasilitas kesehatan merancang suatu program dengan model pengelolaan penyakit kronis bagi peserta Pasien penyakit kronis termasuk DM yang dikenal dengan “PROLANIS” atau “Program Pengelolaan Penyakit Kronis” (BPJS, 2014).

Prolanis dilaksanakan secara integratif dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal menggunakan pendekatan proaktif (Purnamasari, 2015). Selain meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi tingkat risiko penyakit, program ini juga diharapkan dapat menurunkan risiko komplikasi dan dapat memanfaatkan biaya secara efektif dan rasional. Prolanis yang diselenggarakan oleh BPJS telah terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup khususnya bagi Pasien DM. Hal tersebut didukung dengan penelitian Rahmi dkk (2015) yang menyimpulkan sebagian responden setuju setelah mengikuti kegiatan prolanis, mereka menerapkan pola hidup sehat sehari-hari yang sebelumnya tidak mereka ketahui sebelum mengikuti kegiatan Prolanis. Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan Prolanis telah berpengaruh dalam perubahan pola hidup mereka yang lebih baik.

Andersen dalam Muzaham (2007) mengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan serta lokasinya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit). Teori *Health Belief Model* (HBM) juga mengubah perilaku seseorang saat mereka mengerti bahwa penyakit ini serius.

Jika tidak, mereka mungkin tidak beralih ke perilaku sehat. Struktur HBM meliputi tingkat keparahan yang dirasakan, kerentanan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, dan isyarat untuk tindakan (Jeihooni, dkk, 2015). Setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat digunakan untuk memprediksi pemanfaatan prolansis bagi pasien DM.

Keberhasilan suatu program tidak terlepas oleh partisipasi Pasien DM dalam melaksanakan pengobatannya. Bentuk respon aktif dalam kegiatan dilihat berdasarkan tindakan nyata yang dilihat atau dinilai dengan mengamati tindakan nyata melalui partisipasi, eksensi atau kehadiran. Peran petugas dalam melakukan pelayanan merupakan hal yang akan mempengaruhi pasien dalam pemanfaatan layanan. Adanya perlakuan yang baik dan penuh perhatian menjadi suatu daya tarik tersendiri dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Hal ini menumbuhkan pengaruh psikologis dan motivasi bagi pasien untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diberikan (Suhardi, 2014). Hasil penelitian dari Fauzia dkk (2013), didapatkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan kepatuhan diet DM.

Dukungan keluarga sebagai salah satu sumber dukungan sosial juga mempengaruhi pasien dalam pemanfaatan prolansis. Hal itu bermakna pasien DM untuk memanfaatkan prolansis harus melibatkan partisipasi atau peran dari keluarga. Dukungan keluarga yang baik akan mendukung pelaksanaan program terapi sehingga akan menurunkan kadar gula darah. Seperti yang

diungkapkan oleh Isworo (2010) bahwa faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi kadar gula darah adalah dukungan keluarga.

Persepsi juga mempengaruhi pemanfaatan pelayanan. Persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita disebut juga dengan *illness perception*. Menurut *self regulation theory* yang dikembangkan oleh Leventhal (2004, dalam Aflakseir, 2013), *illness perception* menentukan penilaian seseorang terhadap penyakit dan perilaku sehat yang menyertainya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pasek tahun 2013 tentang hubungan persepsi dan tingkat pengetahuan pasien penyakit kronis dengan kepatuhan pengobatan, menyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi tentang penyakit dengan kepatuhan pengobatan.

Persepsi manfaat menekankan tingkat optimal keyakinan individu terhadap manfaat yang dirasakan apabila melakukan tindakan dalam penanganan penyakitnya sehingga individu tersebut mau memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu bentuk pengendalian. Hal tersebut didukung dengan penelitian oleh Kurnia (2012) tentang faktor-faktor yang melatarbelakangi pasien patah tulang berobat ke pengobatan tradisional ahli patah tulang di Sumedang menyatakan salah satu pengaruh manfaat yang diterima pasien sangat menentukan pemilihan tindakan pengobatan. Begitupun dengan persepsi hambatan yang berupa penilaian individu mengenai hambatan yang akan ditemui apabila melakukan suatu tindakan. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Sujana, dkk (2019) yang menyimpulkan hambatan yang di dapatkan dalam mengidentifikasi dini penyakit DM pada lansia yaitu jarak

rumah dengan puskesmas yang jauh, lansia lupa untuk kontrol dan ketika melakukan pemeriksaan DM alat untuk pemeriksaan Gula Darah terbatas.

Berdasarkan fenomena data Pasien DM yang telah dipaparkan sebelumnya serta DM merupakan 10 jenis penyakit penyebab utama kematian pada tahun 2015 di Makassar sehingga menempati ranking ke 4, maka peneliti tertarik untuk mengidentifikasi faktor apa saja yang menyebabkan Pasien DM masih belum memanfaatkan prolanis sebagai penanganan DM di Puskesmas Kota Makassar. Puskesmas Toddopuli, Puskesmas Antara dan Puskesmas Antang sebagai tempat penelitian dikarenakan Jannah (2018) dalam penelitiannya yang berupa Gambaran Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) di Puskesmas Kota Makassar, menunjukkan bahwa ketiga puskesmas tersebut merupakan puskesmas yang bekerja sama dengan BPJS dan melaksanakan seluruh kegiatan prolanis.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, dapat diidentifikasi masalah mengenai DM menunjukkan angka prevalensi yang masih tinggi sehingga peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan prolanis di Puskesmas Kota Makassar ?
2. Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan prolanis di Puskesmas Kota Makassar ?
3. Apakah ada hubungan antara persepsi penyakit Pasien DM dengan pemanfaatan prolanis di Puskesmas Kota Makassar ?

4. Apakah ada hubungan antara persepsi manfaat pengobatan Pasien DM terhadap pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar ?
5. Apakah ada hubungan antara persepsi hambatan pengobatan Pasien DM dengan pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan prolans pada pasien DM di Puskesmas Kota Makassar.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar
- b. Untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui hubungan antara persepsi penyakit Pasien DM dengan pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar
- d. Untuk mengetahui hubungan antara persepsi manfaat pengobatan Pasien DM terhadap pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar
- e. Untuk mengetahui hubungan antara persepsi hambatan pengobatan Pasien DM dengan pemanfaatan prolans di Puskesmas Kota Makassar



#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang berharga bagi peneliti dalam memperluas wawasan dan pengetahuan serta dapat mengaplikasikan teori yang telah didapatkan selama proses perkuliahan.

##### 2. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan acuan serta pembanding bagi peneliti lainnya.

##### 3. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi Puskesmas Toddopuli, Puskesmas Antang, dan Puskesmas Antara untuk meningkatkan partisipasi pasien DM dalam memanfaatkan prolanis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Prolanis**

Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi. Program Prolanis melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan. Prolanis ditujukan untuk pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis agar dapat mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

Sasaran dari program ini adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi) dengan tujuan untuk mendorong peserta yang menyandang penyakit kronis agar mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke FKTP memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Kegiatan Prolanis menargetkan penyandang penyakit diabetes melitus tipe 2 dikarenakan penyakit tersebut dapat ditangani ditingkat primer dan agar mencegah terjadinya komplikasi (BPJS Kesehatan, 2014). Aktivitas Prolanis menurut BPJS Kesehatan meliputi berbagai hal, antara lain:

1. Konsultasi medis peserta prolanis

Konsultasi dilakukan dengan cara berkonsultasi antara peserta Prolanis dengan tim petugas kesehatan, jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan fasilitas kesehatan. Saat kegiatan konsultasi, juga dilakukan pemantauan status kesehatan meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang kepada peserta pada setiap kali kunjungan atau kontrol bulanan, pemberian resep obat-obatan untuk terapi 30 hari, dan dua pencatatan laporan perkembangan status kesehatan yaitu *Medical Record* yang disimpan oleh FKTP dan buku monitoring status kesehatan peserta yang dibawa oleh peserta (BPJS, 2014).

2. Edukasi kelompok peserta prolanis

Edukasi Klub Risti (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta prolanis. Terbentuknya kelompok peserta (klub) Prolanis minimal satu klub di tiap fasilitas kesehatan pengelola. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan edukasi. Selain kegiatan edukasi, kegiatan aktivitas klub Prolanis juga melakukan kegiatan senam. Senam Prolanis dilaksanakan rutin minimal dua kali sebulan dan diupayakan dilakukan empat kali dalam sebulan. Pertimbangan keefektifan, setelah kegiatan senam bisa dilanjutkan dengan kegiatan edukasi.

### 3. *Reminder* melalui SMS Gateway

*Reminder* adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada fasilitas kesehatan pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke fasilitas kesehatan pengelola tersebut. Hal ini bertujuan agar tersampainya *reminder* jadwal konsultasi peserta ke masing-masing fasilitas kesehatan pengelola.

### 4. *Home visit*

Merupakan kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta Prolanis untuk pemberian informasi atau edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta prolanis dan keluarga. Kriteria sasaran peserta prolanis:

- a. Peserta baru terdaftar.
- b. Peserta tidak hadir terapi di dokter praktek perorangan/ klinik/ puskesmas 3 bulan berturut turut.
- c. Peserta dengan gula darah puasa atau gula darah post pandrial di bawah standar 3 bulan berturut turut.
- d. Peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut (PPHT).
- e. Peserta pasca opname.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Diabetes Mellitus**

### 1. Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin

atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah. Akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah (*hiperglikemia*) (Kemenkes RI, 2014). Seseorang dikatakan DM jika memiliki kadar glukosa darah sewaktu  $>200$  mg/dL dan kadar glukosa puasa  $>126$  mg/dL. Pasien yang patuh secara tidak langsung akan melakukan perawatan mandiri, sehingga secara tidak langsung pasien akan mengetahui ketika harus memeriksakan dirinya ke dokter untuk melakukan kontrol kesehatan berkala dan untuk mendapatkan pengarahan lebih lanjut (Taylor, 1991 dalam Denny, 2014). Diabetes dapat menyebabkan komplikasi yang serius termasuk penyakit jantung, gagal ginjal, kebutaan dan amputasi pada ekstremitas (Yusvita dan Modjo, 2014).

## 2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi DM menurut *American Diabetes Association* 2010 (ADA 2010), dibagi dalam 4 jenis yaitu:

### a. Diabetes Melitus Tipe 1 atau *Insulin Dependent Diabetes Melitus/IDDM*

DM tipe 1 terjadi karena adanya destruksi sel beta pankreas karena sebab autoimun. Pada DM tipe ini terdapat sedikit atau tidak sama sekali sekresi insulin dapat ditentukan dengan level protein *c-peptida* yang jumlahnya sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali.

b. Diabetes Melitus Tipe 2 atau *Non-dependent Insulin Diabetes Melitus/NIDDM*

Pada pasien DM tipe ini terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang merupakan turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Adanya resistensi yang terjadi perlahan-lahan akan mengakibatkan sensitivitas reseptor akan glukosa berkurang. DM tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi.

c. Diabetes Melitus Tipe Lain

DM tipe ini terjadi karena etiologi lain, misalnya pada defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, penyakit metabolik endokrin lain, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan kelainan genetik lain.

d. Diabetes Melitus Gestasional

DM tipe ini terjadi selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. DM gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal. Pasien DM gestasional memiliki risiko lebih besar untuk menderita DM yang menetap dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah melahirkan.

3. Simptomatologi Diabetes Melitus

Pasien diabetes tipe 1, gejalanya timbul secara tiba-tiba dan bisa berkembang dengan cepat ke dalam suatu keadaan yang disebut dengan ketoasidosis. Kadar gula di dalam darah tinggi, tetapi karena sebagian besar sel tidak dapat menggunakan gula tanpa insulin, maka sel-sel ini mengambil energi dari sumber yang lain. Sel lemak dipecah dan menghasilkan keton, yang merupakan senyawa kimia beracun yang bisa menyebabkan darah menjadi asam (ketoasidosis). Tanpa pengobatan, *ketoasidosis diabetikum* bisa berkembang menjadi koma, kadang dalam hanya waktu beberapa jam. Bahkan setelah menjalani terapi insulin, Pasien diabetes tipe 1 bisa mengalami ketoasidosis jika mereka melewatkan satu kali penyuntikan insulin atau mengalami stress akibat infeksi, kecelakaan, atau penyakit serius (Ramadhan, 2017).

Gejala diabetes tipe 1 muncul secara tiba-tiba pada saat usia anak-anak sebagai akibat dari kelainan genetika, sehingga tubuh tidak memproduksi insulin dengan baik. Gejala-gejalanya antara lain adalah :

- a. Sering buang air kecil
- b. Terus-menerus lapar dan haus
- c. Berat badan menurun
- d. Penglihatan kabur
- e. Kelelahan
- f. Infeksi pada kulit yang berulang
- g. Meningkatnya kadar gula dalam darah dan air seni

- h. Cenderung terjadi gejala pada mereka yang berusia di bawah 20 tahun.

Sedangkan gejala diabetes tipe 2 muncul secara perlahan-lahan sampai menjadi gangguan yang jelas, dan pada tahap permulaannya seperti gejala diabetes tipe 1, yaitu:

- a. Cepat lelah, kehilangan tenaga, dan merasa tidak fit
- b. Sering buang air kecil
- c. Terus menerus lapar dan haus
- d. Kelelahan yang berkepanjangan dan tidak ada penyebabnya
- e. Mudah sakit yang berkepanjangan
- f. Biasanya terjadi pada mereka yang berusia di atas 40 tahun, tetapi prevalensinya kini semakin tinggi pada golongan anak-anak dan remaja (Ramadhan, 2017)

### **C. Tinjauan Umum Tentang Variabel**

#### **1. Pemanfaatan prolanis**

Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat (Perpres No.71 Tahun 2013). Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat penting bagi masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan atau keluarga di Puskesmas, mencakup kegiatan pelayanan kedokteran



(*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) seperti: Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak/KB, Upaya Perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular dan pengobatan (Sampeluna, 2013).

Berlakunya Undang-Undang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan amanat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. BPJS Kesehatan selaku penyelenggara program JKN menyelenggarakan upaya kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam memenuhi kewajibannya kepada peserta terkait pemberian manfaat terutama terhadap kondisi penyakit kronis, BPJS Kesehatan menjalankan program yang dinamakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).

Prolanis merupakan program BPJS Kesehatan dengan sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (Tawakal, 2015).

Menurut informan kunci dari hasil penelitian Latifah tahun 2018 menunjukkan cara menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan Prolanis yaitu menilainya pertama dari kunjungan peserta apakah semakin

menurun atau naik, kedua hasil dari laboratorium gula darah dan tensi apakah menurun atau naik dan yang ketiga selalu mengadakan kegiatan senam.

Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP adalah indikator untuk mengetahui pemanfaatan FKTP oleh Peserta Prolanis dan kesinambungan FKTP dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan Peserta Prolanis sebagaimana dijelaskan dalam pasal 31 ayat (2) pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB) ke FKTP merupakan jumlah peserta prolanis yang rutin berkunjung ke FKTP dibandingkan dengan jumlah peserta prolanis terdaftar di FKTP dikali 100 (seratus) dengan hasil perhitungan dalam persen (Latifah, 2018).

## 2. Dukungan tenaga kesehatan

Peran petugas kesehatan menurut Kementerian Kesehatan (2006) adalah aktif dalam pengembangan dan penyelenggaraan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) di Desa Siaga (poskesdes, posyandu, dan lain-lain), menggerakkan masyarakat untuk mengelola, menyelenggarakan, dan memanfaatkan UKBM yang ada serta menyelenggarakan sosialisasi program kesehatan untuk menciptakan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Tenaga kesehatan seperti perawat berperan sebagai edukator dengan cara memberikan informasi yang tepat pada pasien DM tentang penyakit DM, memberikan pendidikan kesehatan terkait

pencegahan agar tidak terjadi komplikasi yang berlanjut, pengobatan ke penderitanya dan memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana pengelolaan DM yang benar sehingga dapat memotivasi pasien DM (Ilmah dan Rochmah, 2015). Menurut Potter dan Perry (2007), peran petugas kesehatan dibagi menjadi beberapa yaitu :

a. Sebagai komunikator

Komunikator adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya (Potter & Perry, 2007). Tenaga kesehatan sebagai komunikator seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien karena informasi bermanfaat untuk memperbaiki kekurangannya pengetahuan dan sikap masyarakat yang salah terhadap penyakitnya (Potter & Perry, 2007). Kemampuan melakukan komunikasi secara efektif dengan pasien ditentukan oleh kepribadian seseorang (Niven, 2002).

b. Sebagai motivator

Motivator adalah orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak agar mencapai suatu tujuan yang dan hasil dari dorongan yang diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Seorang petugas kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran orang yang dimotivasi agar tercapai kearah yang diinginkan (Mubarak, 2012). Tenaga kesehatan dalam tugasnya sebagai

motivator memiliki ciri-ciri yaitu melakukan pendampingan, mendorong masyarakat untuk mengenali masalah yang dihadapinya dan mengembangkan potensi pasien dalam memecahkan masalah yang dihadapi (Novita, 2011).

c. Sebagai fasilitator

Fasilitator adalah orang yang memberikan kemudahan dalam menyediakan fasilitas bagi orang lain yang membutuhkan. Seorang petugas kesehatan harus mampu menjadi pendamping dalam suatu forum dan memberikan kesempatan kepada pasien bertanya mengenai hal yang belum dimengerti (Potter & Perry, 2007). Fasilitator berperan untuk mempermudah masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, terpenuhinya fasilitas sarana dan peralatan kesehatan (Sustina, 2015).

d. Sebagai konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam membuat keputusan atau memecahkan masalah yang dihadapi. Seorang konselor harus mempunyai sifat peduli dan mau mengajarkan melalui pengalaman, mampu menerima orang lain, mau mendorong orang lain untuk mengambil keputusan, memberi dukungan atas dasar kepercayaan, mengerti perasaan dan kekhawatiran pasien serta mengerti keterbatasan yang dimiliki pasien (Simatupang, 2008). Penggunaan edukasi dengan konseling

disarana pelayanan kesehatan dapat membantu atau mempermudah pasien dalam menerima suatu informasi (Sucipto, 2014).

### 3. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga terbagi menjadi empat yaitu dimensi *empathetic* (emosional), dimensi *encouragement* (penghargaan), dimensi *facilitative* (instrumental), dan dimensi *participative* (partisipasi). Masing-masing dimensi ini penting dipahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan keluarga karena menyangkut persepsi tentang keberadaan dan ketepatan dukungan keluarga bagi seseorang. Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi bagaimana cara persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut (Hensarling, 2009).

Menurut Kristianingsih (2011), dukungan keluarga merupakan hal terpenting di dalam suatu keluarga, karena efek yang ditimbulkan dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi secara bersamaan dan peran serta yang besar dari keluarga dalam memberikan dukungan akan menimbulkan koping yang baik bagi anggota keluarga yang lainnya. Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. 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. Akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang memberikan dampak positif terhadap perawatan diri pada pasien DM. Telah diketahui bahwa DM merupakan salah satu penyakit kronik, timbul kejenuhan atau kebosanan pada pasien mengenai jadwal pengobatan terdahulu, oleh karena itu untuk mengatasi hal ini perlu tindakan terhadap faktor psikologis dalam penyelesaian masalah DM. Keikutsertaan anggota keluarga lainnya dalam memandu pengobatan, diet, latihan jasmani dan pengisian waktu luang yang positif bagi kesehatan keluarga merupakan bentuk peran serta aktif bagi keberhasilan penatalaksanaan diabetes melitus (Yusra, 2011).

Sehingga, klien dengan penyakit kronis yang mendapat dukungan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Winahyu, 2017). Miller (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat membantu keluarga menahan stress akibat penyakitnya. Sehingga dukungan keluarga memiliki dampak penting dalam kepatuhan klien dengan diabetes. Hal ini menunjukkan bahwa klien dengan diabetes yang mendapatkan motivasi dan perhatian dari orang lain akan lebih mudah mengikuti saran medis daripada klien yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarganya (Lestari, 2018).

#### 4. Persepsi penyakit pasien DM

Persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan (Notoatmodjo, 2003). Persepsi mempunyai sifat subjektif karena bergantung pada kemampuan dan keadaan masing-masing individu sehingga akan ditafsirkan berbeda oleh individu yang satu dengan yang lain. Persepsi merupakan proses perlakuan individu yaitu memberi tanggapan, arti, gambaran atau penginterpretasian terhadap apa yang dilihat, didengar, atau dirasakan oleh indranya dalam bentuk sikap, pendapat dan tingkah laku atau disebut perilaku individu.

Mengukur sebuah kualitas pelayanan dilakukan dengan mengetahui persepsi tentang pelayanan tersebut dari kaca mata seorang konsumen atau pelanggan. Begitu juga dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dengan mengetahui penilaian atau persepsi pelayanan tersebut oleh pasien. Persepsi pasien ini sangat penting karena pasien yang puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali (Apriyanto dkk, 2013).

*Illness perception* adalah keyakinan yang dimiliki pasien yang berasal dari semua pemahaman dasar yang dimiliki pasien tentang penyakit yang dideritanya. Lima komponen yang mendasari gambaran

kognitif terhadap penyakit menurut Moss dkk tahun 2002 adalah sebagai berikut :

a. Identitas

Identitas adalah label yang diberikan untuk suatu penyakit atau diagnosis medik dan pengalaman *symptom*. Komponen penting dari skor identitas yaitu subjek biasanya menginterpretasikan simtom yang berhubungan dengan penyakit berbeda dengan interpretasi medis. Hal ini biasanya berhubungan dengan bagaimana staf medis melakukan *treatment* dalam kepatuhan mengonsumsi obat oral Pasien diabetes melitus.

b. Sebab

Sebab adalah pendapat individu tentang etiologi penyakit yang dialami. Dalam hal ini, setiap pasien mungkin merepresentasi penyakit mereka dengan reflek yang bervariasi dalam *casual models* yang berbeda. Terdapat empat macam sebab secara umum yaitu:

- 1) *Psychological Attribution*, faktor penyebab karena psikologis yang disebabkan oleh perilaku subjek.
- 2) *Immunity/other illness*, faktor penyebab karena perubahan biologis atau penyakit lain.
- 3) *Risk factor*, faktor penyebab karena risiko dalam diri subjek seperti genetik.
- 4) *Accident/Change*, faktor penyebab karena kurang beruntung atau kecelakaan.



c. Waktu

Waktu adalah persepsi mengenai berapa lama penyakit yang dideritanya akan berakhir, baik itu akut maupun kronis. Persepsi subjek mengenai rentang dan siklus waktu penting karena berhubungan dengan pengobatan yang diambil subjek.

d. Konsekuensi

Konsekuensi merupakan persepsi pasien mengenai efek yang mungkin dirasakan dalam kehidupan mereka akibat dari penyakit yang dideritanya. Konsekuensi tersebut dapat berupa emosional atau kombinasi dari berbagai faktor.

e. Kontrol perawatan

Kontrol perawatan adalah bagaimana pasien mempresentasikan penyakitnya dengan percaya bahwa penyakit akan bertambah parah atau membaik dan hal itu dapat dikontrol dari diri sendiri atau orang lain yang lebih memahami penyakit. Kontrol perawatan terdiri dari dua macam yaitu kontrol personal dan kontrol treatment. Kontrol personal yaitu suatu kemampuan untuk menyusun, membimbing, mengatur dan mengarahkan bentuk perilaku yang dapat membawa individu ke arah konsekuensi positif. Kontrol treatment adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kontrol dan kepatuhan terhadap mengonsumsi obat oral adalah pengetahuan, tingkat ekonomi, sikap, usia, dukungan keluarga, jarak, nilai dan keyakinan dan tingkat keparahan.

## 5. Persepsi manfaat pengobatan

*Perceived benefit* berkaitan dengan manfaat yang akan dirasakan jika mengadopsi perilaku yang dianjurkan. *Perceived benefit* merupakan persepsi seseorang tentang nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi resiko terkena penyakit (Priyoto, 2014). Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku yang lebih sehat ketika mereka percaya bahwa perilaku yang baru tersebut akan mengurangi resiko mereka terserang sebuah penyakit (Hayden, 2009).

*Perceived benefit* merupakan persepsi akan manfaat yang menguatkan individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan (Tomey & Alligood, 2010). Individu berkomitmen untuk terlibat dalam perilaku yang telah diprediksi keuntungannya sebelumnya (Pender, 2011).

Faktor *perceived benefit* ini sangat penting diidentifikasi apabila Pasien DM ingin merubah perilaku menjadi perilaku yang sehat yang menunjang perawatan penyakit DM yang dialaminya. Seseorang yang merasa suatu perilaku tersebut tidak bermanfaat bagi dirinya maka seseorang akan cenderung tidak termotivasi untuk melakukannya (Nuari, 2014).

## 6. Persepsi hambatan pengobatan

Persepsi tentang hambatan yang akan dirasakan merupakan unsur yang signifikan dalam menentukan apakah terjadi perubahan perilaku atau tidak. Berkaitan perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang harus percaya bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama. Hal ini memungkinkan hambatan yang harus diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi (Priyoto, 2014).

*Perceived barriers* merupakan komponen yang memberikan dampak negatif pada diri individu yang akan menjadi penghalang untuk memiliki perilaku yang sehat, tujuan dari adanya teori HBM dalam menangani suatu masalah adalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Individu akan melakukan evaluasi terkait hambatan yang dialaminya, evaluasi tersebut dilakukan dengan cara merubah perilaku dari individu yang menjadi hambatan. Hambatan yang dirasakan memiliki peran penting dalam menentukan perubahan perilaku pada individu (Buglar et al, 2010).

Timmerman (2007) menyatakan bahwa hambatan (*perceived barrier*) adalah perasaan dan pemikiran yang ada pada diri seseorang, dan merupakan alasan seseorang sulit mengubah perilakunya, hambatan ini berupa kekurangan waktu, kurangnya motivasi, kurangnya pengetahuan, menikmati perilaku yang buruk, kelambanan, kelesuan, kelabilan emosi, dan ketidakyakinan bahwa perilaku dapat diubah.

Hambatan yang paling signifikan dalam perawatan diri menurut hasil penelitian Mohebi, dkk tahun 2013 adalah kurangnya dukungan keluarga, rasa malu, rendahnya motivasi diri, kelalaian, tidak mampu menahan aroma makanan.

#### **D. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Banyak teori yang berkaitan dengan alasan seseorang ketika memilih dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, diantaranya :

##### 1. Teori Andersen

Andersen menggambarkan model system kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Model Anderson ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2014) :

##### a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam tiga kelompok, meliputi:

- 1) Ciri-ciri demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan).
- 2) Struktur sosial (seperti pendidikan, pekerjaan kepala keluarga, kesukuan atau ras, bangsa, agama)

3) Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

b. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu :

1) Sumber daya keluarga, seperti : penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

2) Sumber daya masyarakat, seperti : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

c. Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit

merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu :

- 1) Individu (*perceived need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- 2) Penilaian klinik (*Evaluated need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003).

## 2. Model Kepercayaan Kesehatan / *Health Belief Model*

HBM telah berkembang di tahun 1950 oleh para ahli psikologi sosial. Berkembangnya pelayanan kesehatan masyarakat akibat kegagalan dari orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider (Glanz, 2002). Ada 5 variabel yang menyebabkan seseorang mengobati penyakitnya :

### a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Persepsi seseorang terhadap resiko dari suatu penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut.

### b. Keparahan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Tindakan seseorang dalam pencarian pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang

dirasakan misalnya dapat menimbulkan kecacatan, kematian, atau kelumpuhan, dan juga dampak sosial seperti dampak terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial.

c. Persepsi manfaat (*perceived benefits*)

Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mengurangi penyakit.

d. Persepsi hambatan (*perceived barriers*)

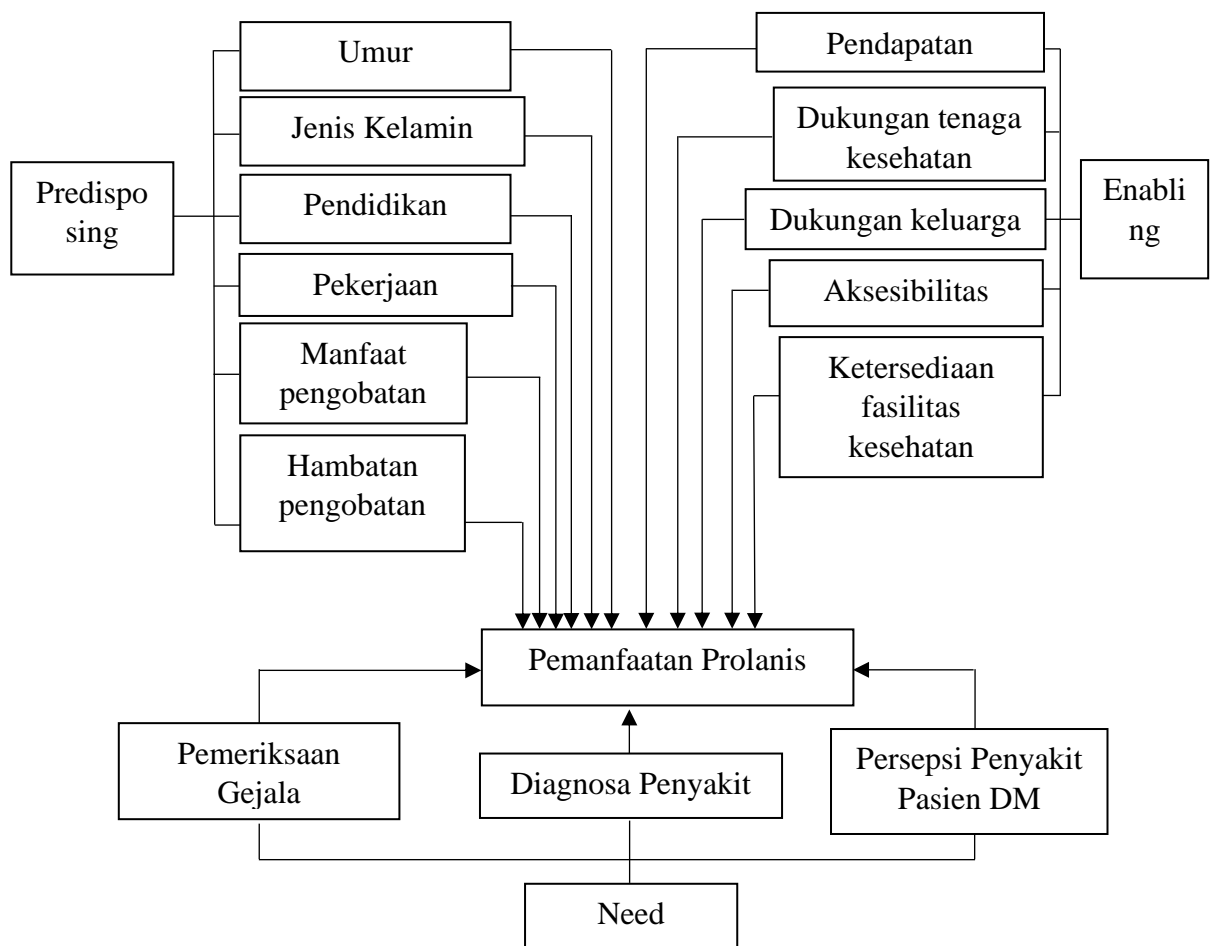
Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan penyakit akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan atau hambatan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

e. Isyarat atau tanda-tanda untuk bertindak (*cues to action*)

*Cues to action* adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu yang melakukan perilaku sehat. Saran dokter atau rekomendasi telah ditemukan juga bisa menjadi *cues to action* untuk bertindak dalam konteks memeriksakan penyakit.

### E. Kerangka Teori

Pemanfaatan prolanis dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhinya adalah faktor predisposing (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, manfaat pengobatan, hambatan pengobatan), faktor enabling (pendapatan, dukungan tenaga kesehatan, dukungan keluarga, aksesibilitas, ketersediaan fasilitas kesehatan) dan faktor need (pemeriksaan gejala, diagnosa penyakit, persepsi penyakit Pasien DM). Adapun kerangka teori dari penelitian ini yaitu sebagai berikut:



Sumber : Modifikasi dari Anderson (1974) dalam Notoatmodjo, S (2010) & Health Belief Model (1950) dalam Glanz (2002).

**Gambar 1. Kerangka Teori**