

TESIS

**PELAKSANAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT
KRONIS (PROLANIS) PADA PENYAKIT HIPERTENSI DAN
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS
KABUPATEN SOPPENG**

*The Implementation of Chronic Disease Management Program
for Patient With Hypertension and Diabetes Mellitus Type 2
In Community Health Center, Soppeng Regency*

AYUNYTYAH EKA WARDANI

K012181012



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**PELAKSANAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT KRONIS
(PROLANIS) PADA PENYAKIT HIPERTENSI DAN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS KABUPATEN SOPPENG**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

AYUNYTYAH EKA WARDANI

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2020

TESIS

PELAKSANAAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT
KRONIS (PROLANIS) PADA PENYAKIT HIPERTENSI DAN
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS
KABUPATEN SOPPENG

Disusun dan diajukan oleh


AYUNYTYAH EKA WARDANI
Nomor Pokok K012181012

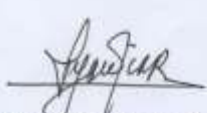
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 10 Agustus 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat


Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M.Si.
Ketua


Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS.
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat


Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ayuntyah Eka Wardani

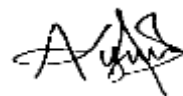
Nomor Mahasiswa : K012181012

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi
Kebijakan Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan dari tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Agustus 2020

Yang menyatakan,



Ayuntyah Eka Wardani

PRAKATA

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji dan syukur atas kehadiran Allah swt. yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis diberikan kesempatan, kesehatan, serta kemampuan menyelesaikan tesis dengan judul “Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Penyakit Hipertensi dan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng”. Tesis ini disusun guna memenuhi persyaratan dalam memperoleh gelar magister kesehatan masyarakat (M.K.M) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad saw. yang merupakan suri teladan bagi seluruh umat manusia yang menjadi penyempurna akhlak dan membimbing umat manusia dari segala aspek kehidupan.

Penulis dalam menyelesaikan tesis ini membutuhkan berbagai bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas memberikan hal tersebut. Dengan segala keterbatasan dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya dan permohonan maaf jika dalam penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan.

Penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua tercinta, ayahanda H. Marhabang dan

ibunda Dra.Hj.St.Normah yang telah membesarkan, mendidik dan membimbing penulis dengan penuh kasih sayang serta perhatian dan do'a restu kepada penulis sehingga bisa sampai tahap ini yang tak bisa ananda balas dengan apapun. Juga tak lupa ucapan sayang kepada adikku, Anifatul Mu'awanah yang telah memberikan warna dalam kehidupanku.

Ucapan terimakasih dari lubuk hati yang dalam penulis sampaikan kepada bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE.,M.Si. sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Ibu Dr. Dr. Syamsiar S. Russeng, MS. sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya dalam memberikan arahan, dorongan, dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini. Ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, kritikan dan sarannya dalam pembuatan tesis ini yakni, Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH.,MPH, Bapak Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D dan bapak Prof. Dr. Muh. Asdar, SE.,M.Si. Semoga apa yang diberikan dibalas oleh Allah swt. dengan limpahan rahmat dan karuniaNya.

Ucapan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.

2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat,
terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Administrasi dan
Kebijakan Kesehatan, yang telah memberikan ilmu
pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti
pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Hasanuddin.
5. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan
bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan
terkhusus kepada staf Departemen Administrasi dan Kebijakan
Kesehatan atas segala bantuannya dalam pengurusan
administrasi penulis.
6. Kepala BKPMD Prov. Sul-Sel, Bupati Kabupaten Soppeng,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu
Pintu Kabupaten Soppeng atas segala bantuannya dalam
pengurusan administrasi penulis
7. BPJS Kesehatan Kabupaten Soppeng, Puskesmas Tajuncu dan
Puskesmas Cangadi yang telah bekerja sama dan membantu

dalam proses pengumpulan data selama saya melakukan penelitian.

8. Teman-teman kelas B dan Teman-teman departemen administrasi dan kebijakan kesehatan angkatan 2018 Pascasarjana FKM Unhas atas segala saran, kritik, doa dan dukungannya selama ini.
9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima Kasih atas semuanya yang telah memberi warna dalam setiap langkah dan tindakan yang penulis lalui.

Atas segala bentuk perhatian dan bantuan dari semua pihak yang ikut berkontribusi dalam penulisan ini, penulis menghaturkan doa kepada Allah swt. semoga diberikan balasan oleh-Nya dengan pahala yang berlipat ganda.

Dengan penuh kerendahan hati penulis mengharapkan kritikan dan saran yang membangun guna penyempurnaan penulisan tesis. Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya. Amin

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 10 Agustus 2020

Ayuntyah Eka Wardani

ABSTRAK

AYUNYTYAH EKA WARDANI. *Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Penyakit Hipertensi Dan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kabupaten Soppeng* (Dibimbing oleh Darmawansyah dan Syamsiar S.Russeng)

Tantangan global pada abad ke-21 adalah penyakit tidak menular atau disebut juga *noncommunicable disease*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis pelaksanaan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di puskesmas Kabupaten Soppeng.

Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Wawancara dilakukan pada 18 informan di Puskesmas Tajuncu dan Puskesmas Cangadi Kabupaten Soppeng. Untuk melihat aspek *input*, *process*, dan *output* pelaksanaan prolanis, dianalisis dengan tiga tahapan terdiri atas reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek input, ketersediaan SDM, sarana prasarana belum memadai, anggaran kegiatan belum lancar, dan SOP belum dibukukan. Pada aspek proses sudah terlaksana dengan baik kecuali kegiatan *home visit* belum terlaksana sedangkan output yakni rasio kunjungan peserta prolanis masih di bawah 50% dan minimnya peserta hipertensi terkontrol dan peserta diabetes mellitus tipe 2 terkendali. Pelaksanaan prolanis di Puskesmas Tajuncu dan Puskesmas Cangadi Kabupaten Soppeng belum efektif. Kepada BPJS melakukan sosialisasi kembali terkait pedoman kegiatan prolanis dan untuk puskesmas agar menambah sumber daya manusia, sarana prasarana serta membuat SOP kegiatan.

Kata Kunci: Prolanis, BPJS Kesehatan, Puskesmas, Hipertensi, Diabetes Mellitus Tipe 2.



ABSTRACT

AYUNYTYAH EKA WARDANI. *The Implementation of Chronic Disease Management Program for Patient With Hypertension and Diabetes Mellitus Type 2 In Community Health Center, Soppeng Regency.* (Guided by Darmawansyah and Syamsiar S. Russeng)

The global challenge in the 21st century is non-communicable diseases or also known as non-communicable diseases. This study aims to determine and analyze the implementation of chronic disease management programs in hypertension and type 2 diabetes mellitus in *Community Health Center, Soppeng Regency.*

This type of qualitative research with a descriptive approach. Interviews were conducted with 18 informants at the Tajuncu Health Center and the Cangadi Health Center in Soppeng Regency. To see the input, process, and output aspects of the implementation of prolanis, analyzed with three stages consisting of data reduction, data presentation, and concluding.

The results showed that aspects of input, availability of human resources, infrastructure were inadequate, the activity budget was not smoothly, and the SOP had not been recorded. In the aspect of the process, it has been carried out well except the home visit activity has not been implemented while the output ie the ratio of visits of prolanis participants is still below 50% and and the minimum of controlled hypertension participants and controlled type 2 diabetes mellitus participants. Implementation of prolanis at the Tajuncu Health Center and the Cangadi Health Center in Soppeng Regency has not been effective. To BPJS re-socialization related to guidelines for prolanis activities and for the primary health care to increase human resources, infrastructure, and make an SOP for the activities.

Keywords: Prolanis, BPJS, Community Health Center, Hypertension, Diabetes Mellitus Type 2



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	I
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
HALAMAN PENGESAHAN.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan.....	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Tinjauan Umum Puskesmas	11

1. Pengertian Puskesmas	11
2. Fungsi dan Peran Puskesmas	12
3. Program Kesehatan Puskesmas	17
4. Kedudukan Puskesmas	19
5. Klasifikasi Puskesmas	20
B. Tinjauan Umum Prolanis.....	23
1. Pengertian Prolanis	23
2. Tujuan Prolanis.....	24
3. Sasaran Prolanis	24
4. Bentuk Pelaksanaan/Aktivitas Prolanis.....	24
C. Tinjauan Umum Penyakit Hipertensi.....	27
1. Pengertian Penyakit Hipertensi.....	27
2. Klasifikasi Penyakit Hipertensi	28
3. Etiologi Penyakit Hipertensi	29
4. Patofisiologi Penyakit Hipertensi.....	30
5. Tanda dan Gejala Penyakit Hipertensi.....	30
6. Komplikasi Penyakit Hipertensi.....	31
7. Faktor Risiko Penyakit Hipertensi	31
D. Tinjauan Umum Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2.....	33
1. Pengertian Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2.....	33

2. Klasifikasi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2	34
3. Etiologi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2	34
4. Patofisiologi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2.....	35
5. Tanda dan Gejala Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2	36
6. Komplikasi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2.....	37
7. Faktor Risiko Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2	39
E. Tinjauan Umum Pelaksanaan Program	40
1. Pengertian Pelaksanaan Program	40
2. Pendekatan Teori Pelaksanaan Prolanis	41
3. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Program ..	45
F. Penelitian Terdahulu	46
G. Kerangka Teori	50
H. Kerangka Konsep	51
I. Definisi Konseptual	52
BAB III METODE PENELITIAN.....	54
A. Jenis Penelitian.....	54
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	54
C. Informan.....	55
D. Teknik Pengumpulan Data.....	57
E. Instrumen Penelitian	59

F.	Teknik Analisis Data.....	60
G.	Keabsahan Data	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		63
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	63
	1. Puskesmas Tajuncu.....	63
	2. Puskesmas Cangadi	69
B.	Hasil Penelitian	74
	1. Karakteristik Informan Penelitian	74
	2. Aspek <i>Input</i>	77
	3. Aspek <i>process</i>	86
	4. Aspek <i>output</i>	96
C.	Pembahasan.....	100
	1. Aspek <i>input</i>	101
	2. Aspek <i>process</i>	110
	3. Aspek <i>output</i>	121
D.	Keterbatasan Penelitian.....	124
BAB V PENUTUP		125
A.	Kesimpulan	125
B.	Saran	126
DAFTAR PUSTAKA.....		127

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-7	28
2. Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO dan ISH.....	28
3. Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa Sebagai Patokan Penyaring	34
4. Sintesa Penelitian.....	46
5. Definisi Konseptual.....	52
6. Jumlah penduduk dirinci menurut kelurahan/desa di wilayah kerja Puskesmas Tajuncu 2017	65
7. Jumlah penduduk dirinci menurut kelurahan/desa di wilayah kerja Puskesmas Cangadi 2018.....	72
8. Karakteristik informan terkait kepala puskesmas, penanggung jawab prolanis, dokter dan perawat	75
9. Karakteristik informan peserta prolanis	77
10. Sumber daya manusia pelaksana Prolanis	80
11. Kelengkapan sarana prasarana kegiatan Prolanis	82
12. <i>Unit Cost</i> kegiatan Prolanis	85
13. Jumlah kunjungan peserta Prolanis Puskesmas Tajuncu dan Puskesmas Cangadi.....	100

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
Gambar 1 Kerangka Teori Penelitian.....	50
Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

1. *Informed Consent*
2. Pedoman wawancara
3. Lembar observasi
4. Telaah dokumen
5. Matriks pengumpulan Data Informan
6. Dokumentasi penelitian
7. Surat keterangan penelitian
8. Rekomendasi etik penelitian
9. Riwayat hidup penulis

DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

Lambang/singkatan	Arti dan Keterangan
AKI	Angka Kematian Ibu
AKN	Angka Kematian Neonatal
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DM Tipe 2	Diabetes Mellitus Tipe 2
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FPK	Formulir Pengajuan Klaim
HT	Hipertensi
IHME	Institut Metrik dan Evaluasi Kesehatan
JKN-KIS	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat
JNC-7	<i>The Seventh Report of Joint National Committee</i>
PERKENI	Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
Prolanis	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PTM	Penyakit Tidak Menular
Risikesdas	Riset Kesehatan Dasar
SDM	Sumber Daya Manusia
SOP	Standar Operasional Prosedur
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UMC	UNEJ Medical Center
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan merupakan masalah yang penuh dengan kompleksitas yang tinggi sehingga memberikan stigma kepada pemerintah tentang kemampuannya dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan. Menurut Institut Metrik dan Evaluasi Kesehatan (IHME) bahwa tantangan global pada abad ke-21 adalah penyakit tidak menular atau disebut juga *Noncommunicable Disease* karena pada tahun 2015 terdapat 56 juta kematian diseluruh dunia diantaranya 40 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular (CIMSA, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 terdapat 1,13 Miliar orang menyandang penyakit Hipertensi atau satu dari tiga orang di dunia ini terdiagnosis hipertensi dan jumlah tersebut diproyeksikan akan terus bertambah dan pada tahun 2025 akan mencapai jumlah 1,5 Miliar serta jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit ini adalah 9,4 juta pertahunnya (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun sebesar 34,1%. Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dibandingkan dengan tahun 2013, prevalensi hipertensi

di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen mengalami peningkatan sekitar 9,7% dalam kurun waktu 5 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Persentase kasus penyakit hipertensi di Sulawesi Selatan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016 terdapat 142.571 kasus hipertensi. Sedangkan pada tahun 2017 sebanyak 163.330 kasus hipertensi dan pada tahun 2018 sebanyak 229.720 kasus hipertensi (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2016; 2017; 2018). Peningkatan kasus hipertensi di Sulawesi Selatan terus meningkat dalam kurun waktu tiga tahun terakhir.

Salah satu Kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yakni Kabupaten Soppeng yang memiliki penduduk yang menderita penyakit hipertensi tahun 2016 sebanyak 13.435 kasus sedangkan pada tahun 2017 sebanyak 5.194 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 4.997 kasus hipertensi. Penyakit hipertensi merupakan penyakit nomor satu dari 10 penyakit di Kabupaten Soppeng (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2016; 2017; 2018).

Selain penyakit hipertensi juga terdapat penyakit tidak menular lainnya yaitu diabetes mellitus tipe 2. Penyakit ini telah diderita oleh sekitar 463 juta orang dewasa (20-79 tahun) dan pada tahun 2045 jumlah penderita diabetes akan meningkat menjadi 700 juta dan menyebabkan 4,2 juta kematian (International Diabetes Federation, 2019).

Prevalensi penyakit diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia pada tahun 2013 berdasarkan pemeriksaan darah pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 6,9% dan di tahun 2018 meningkat menjadi 8,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Berdasarkan laporan rutin PTM di Kab/Kota Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016 terdapat 17.725 kasus diabetes mellitus, sedangkan tahun 2017 sebanyak 31.916 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 35.347 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2016;2017;2018).

Jumlah kasus diabetes mellitus di Kabupaten Soppeng pada tahun 2016 sebanyak 660 kasus, meningkat pada tahun 2017 sebanyak 1.674 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 1.225 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2016;2017;2018).

Penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 mengalami peningkatan dari tahun ke tahun di provinsi Sulawesi Selatan sedangkan di Kabupaten Soppeng penyakit ini mengalami fluktuasi tetapi terlalu signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah harus mengambil langkah serius dalam menangani dan menanggulangi penyakit ini sehingga penderita dapat dikontrol agar resiko kematian yang diakibatkan oleh penyakit ini dapat menurun.

Pemerintah telah menetapkan empat pilar strategis yang termuat di dalam PERMENKES/5/2017/ tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019 sebagai acuan untuk sektor/kementerian/lembaga yang terkait dalam melakukan

aksi untuk menanggulangi penyakit tidak menular (Kementeriaan Kesehatan RI, 2015).

Pertama, pilar strategi advokasi dan kemitraan, pilar ini dimaksudkan untuk menjadikan PP-PTM sebagai prioritas melakukan pembangunan nasional, membangun kemitraan antara lembaga terkait serta melibatkan masyarakat dan mengindefikasi upaya-upaya lintas sektor untuk mendukung PP-PTM.

Kedua, pilar strategi promosi kesehatan dan penurunan faktor resiko yang memuat kegiatan memperkuat promosi kesehatan dengan melibatkan masyarakat dan menurunkan faktor resiko PTM yang terdiri penggunaan produk tembakau, konsumsi alkohol berbahaya, diet tidak sehat serta aktivitas fisik yang kurang.

Ketiga, pilar strategi penguatan sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan PTM terpadu yang komprehensif dan berkualitas khususnya pelayanan kesehatan tingkat primer termasuk sistem rujukannya dan memperkuat pelayanan PTM difasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut (sekunder dan tersier).

Keempat, pilar strategi surveilans, monev dan riset yang memuat kegiatan-kegiatan pokok untuk memperkuat sistem surveilans untuk PTM dan faktor resikonya sebagai bagian dari penguatan sistem informasi kesehatan, memperkuat monitoring dan evaluasi implementasi kegiatan di dalam RAN pencegahan dan pengendalian PTM dan mengembangkan

riset untuk mendukung pengembangan kebijakan pencegahan dan pengendalian PTM.

Berbagai upaya yang dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular, sejalan dengan yang dilakukan oleh WHO yang terkait dengan faktor risiko bersama (*common risk factors*). Pada tingkat komunitas pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) penyakit tidak menular dilakukan deteksi dini faktor risiko, penyuluhan dan kegiatan bersama komunitas untuk menuju Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Pada tingkat pelayanan kesehatan telah dilakukan penguatan terhadap puskesmas selaku kontak pertama masyarakat. Saat ini sistem rujukan belum tertata dengan baik maka akan terus disempurnakan sejalan dengan penyempurnaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk implementasi dari Universal Health Coverage (UHC) dan diterapkan sejak 1 Januari 2014 (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

Kendati demikian, hal di atas belum cukup mewujudkan penanggulangan dan pencegahan PTM karena keterlibatan multi-sektor masih terbatas, penyakit tidak menular amat terkait kepada *Social Determinants for Health*, khususnya dalam faktor risiko terkait perilaku dan lingkungan.

Sejak diberlakukannya Undang-Undang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan amanat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan strategi promotif preventif. Ada tiga strategi promotif

preventif yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan yakni strategi promotif dan preventif untuk peserta yang sehat (edukasi kesehatan, pelayanan KB, dan pelayanan imunisasi), strategi promotif dan preventif untuk peserta yang beresiko (skrining kesehatan primer dan sekunder, deteksi dini kanker), dan strategi promotif dan preventif untuk peserta yang sakit (Program Pengelolaan Penyakit Kronis/Prolanis) (Latifah & Maryati, 2018).

Pada tahun 2014 BPJS Kesehatan telah menerapkan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis). Prolanis adalah sistem pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan proaktif dan dilaksanakan secara integratif dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan dalam rangka pemeliharaan bagi yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya untuk pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

Kegiatan prolanis tidak dapat mengatasi penyakit kronis hal ini dapat dilihat karena masih kurangnya cakupan kepesertaan kegiatan prolanis. Berdasarkan data kepesertaan prolanis di Sulawesi Selatan tahun 2019 bahwa total peserta prolanis sebanyak 35.653 yang terdiri peserta penderita hipertensi sebanyak 21.114 dan penderita diabetes mellitus tipe 2 sebanyak 14.539 (BPJS Kesehatan, 2019b). Jumlah kepesertaan tersebut sangat jauh dibandingkan dengan penderita HT sebanyak 229.720 dan DM sebanyak 35.347 orang di Provinsi Sulawesi Selatan.

Kegiatan prolanis di Soppeng juga tidak berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat pada rendahnya rasio kunjungan peserta prolanis,

berdasarkan laporan BPJS Kesehatan bahwa rasio kunjungan peserta prolanis di Kabupaten Soppeng hanya sebesar 13,46 dari total keseluruhan peserta yang berjumlah 430 orang (BPJS Kesehatan, 2019a).

Data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan Kabupaten Soppeng bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS tahun 2018 sebanyak 17 Puskesmas (tidak termasuk dokter praktek perorangan dan klinik TNI/Polri) (BPJS Kesehatan, 2019a).

Kegiatan prolanis pada puskesmas di Kabupaten Soppeng apabila dilihat pada data yang dilihat pada tahun 2019 yaitu rata-rata kunjungan peserta prolanis tidak sesuai dengan jumlah peserta prolanis. Pada Puskesmas Tajuncu yaitu dengan rata-rata jumlah peserta 47 dan kunjungan hanya 14 dan Puskesmas Cangadi dengan rata-rata jumlah peserta 14 dan kunjungannya hanya 5 orang. (BPJS Kesehatan, 2019a) .

Pelaksanaan prolanis pada penelitian yang dilakukan oleh Rosdiana, Raharjo et al. (2017) dengan judul implementasi program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) menunjukkan bahwa implementasi prolanis di Puskesmas Halmahera belum mencapai indikator 75% dikarenakan komunikasi belum berjalan dengan baik diikuti dengan sumber daya yang masih kurang berupa tempat, dana dan disposisi terhadap PROLANIS cenderung positif, dan belum terdapat SOP yang dibukukan.

Hasil penelitian Latifah & Maryati (2018) dengan judul Analisis Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) BPJS

Kesehatan Pada Pasien Hipertensi Di UPTD Puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor menunjukkan bahwa pelaksanaan prolanis di puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor sudah cukup baik meskipun masih ada hambatan seperti kendala terbesar adalah kurangnya sarana gedung dan alat dalam pelaksanaan kegiatan aktivitas klub peserta prolanis, kurangnya koordinasi antar tim PROLANIS serta indikator keberhasilan masih melihat rasio jumlah peserta dengan kedatangan/keaktifan peserta prolanis.

Berdasarkan permasalahan di atas dapat kita ketahui bahwa Puskesmas di Kabupaten Soppeng belum mampu melaksanakan kegiatan Prolanis, maka dari itu peneliti tertarik untuk meneliti tentang pelaksanaan pengelolaan penyakit kronis (prolanis) dengan judul penelitian pelaksanaan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang sebelumnya, maka rumusan masalah tentang prolanis diuraikan sebagai berikut:

1. Bagaimana aspek *input* dalam hal sumber daya manusia, sarana prasarana, anggaran, dan standar operasional prosedur pelaksanaan prolanis pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng?

2. Bagaimana aspek *process* dalam hal konsultasi medis, edukasi kelompok, *reminder* melalui *sms gateway*, *home visit* dan pemantauan status kesehatan dalam pelaksanaan prolanis pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng?
3. Bagaimana aspek *output* dalam hal cakupan pelaksanaan prolanis pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng?

C. Tujuan

Terdapat dua tujuan yang akan dicapai dalam pelaksanaan penelitian ini, tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan menganalisis pelaksanaan program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui aspek *input* dalam hal sumber daya manusia, sarana prasarana, anggaran, dan standar operasional prosedur pelaksanaan prolanis pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng.
- b. Untuk mengetahui aspek *process* dalam hal konsultasi medis edukasi kelompok, *reminder* melalui *sms gateway*, *home visit* dan pemantauan status kesehatan dalam pelaksanaan prolanis pada

penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kabupaten Soppeng.

- c. Untuk mengetahui aspek *output* dalam hal dalam hal cakupan pelaksanaan prolanis pada penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di puskesmas Kabupaten Soppeng.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat positif dari segi Ilmiah, institusi dan praktis, yaitu:

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan tambahan pengetahuan dari segi pengembangan ilmu pengetahuan Kesehatan Masyarakat.

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan cakupan pelayanan prolanis agar mencapai target yang telah ditentukan.

3. Manfaat Praktis

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi positif pada kegiatan pelaksanaan prolanis di Puskesmas Kabupaten Soppeng.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan terdapat begitu banyak organisasi kesehatan yang mengemban tugas tersebut. Salah satunya yang ada di daerah yaitu Puskesmas. Puskesmas merupakan organisasi kesehatan yang berada pada tingkat daerah Kabupaten/Kota.

Menurut Alamsyah (2011) bahwa puskesmas merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur pembangunan kesehatan, peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah.

Lebih lanjut, Muninjaya (2004) dalam Alamsyah (2011) mengatakan bahwa Puskesmas adalah unit teknis pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan disatu atau sebagian wilayah Kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan bidang kesehehatan.

Sedangkan Notoatmodjo (2003) dalam Alamsyah (2011) memberikan pengertian bahwa fungsi puskesmas dalam melaksanakan tugasnya dapat mewujudkan empat misi pembangunan kesehatan yang terdiri dari penggerakan pembangunan kecamatan yang berwawasan pembangunan, mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau serta meningkatkan kesehatan individu kelompok dan masyarakat serta lingkungan.

Permenkes No 43 Tahun 2019 menyebutkan Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Berdasarkan beberapa definisi tentang Puskesmas di atas maka dapat diketahui bahwa puskesmas merupakan organisasi yang disediakan pemerintah pada tiap-tiap daerah dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai upaya dalam melakukan pembangunan kesehatan agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Fungsi dan Peran Puskesmas

Puskesmas sebagai penyelenggaran pelayanan kesehatan tingkat pertama yang harus berada pada tiap-tiap Kecamatan menjalankan tugas

dan fungsinya sesuai dengan aturan yang berlaku. Adapun fungsi Puskesmas menurut Trihono (2005) antara lain:

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas senantiasa menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Puskesmas juga aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas berupaya agar pemuka masyarakat, keluarga termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dari situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Puskesmas memiliki tanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara utuh dan menyeluruh,

terpadu serta berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama menjadi tanggung jawab Puskesmas, terdiri dari :

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan yaitu pelayanan yang bersifat *privat goods* yang bertujuan menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanannya terdiri dari rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat *public goods* tujuan utama untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan ataupun mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Menurut Permenkes No 43 Tahun 2019 pasal 5 bahwa fungsi puskesmas terdiri atas 2 yaitu:

- a. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Wewenang puskesmas untuk menyelenggarakan fungsinya dalam upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang terdapat dalam Permenkes No 43 Tahun 2019 pasal 6 meliputi:

- 1) Menyusun perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;

- 2) melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- 4) menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- 5) melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 6) melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- 7) memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- 8) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
- 9) memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit;
- 10) Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan
- 11) Melakukan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya melalui pengorganisasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.

- b. Penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama diwilayah kerjanya

Wewenang puskesmas untuk menyelenggarakan fungsinya dalam upaya kesehatan perorangan (UKP) yang terdapat dalam Permenkes No 43 Tahun 2019 pasal 7 meliputi:

- 1) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- 2) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- 3) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- 4) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- 5) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- 6) melaksanakan rekam medis;
- 7) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- 8) melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- 9) mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- 10) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan

Selain memiliki fungsi seperti di atas, Puskesmas juga mempunyai peran yang sangat penting sebagai unit pelaksana teknis daerah, yaitu dituntut untuk memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Wujud peran tersebut dapat dilihat dalam bentuk keikutsertaan dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistis, tata laksana kegiatan yang tersusun dengan baik, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Masa mendatang, puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi yang terkait terkait sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu (Efendy, 2009).

3. Program Kesehatan Puskesmas

Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki beberapa program pokok yang diberikan kepada masyarakat untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu yang terdiri atas:

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- b. Keluarga Berencana (KB)
- c. Usaha Perbaikan Gizi
- d. Kesehatan Lingkungan
- e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
- f. Pengobatan Termasuk Pelayanan Darurat Karena Kecelakaan

- g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- h. Kesehatan Sekolah
- i. Kesehatan Jiwa
- j. Laboratorium Sederhana
- k. Pencatatan Pelaporan dalam Rangka Sistem Imunisasi Kesehatan
- l. Kesehatan Olahraga
- m. Kesehatan Usia Lanjut
- n. Kesehatan Gigi dan Mulut
- o. Pembinaan Pengobatan Tradisional
- p. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Alamsyah, 2011)

Berdasarkan enam belas (16) program puskesmas yang terdapat diatas maka dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu program kesehatan dasar dan program kesehatan pengembangan (Alamsyah, 2011).

Program kesehatan dasar memiliki 6 program pokok yang dikenal dengan *The Six Basic* yang terdiri atas Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Keluarga Berencana, Perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular serta Pengobatan Dasar (Alamsyah, 2011).

Sedangkan program kesehatan pengembangan adalah program yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan puskesmas setempat (Alamsyah, 2011).

4. Kedudukan Puskesmas

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (2004) bahwa kedudukan puskesmas (Alamsyah, 2011) adalah sebagai berikut:

- a. Puskesmas sebagai aspek fungsional yang dibedakan menjadi 3 bidang yakni:
 - 1) Bidang pelayanan kesehatan masyarakat adalah puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan di tingkat pertama yang dibina oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.
 - 2) Bidang pelayanan medik adalah puskesmas sebagai pusat pelayanan medik dasar yang melakukan koordinasi dan kerjasama secara teknis dengan pihak rumah sakit kabupaten/kota
 - 3) Puskesmas mempunyai kedudukan sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak sistem kesehatan di Indonesia.
- b. Puskesmas sebagai aspek organisasi struktural yang berkedudukan sebagai pelaksana teknis yang dipimpin oleh seorang kepala yang bertanggung jawab kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dan secara operasional dikoordinasikan kepada camat.

Organisasi puskesmas sebagai UPTD dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki peran ganda sebagai tugas teknis operasional untuk melaksanakan kegiatan teknis yang berhubungan langsung dengan

masyarakat dan dinas kesehatan kabupaten/kota. Selain itu, Puskesmas mempunyai tugas untuk menetapkan struktur organisasi puskesmas dengan pertimbangan beban kerja dan potensi sumber daya yang ada di puskesmas (Alamsyah, 2011)

5. Klasifikasi Puskesmas

Heterogenitas setiap daerah menyebabkan adanya perbedaan klasifikasi setiap puskesmas, maka dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan

Klasifikasi puskesmas berdasarkan wilayah kerja berdasarkan Permenkes No 43 tahun 2019 Pasal 25, 26, 27, dan 28 sebagai berikut:

a. Puskesmas kawasan perkotaan

Puskesmas kawasan perkotaan merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya memenuhi paling sedikit 3 dan 4 kriteria perkotaan yakni:

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa;
- 2) Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, bioskop, atau hotel;
- 3) Lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik;

- 4) Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan perkotaan memiliki kriteria sebagai berikut: memprioritaskan pelayanan UKM; pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat; pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat; optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan; pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

b. Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya memenuhi paling sedikit 3 dan 4 kriteria perkotaan yakni:

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sektor agraris;
- 2) Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel;
- 3) Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% (sembilan puluh persen); dan

4) Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan pedesaan memiliki kriteria sebagai berikut: pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat; pelayanan UKP dilaksanakan oleh puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat; optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan; dan pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan.

c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan puskesmas yang memenuhi kriteria sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki kriteria sebagai berikut: memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan; dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan; pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan lokal; pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil; optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan; dan pelayanan UKM dan UKP

dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

Karakteristik yang didasarkan pada kemampuan penyelenggaraan dijelaskan dalam Permenkes No 43 Tahun 2019 pada pasal 29 yang berbunyi sebagai berikut:

a. Puskesmas non rawat inap

Puskesmas non rawat inap adalah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan dirumah (*home care*), dan pelayanan gawat darurat.

b. Puskesmas rawat inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

Puskesmas sebagai unsur lini dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, maka pengklasifikasian jenis puskesmas yang pada wilayah kerja dan kemampuan penyelenggara memang diperlukan.

B. Tinjauan Umum Prolanis

1. Pengertian Prolanis

Kegiatan Prolanis merupakan sistem pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan proaktif dan dilaksanakan secara integratif

dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan dalam rangka pemeliharaan bagi yang menderita penyakit kroni untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya untuk pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014)

2. Tujuan Prolanis

Kegiatan prolanis bertujuan untuk mendorong peserta BPJS yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama mendapatkan hasil baik pada pemeriksaan secara spesifik sehingga dapat mencegah komplikasi penyakit (BPJS Kesehatan, 2014)

3. Sasaran Prolanis

Seluruh peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2) dan Hipertensi (BPJS Kesehatan, 2014)

4. Bentuk Pelaksanaan/Aktivitas Prolanis

Pelaksanaan prolanis mencakup 5 metode, antara lain:

a. Konsultasi medis

Konsultasi medis dilaksanakan dengan cara konsultasi antara peserta prolanis dengan petugas kesehatan dan kesepakatan jadwal konsultasi

antara peserta dengan fasilitas kesehatan pengelola (BPJS Kesehatan, 2014)

b. Edukasi kelompok peserta prolanis

Edukasi kesehatan merupakan suatu kegiatan Klub Risti (Klub Prolanis) yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dalam upaya memulihkan dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan derajat kesehatan bagi peserta Prolanis. Sasarannya adalah terbentuknya kelompok peserta (Klub) Prolanis minimal satu faskes pengelola satu klub. Pengelompokan didasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan akan edukasi. Pelaksanaan kegiatan ini minimal satu kali dalam sebulan (BPJS Kesehatan, 2014)

Adapun materi edukasi kesehatan untuk peserta penderita DM Tipe 2 yakni pengenalan tanda, gejala, terapi penyakit DM Tipe 2; komplikasi akibat DM Tipe 2; perawatan yang dapat dilakukan dirumah; peran keluarga dalam mendampingi pasien; cara menyuntik insulin secara mandiri; dan edukasi-edukasi lain yang berhubungan dengan penyakit DM Tipe 2. Sedangkan materi untuk peserta penderita hipertensi yakni pengenalan tanda, gejala hipertensi; penatalaksanaan hipertensi; pemeliharaan kesehatan dan penanganan kegawatdaruratan penyakit hipertensi; dan edukasi-edukasi lain yang berhubungan dengan penyakit hipertensi (Jannah, 2018).

c. *Reminder* melalui *SMS Gateway*

Reminder SMS Gateway adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memotivasi peserta prolanis agar melakukan kunjungan rutin ke Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut (BPJS Kesehatan, 2014).

Menurut BPJS Kesehatan dalam Jannah (2018) bahwa langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam kegiatan *reminder* yakni: mencatat nomor *handphone* peserta prolanis dan keluarga peserta; memasukkan nomor *handphone* ke aplikasi *SMS Gateway*; mengumpulkan data kunjungan peserta prolanis; mengumpulkan jadwal kunjungan per peserta ke per faskes pengelola; melakukan kegiatan monitoring aktivitas *reminder*; melakukan analisis data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat *reminder* dengan jumlah kunjungan; serta membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional.

d. *Home Visit*

Home Visit adalah kegiatan pelayanan yang dilakukan dengan berkunjung ke rumah peserta prolanis untuk memberikan pendidikan kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis dan keluarga peserta (BPJS Kesehatan, 2014).

Sasaran kegiatan *home visit* adalah peserta prolanis dengan kriteria; peserta baru terdaftar; peserta tidak hadir terapi di klinik/puskesmas/dokter praktek perorangan selama tiga bulan berturut-turut; peserta dengan GDP/GDPP dibawah standar tiga bulan berturut-

turut (PPDM); peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol selama tiga bulan berturut-turut (PPHT); dan peserta pasca operasi (BPJS Kesehatan, 2014).

e. Pemantauan status kesehatan

Pemantauan status kesehatan adalah mengontrol riwayat pemeriksaan kesehatan peserta Prolanis yang bertujuan untuk mencegah timbulnya komplikasi penyakit.

C. Tinjauan Umum Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Penyakit Hipertensi

Penyakit hipertensi merupakan masalah kesehatan yang serius yang dapat menyerang siapa saja. Hipertensi dikenal sebagai “pembunuh diam-diam atau *silent killer*” karena penyebabnya sering tidak diketahui dan orang yang menderita tidak menampilkan gejala atau tanda-tanda apapun.

Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg yang diukur dua kali dengan selang waktu selama lima dalam situasi cukup tenang atau istirahat (Kementerian Kesehatan, 2014).

Hipertensi merupakan suatu kondisi seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas, tekanan darah pada tahap

sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang dipompa oleh jantung dan tahap diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2014).

Sedangkan penyakit hipertensi menurut Pudiastuti adalah adanya gangguan pada pembuluh darah dan jantung yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan yang memerlukannya (Pudiastuti, 2013).

Selanjutnya hipertensi merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskuler aterosklerosis, gagal jantung ,stroke dan gagal ginjal yang ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg yang diukur sebanyak dua kali atau lebih (Smeltzer, Bare et al., 2012)

2. Klasifikasi Penyakit Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut *The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and the Treatment of High Blood Pressure* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC-7

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<115	<75
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tahap I	140-159	90-99
Hipertensi tahap II	>160	>100

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2014

Sedangkan klasifikasi hipertensi menurut World Health Organization (WHO) dan International Society of Hypertension (ISH) adalah :

Tabel 2 Klasifikasi hipertensi menurut WHO dan ISH

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-tinggi	130-139	85-89
Hipertensi ringan (Grade 1)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (Grade 2)	160-179	100-109
Hipertensi berat (Grade 3)	>180	>110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	<90

Sumber: Suparto (2010) dalam (Pramana, 2016)

3. Etiologi Penyakit Hipertensi

Penyakit hipertensi dibagi menjadi dua jenis tergantung pada penyebabnya. Sebanyak sepuluh persen kasus hipertensi digolongkan sebagai hipertensi sekunder dan 90% kasus lainnya sebagai hipertensi primer (Sherwood, 2018). Adapun penjelasan dari hipertensi sekunder dan hipertensi primer adalah sebagai berikut:

- a. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan sebagai akibat dari adanya penyakit lain atau terjadi akibat penyebab primer yang teridentifikasi
- b. Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya meskipun dihubungkan dengan faktor gaya hidup seperti mengonsumsi alkohol, merokok, kurang bergerak dan pola makan.

4. Patofisiologi Penyakit Hipertensi

Mekanisme hipertensi dimulai dari *atherosclerosis* yaitu gangguan struktur anatomi pembuluh darah yang disebut *peripher* yang dilanjutkan dengan pembuluh darah yang kaku. Kekakuan pembuluh darah yang disertai penyempitan dan memungkinkan pembesaran plaque yang menghambat gangguan peredaran darah peripher. Kekakuan dan kelambanan aliran darah mengakibatkan bertambahnya beban jantung yang akhirnya dikompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang selanjutnya memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi (Bustan, 2007).

5. Tanda dan Gejala Penyakit Hipertensi

Tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit hipertensi dapat berbeda-beda. Menurut Nurari Kusuma dalam Saputri (2016) bahwa tanda dan gejala yang biasa ditimbulkan oleh penderita hipertensi antara lain:

a. Tidak ada gejala

Penderita hipertensi seringkali tidak merasakan perubahan kondisi tubuh sehingga penderita mengabaikan kondisinya dan baru muncul keluhan setelah terjadi komplikasi yang spesifik pada organ seperti ginjal, mata, otak dan jantung.

b. Gejala yang lazim

Gejala yang lazim dirasakan oleh penderita hipertensi yaitu mengalami nyeri kepala dan mudah kelelahan. Hipertensi yang

tergolong berat akan menimbulkan keluhan yang sangat nampak antara lain sakit kepala, muntah, sesak nafas, gelisah, sesak nafas, pandangan kabur, tengkuk terasa berat, pembengkakan pada pergelangan kaki, denyut jantung yang cepat, kuat dan tidak teratur, serta perdarahan.

6. Komplikasi Penyakit Hipertensi

Hipertensi akan menyebabkan rusaknya endothel arteri dan mempercepat atherosclerosis. Komplikasi hipertensi dapat merusak organ tubuh seperti mata, jantung, ginjal, dan pembuluh darah. Hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit serebrovaskuler yakni stroke, transient ischemic attack, penyakit arteri koroner yakni gagal ginjal, dementia, dan atrial fibrilasi. Apabila penderita hipertensi mempunyai faktor risiko kardiovaskuler maka akan terjadi peningkatan mortalitas dan morbiditas akibat gangguan kardiovaskulernya. Berdasarkan studi Framingham bahwa penderita hipertensi mengalami peningkatan risiko yang tinggi untuk terkena penyakit jantung koroner, stroke, arteri perifer, dan gagal jantung (Departemen Kesehatan RI, 2006).

7. Faktor Risiko Penyakit Hipertensi

Menurut Elsanti (2009) dalam Saputri (2016) bahwa faktor risiko yang dapat menyebabkan hipertensi terdiri atas 2 faktor yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol.

a. Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol

1) Jenis kelamin

Prevalensi hipertensi pada pria sama dengan wanita. Pria sering mengalami tanda-tanda hipertensi pada umur tiga puluhan sedangkan wanita sering mengalami hipertensi setelah menopause

2) Umur

Semakin tinggi umur seseorang maka seseorang juga cenderung mempunyai tekanan darah tinggi.

3) Genetik

Jika seseorang memiliki keluarga yang memiliki riwayat hipertensi maka kemungkinan ia juga menderita hipertensi lebih besar.

b. Faktor risiko yang dapat dikontrol

1) Obesitas

Kelebihan lemak pada tubuh khususnya lemak abdominal saling erat kaitannya dengan hipertensi.

2) Kurang olahraga

Kurangnya melakukan aktivitas olahraga akan memungkinkan terjadi peningkatan obesitas dan memudahkan terjadinya hipertensi.

3) Merokok

Rokok memiliki pengaruh yang berbahaya bagi organ jantung. Apabila pembuluh darah pada jantung dalam keadaan tegang karena hipertensi maka merokok dapat merusak pembuluh darah.

4) Konsumsi garam berlebih

Kandungan natrium dalam garam mempunyai pengaruh yang besar pada mekanisme timbulnya hipertensi.

5) Stres

Stres merupakan hal yang membuat tegang, marah, dan tidak bahagia sehingga jika terlalu stres akan mempengaruhi kesehatan salah satunya penyakit hipertensi.

D. Tinjauan Umum Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

1. Pengertian Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah suatu penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik kenaikan kadar gula darah yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau resistensi insulin (Departemen Kesehatan RI, 2008). Sedangkan menurut *American Diabetes Assosiation* (ADA) bahwa diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang memiliki karakteristik hiperglikimia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya (Hastuti, 2008). Seseorang yang menderita penyakit diabetes mellitus tipe 2 cenderung memilih berat badan yang normal sehingga mereka baru

menyadari jika dirinya terdiagnosa penyakit diabetes mellitus tipe melitus membutuhkan waktu yang lama. Selain itu faktor keturunan dan kehamilan dengan diabetes juga dapat mempengaruhi seseorang terkena diabtes mellitus tipe 2 (Novitasari, 2012).

2. Klasifikasi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Berdasarkan Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) dalam Fatmawati (2010) bahwa diagnosis DM ditentukan oleh pemeriksaan kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah sewaktu dan glukosa darah puasa sebagai patokan penyaring dapat dilihat pada tabel 3:

Tabel 3 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring

		Bukan 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 (mg/dl)	Plasma vena	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	<90	90-109	≥110

Sumber: Rudijanto, Yuwono et al. (2015)

3. Etiologi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan gangguan heterogen akibat kombinasi faktor genetik yang terkait dengan sekresi insulin yang terganggu, resistensi insulin dan faktor lingkungan. Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah bentuk umum dari idiopatik diabetes dan ditandai oleh kurangnya

kebutuhan akan insulin untuk mencegah ketoasidosis. Hal ini merupakan bukan gangguan autoimun dan gen kerentanan yang mempredisposisi diabetes mellitus tipe 2 belum teridentifikasi pada kebanyakan pasien (Sari, 2016).

4. Patofisiologi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Kondisi yang berperan dalam patofisiologi diabetes mellitus tipe 2 adalah resistensi insulin, disfungsi sel β pankreas dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin adalah suatu kondisi dimana sel tubuh tidak mampu menggunakan gula darah dengan baik karena sel tidak mampu merespon insulin. Faktor pemicu terjadinya resistensi insulin adalah obesitas, kurang olahraga dan penuaan. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes mellitus tipe 2 bersifat relatif dan absolut (Fatimah, 2015).

Perkembangan diabetes mellitus tipe 2 dimulai oleh sel β pankreas memperlihatkan adanya gangguan pada sekresi insulin fase pertama yaitu sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, maka perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel β pankreas. Kerusakan sel-sel β pankreas akan terjadi secara progresif yang akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga penderita memerlukan insulin eksogen (Fatimah, 2015).

5. Tanda dan Gejala Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes mellitus dapat dikelompokkan ke dalam dua bentuk gejala yaitu akut dan kronik. Pengertian tentang jenis gejala diabetes mellitus dijelaskan sebagai berikut:

a. Gejala akut

Gejala diabetes mellitus dari satu penderita ke penderita yang lain memiliki variasi, bahkan tidak menunjukkan tanda atau gejala sampai waktu tertentu. Adapun gejala akut diabetes mellitus (Fitriyani, 2012) yaitu sebagai berikut:

1) Pada permulaan gejala yakni:

- a) Poliphagia atau banyak makan
- b) Polidipsia atau banyak minum
- c) Poliuria atau banyak kencing

2) Apabila keadaan tersebut tidak segera ditangani, maka akan muncul gejala yakni:

- a) Nafsu makan bertambah namun berat badan turun drastis yaitu 5 sampai 10 kg dalam waktu 2 sampai 4 minggu.
- b) Mudah lelah
- c) Muncul rasa mual bahkan penderita bisa jatuh koma

b. Gejala kronik yakni:

- 1) Kesemutan
- 2) Kulit terasa panas seperti tertusuk jarum
- 3) Kram

- 4) Kelelahan
- 5) Mudah mengantuk
- 6) Pandangan kabur
- 7) Terasa gatal disekitar kemaluan pada wanita

6. Komplikasi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 merupakan penyakit jangka panjang yang disebabkan tubuh tidak dapat menggunakan insulin. Adapun komplikasi akibat diabetes mellitus tipe 2 adalah sebagai berikut:

a. Komplikasi akut

Komplikasi akut adalah kadar glukosa darah meningkat atau menurun secara drastis dalam waktu yang singkat. Perubahan yang besar dan ketat dapat mengakibatkan dampak yang sangat fatal (Sari, 2016). Dalam komplikasi akut yang sering terjadi adalah:

- 1) Hipoglikemia adalah gejala yang timbul pada tubuh akibat kadar glukosa dibawah normal dengan tanda adanya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, pusing, gelisah dan bisa mengalami koma.
- 2) Kondeasidosis diabetik – koma diabetik adalah kondisi tubuh yang sangat kekurangan insulin dan mendadak akibat infeksi, pola makan yang tidak teratur, lupa menyuntikkan insulin dan stres.

- 3) Koma hiperosmoler non ketotik terjadi karena dehidrasi berat, hipotensi dan *shock*.
- 4) Koma laktro asidosis terjadi karena peningkatan kadar asam laktat dalam darah dan dapat mengalami koma (Sari, 2016).

b. Komplikasi kronis

Komplikasi kronis adalah kelainan pembuluh darah yang dapat menyebabkan gangguan fungsi ginjal, serangan jantung dan gangguan saraf (Sari, 2016). Adapun komplikasi jangka panjang dari diabetes mellitus tipe 2 adalah:

- 1) Pembuluh darah: sirkulasi yang jelek dalam pembuluh darah menyebabkan penyembuhan luka tidak baik dan bisa menyebabkan penyakit stroke, jantung, gangrene kaki dan tangan, serta infeksi
- 2) Mata: gangguan pada penglihatan yang pada akhirnya dapat terjadi kebutaan
- 3) Ginjal: diabetes mellitus dapat menyebabkan gagal ginjal
- 4) Saraf: kelemahan tungkai secara perlahan atau tiba-tiba, kesemutan, rasa nyeri pada kaki dan tangan, serta kerusakan saraf yang bertahun-tahun.
- 5) Sistem saraf otonom: tekanan darah yang naik turun dan terjadi perubahan fungsi pencernaan.
- 6) Kulit: terjadi luka dan infeksi

- 7) Darah: gangguan sel darah putih sehingga mudah terkena infeksi saluran kemih dan kulit
- 8) Jaringan ikat: terjadi sindroma terowongan karpal kontraktur dupuytren. (Sari, 2016)

7. Faktor Risiko Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) bahwa faktor risiko diabetes mellitus tipe 2 dibedakan menjadi tiga yaitu faktor yang tidak dapat diubah, faktor yang dapat diubah dan faktor lain yang terkait dengan diabetes mellitus tipe 2.

Faktor yang tidak dapat diubah yakni umur, riwayat kesehatan keluarga, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi >4000 gr atau riwayat pernah menderita DM gestasional. Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat diubah yakni obesitas berdasarkan IMT $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ atau lingkar perut $\geq 80 \text{ cm}$ pada wanita dan $\geq 90 \text{ cm}$ pada laki-laki, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemi dan diet tidak sehat. Selanjutnya faktor lain yang terkait dengan diabetes mellitus tipe 2 meliputi penderita sindrom metabolik memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sebelumnya, stroke, penyakit jantung koroner, mengonsumsi alkohol, merokok, serta stres (Fatimah, 2015).

E. Tinjauan Umum Pelaksanaan Program

1. Pengertian Pelaksanaan Program

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia bahwa program adalah rancangan mengenai asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan atau dengan kata lain bahwa program adalah rangkaian kegiatan yang telah disusun dan diperbaiki secara sempurna yang akan dilakukan atau dilaksanakan.

Apabila program dikaitkan langsung dengan evaluasi program maka program didefinisikan sebagai unit kegiatan yang merupakan realisasi dari kebijakan yang berlangsung dalam proses yang berkesinambungan dan melibatkan sekelompok orang dalam organisasi. Dengan demikian terdapat 3 unsur penting yang perlu ditekankan dalam program:

- a. Program adalah realisasi atau implementasi dari suatu kebijakan.
- b. Terjadi dalam kurun waktu yang lama dan bukan kegiatan tunggal tetapi jamak berkesinambungan.
- c. Terjadi dalam organisasi yang melibatkan sekelompok orang.

Pengertian program adalah suatu unit atau kesatuan kegiatan yang menyerupai sebuah sistem, yaitu rangkaian kegiatan yang dilakukan bukan hanya satu kali tetapi berkesinambungan. Pelaksanaan program selalu terjadi dalam sebuah organisasi yang berarti melibatkan orang-orang yang ada di dalamnya (Karding, 2008).

Pelaksanaan program merupakan tindakan atas rencana yang telah disusun secara matang. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia bahwa

implementasi adalah pelaksanaan, penerapan tentang hal yang disepakati. Menurut Wahab (2008) bahwa pelaksanaan atau implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan individu atau pejabat, kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada terciptanya tujuan-tujuan yang telah digariskan atau disepakati dalam keputusan kebijakan.

Sedangkan menurut Harsono (2002) bahwa implementasi atau pelaksanaan adalah suatu proses dalam melaksanakan kebijakan menjadi tindakan kebijakan dari politik ke dalam administrasi. Pengembangan kebijakan akan dilakukan dalam rangka penyempurnaan suatu program.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program adalah tindakan yang dilakukan oleh setiap orang yang berwenang dalam rangka mewujudkan program yang telah ditetapkan tersebut sehingga di dalam pelaksanaan program dipandang perlu adanya kejelasan tentang garis kordinasi antara stake holder serta ukuran yang jelas yang dapat dijadikan sebagai tolak ukur dalam menilai kebijakan.

2. Pendekatan Teori Pelaksanaan Prolanis

Pelaksanaan prolanis apabila dilihat dalam pendekatan yang digunakan oleh Azwar (1996) tentang pelaksanaan program maka meliputi unsur masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), dampak (*impact*), umpan balik (*feedback*), dan lingkungan (*environment*). Unsur-unsur tersebut dijelaskan sebagai berikut:

a. Masukan (*input*)

Masukan adalah segala hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya program yang meliputi sumber daya manusia, dana, dan sarana. Terdapat 6 elemen dalam unsur masukan yaitu:

1) *Man* (sumber daya manusia)

Man adalah sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan yang melakukan proses untuk mencapai tujuan.

2) *Money* (Uang)

Money (Uang) merupakan salah satu unsur yang sangat penting dalam pelaksanaan program. Uang merupakan alat ukur dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan tersebut. Oleh karena itu uang merupakan alat (*tools*) yang penting untuk mencapai tujuan.

3) *Materials* (Materi)

Materi terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam melaksanakan program untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain sumberdaya manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Materi dan manusia tidak dapat

dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

4) *Machines* (Mesin)

Machines (Mesin) digunakan untuk memberi kemudahan agar menciptakan efisiensi kerja. Bahan-bahan tersebut disesuaikan dengan cara pengelolaannya (pemanfaatan teknologi), sehingga benar-benar optimal untuk mencapai tujuan.

5) *Method* (Metode)

Pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode-metode kerja yang cocok dengan program yang dijalankan. Tata cara kerja yang baik akan memperlancar dan mempermudah jalannya pekerjaan. Metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu serta anggaran.

6) *Market* (Pasar)

Market dalam program juga dikenal sebagai upaya untuk memperkenalkan program. Jika program yang dijalankan tidak diminati masyarakat, maka program akan dinyatakan gagal dan bahkan akan berhenti. Oleh sebab itu, memperkenalkan program kepada masyarakat merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan program.

b. Proses (*process*)

Proses adalah keseluruhan tindakan yang dilakukan oleh organisasi untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai.

c. Keluaran (*output*)

Keluaran merujuk pada tujuan yang ingin dicapai oleh program tersebut. Program hanya akan dicapai apa bila proses untuk mencapai program tersebut dijalankan dengan baik..

d. Dampak (*impact*)

Ketika tujuan program dicapai maka akan menghasilkan sebuah dampak, yang dimaksud dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu program.

e. Umpan balik (*feedback*)

Merupakan umpan balik yang dapat dirasakan oleh organisasi atau masyarakat atau akibat dari pelaksanaan program tersebut.

f. Lingkungan (*environment*)

Lingkungan adalah keadaan eksternal organisasi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program. Untuk organisasi yang melaksanakan pelayanan kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan kesehatan yang terkait, keadaan organisasi dan internal manajemen organisasi.

3. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Program

Weimer dan Vining dalam Pasolong (2010) menyebutkan pendapatnya tentang keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan program dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

- a. Logika yang digunakan oleh suatu kebijakan, yaitu sampai seberapa besar teori yang menjadi landasan kebijakan atau seberapa jauh hubungan logis antara kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan tujuan atau sasaran yang hendak dicapai.
- b. Hakikat kerjasama yang dibutuhkan, yakni apakah semua pihak yang telah terlibat dalam kerjasama merupakan suatu *assembling* produktif.
- c. Ketersediaan sumberdaya manusia yang memiliki kemampuan, komitmen untuk mengelola pelaksanaannya.

Sedangkan hambatan yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program menurut Gow dan Morss dalam (Pasolong, 2010) yakni: hambatan politik, ekonomi dan lingkungan, kelemahan institusi, ketidakmampuan SDM di bidang teknis dan administratif, kekurangan dalam bentuk teknis, kurangnya desentralisasi dan partisipasi, pengaturan waktu, dan sistem informasi

F. Penelitian Terdahulu

Tabel 4 Sintesa Penelitian

No.	Penulis/Tahun	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Rosdiana, Raharjo et al. (2017)	Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)	Untuk mengetahui bagaimana program pengelolaan penyakit kronis di Puskesmas Halmahera Kota Semarang Tahun 2017	Penelitian kualitatif deskriptif dengan teknik <i>purposive sampling</i>	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.
2	Latifah & Maryati (2018)	Analisis Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis Bpjs Kesehatan Pada Pasien Hipertensi Di Uptd Puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor	Untuk memperoleh informasi mendalam mengenai pelaksanaan program Prolanis BPJS Kesehatan pada pasien hipertensi di UPTD Puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor tahun 2017	Metode kualitatif, menggunakan metode pengumpulan data survey bersifat <i>cross sectional</i> dengan jenis rancangan deskriptif	Pelaksanaan program prolanis di puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor sudah cukup baik meskipun masih ada hambatan seperti kendala terbesar adalah kurangnya sarana gedung dan alat dalam pelaksanaan kegiatan aktivitas klub peserta prolanis, kurangnya koordinasi antar tim prolanis serta indikator keberhasilan masih melihat rasio jumlah peserta dengan kedatangan/keaktifan peserta prolanis. Rekomendasi yang diperlukan adalah koordinasi antara tim prolanis di puskesmas ditingkatkan.
3	Meiriana, Trisnantoro et al. (2019)	Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Penyakit Hipertensi Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta	Untuk mengidentifikasi implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada penyakit hipertensi di Puskemas Jetis Kota Yogyakarta	Penelitian bersifat kualitatif dengan menggunakan strategi studi kasus. Informan yang dipilih dengan teknik <i>purposive</i>	Cakupan kepatuhan program prolanis dilihat dari indikator angka kontak yang belum tercapai oleh Puskesmas Jetis dengan rasio angka kontak 108 permil dan indikator rasio peserta prolanis rutin berkunjung hanya sampai zona aman yang standar yaitu 69 persen karena kurangnya sosialisasi terkait prolanis.

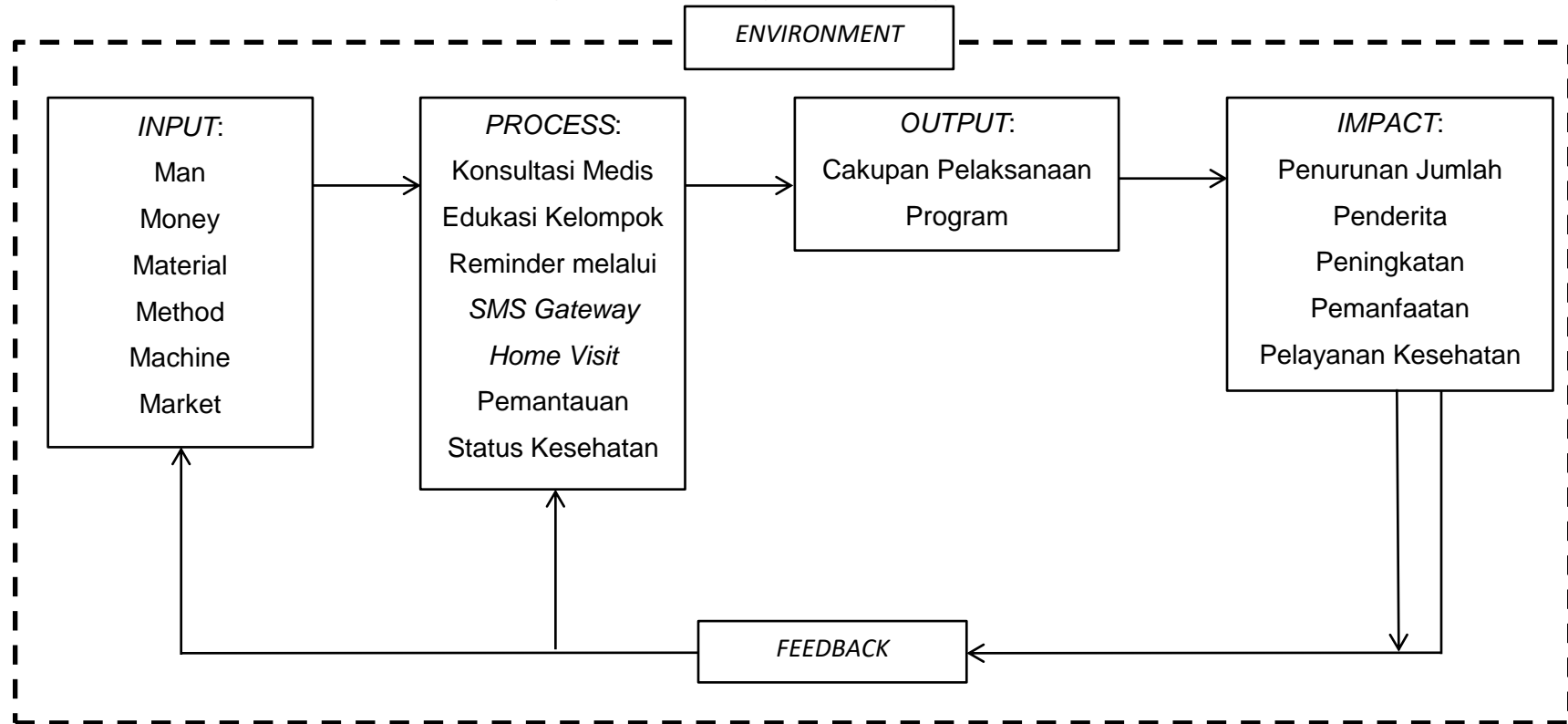
						Puskesmas membatasi kepesertaan prolanis karena keraguan dalam mengendalikan untuk rutin datang setiap bulannya
4	Astuti, Isdyarsa et al. (2018)	Korelasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Kualitas Hidup Pasien Di UNEJ <i>Medical Center</i>	Untuk mengetahui sejauh mana korelasi program tersebut terhadap peningkatan kualitas hidup pasien sebagai dampak dilaksanakannya prolanis oleh BPJS	Pendekatan analitik <i>cross sectional</i>		Ditemukan bahwa mutu pelayanan yang diberikan oleh Prolanis BPJS tidak memiliki korelasi bermakna (nilai p= 0,072) terhadap kualitas hidup dari pasien di UMC secara umum. Delapan dimensi kualitas hidup yang diteliti, hanya dua yang berkorelasi dengan mutu pelayanan yang diberikan. Kedua dimensi yang memiliki kekuatan korelasi sedang tersebut adalah dimensi fungsi fisik (r=0,524) dan dimensi nyeri tubuh (r=0,429).
5	Mongilala, Kawatu et al. (2019)	Analisis Pelaksanaan Program Kesehatan Kerja Di Puskesmas Sonder Kabupaten Minahasa	Untuk mengetahui pelaksanaan program kesehatan kerja di puskesmas Sonder	Penelitian kualitatif dengan observasi, dokumen, wawancara mendalam		Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sudah ada peraturan pemerintah tentang Pos UKK yaitu permenkes 100 Tahun 2015 tetapi belum berjalan secara maksimal. Sesuai dengan kebijakan yang disepakati untuk program kesehatan kerja ini, diambil dari upaya kesehatan masyarakat dimana lebih difokuskan pada pekerja informal saja. Kurangnya dukungan pemerintah berupa dana serta sarana prasarana yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program kesehatan kerja.
6	Haldane, Singh et al. (2020)	Keterlibatan Masyarakat Dalam Pengembangan Dan Implementasi Program Kondisi	Untuk memeriksa bukti tentang bagaimana masyarakat terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan program	Penelitian kualitatif		Proses keterlibatan masyarakat dalam pengelolaan program penyakit kronis yang berasal dari analisa induktif menganggap bahwa komponen sosial, budaya, faktor organisasi dan <i>stakeholder</i>

		Kronis Di Seluruh Rangkaian Perawatan Di Negara Berpenghasilan Tinggi Dan Menengah Ke Atas: Tinjauan Sistematis	penyakit kronis di negara-negara berpenghasilan tinggi dan menengah-atas.		mendasari pengembangan intervensi masyarakat dalam perawatan yang berkelanjutan
7	Gagliardino, Chantelot et al. (2019)	Pendidikan Dan Kesehatan: Bagaimana Pengaruhnya Terhadap Perawatan Diberikan Kepada Penderita Diabetes Tipe 1 Di Amerika Latin. Data Dari Studi Praktik Diabetes Mellitus Internasional (IDMPS)	Diabetes Asuransi Untuk mengevaluasi dampak pendidikan diabetes dan akses ke pelayanan di Amerika Latin.	Studi multinasional observasional	Hasil menunjukkan bahwa hanya 25% dari peserta bertemu nilai target HbA1c (<7% [53 mmol / mol]). Pencapaian target ini adalah secara signifikan lebih tinggi di antara peserta yang telah menerima pendidikan diabetes dibandingkan mereka yang tidak (28% vs 19%, p <0,001), dan di antara mereka yang berlatih manajemen diri (27% vs. 21% tidak ada self management, p = 0,001). Analisis 19%, p <0,001), dan di antara mereka yang berlatih manajemen diri (27% vs. 21% tidak ada self management, p = 0,001). Analisis multivariat menunjukkan bahwa peserta yang telah menerima pendidikan diabetes lebih mungkin untuk mengelola diabetes mereka.
8	Lavergne, Law et al. (2018)	Pengaruh Pembayaran Insentif Pada Manajemen Penyakit Kronis Dan Penggunaan Layanan Kesehatan Di British Columbia, Kanada: Analisis <i>Interrupted Time Series</i>	Untuk mengetahui pembayaran insentif terhadap perawatan pasien penyakit kronis	<i>Quasi experimental design</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya dampak pembayaran insentif dan perubahan kecil ditingkat manajemen dan rawat inap pasien

9	Chang, Raja et al. (2018)	Apa Elemen Kunci Untuk Menerapkan Perawatan Primer Intensif? Studi Kasus Administrasi Kesehatan Veteran	Untuk memahami elemen kunci dalam perawatan primer yang intensif	Penelitian kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa program berevolusi dari waktu ke waktu, akhirnya berkumpul di pelaksanaan unsur-unsur berikut: 1) tim perawatan interdisipliner, 2) manajemen penyakit kronis, 3) penilaian pasien yang komprehensif dan evaluasi, 4) perawatan dan manajemen kasus, 5) perawatan transisi dukungan, 6) pencegahan kunjungan rumah, 7) layanan farmasi, 8) penyakit self-manajemen kronis, 9) layanan dukungan pengasuh, 10) pembinaan kesehatan, dan 11) perencanaan perawatan lanjutan. Serta juga termasuk pekerja sosial dan penyedia kesehatan mental pada tim interdisipliner sangat penting untuk mengatasi kebutuhan psikososial dari pasien-pasien yang kompleks.
10	Gorina, Limonero et al. (2018)	Efektivitas Intervensi Pendidikan Kesehatan Primer Yang Dilakukan Oleh Perawat Untuk Meningkatkan Manajemen Penyakit Kronis Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus, Hipertensi Dan Hiperkolesterolemia: Tinjauan Sistematis	Untuk mengevaluasi efektivitas pelayanan kesehatan primer intervensi pendidikan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kontrol metabolik dan / atau manajemen penyakit kronis pada individu dengan diabetes mellitus tipe 2, hipertensi, dan hiperkolesterolemia.	Metode review sistematis	Ada banyak intervensi yang bertujuan untuk mengendalikan diabetes, hipertensi, dan hiperkolesterolemia, pengamatan adalah bahwa hasil yang diperoleh sulit untuk dipertahankan dari waktu ke waktu. Karena itu, perlu untuk terus menciptakan intervensi berkualitas tinggi, dengan risiko bias yang rendah dan berdasarkan pada teori kerangka kerja yang kuat, tidak hanya untuk mengobati gejala penyakit saat ini tetapi juga untuk membantu mencegah penyakit kardiovaskular.

G. Kerangka Teori

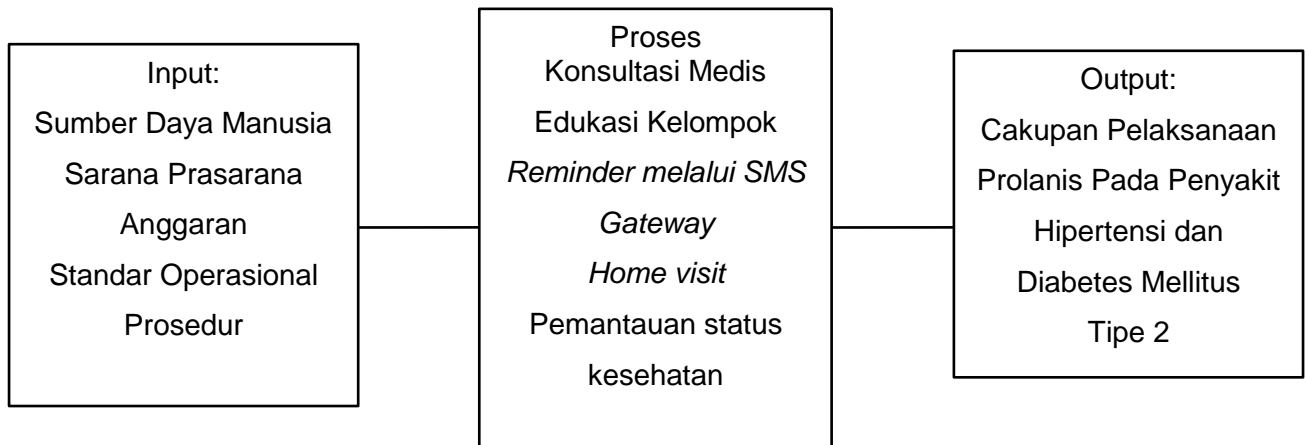
Penelitian tentang pelaksanaan prolanis di Puskesmas Kabupaten Soppeng menggunakan teori yang diungkapkan oleh Azwar. Teori Azwar berisi tentang hal-hal yang diperlukan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang meliputi masukan, proses, output, dampak, dan umpan balik. Apabila teori tersebut diadopsi di dalam meneliti pelaksanaan prolanis di Pukesmas Kabupaten Soppeng maka akan tergambar sebagai berikut:



Gambar 1
Kerangka Teori Azrul Azwar (1996)

H. Kerangka Konsep

Berdasarkan beberapa konsep yang telah diuraikan maka kerangka konseptual yang akan dipakai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2
Kerangka Konsep

I. Definisi Konseptual

Dalam rangka memberikan batasan-batasan atas variabel yang diteliti maka diperlukan definisi konseptual. Adapun definisi konseptual dalam penelitian ini adalah:

Tabel 5 Definisi Konseptual

No	Variabel	Definisi Konseptual	Cara Ukur	Informan
Unsur Input				
1	Sumber daya manusia	Sumber daya manusia adalah orang yang terlibat dalam pelaksanaan prolanis yang terdiri dari kepala puskesmas, pengelola prolanis, dokter dan perawat	Telaah dokumen dan wawancara	Kepala Puskesmas, Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat, dan Peserta Prolanis
2	Sarana prasarana	Tersedianya seluruh instrumen yang dibutuhkan dalam pelaksanaan prolanis yang terdiri dari peralatan pemeriksaan, obat dan perlengkapan pemeriksaan yang mendukung	Telaah dokumen dan Wawancara	Kepala Puskesmas, Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat, dan Peserta Prolanis
3	Anggaran	Tersedianya anggaran yang dapat mengakomodir pelaksanaan prolanis	Telaah dokumen dan wawancara	Kepala BPJS, Kepala Puskesmas dan Pengelola Prolanis
4	SOP	Adanya standar operasional yang jelas dalam pelaksanaan prolanis	Telaah dokumen dan wawancara	Kepala BPJS, Kepala Puskesmas, Pengelola Prolanis, Dokter, dan Perawat
Unsur Proses				
5	Konsultasi Medis	Konsultasi antara peserta prolanis dengan petugas kesehatan	Telaah dokumen dan Wawancara	Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat Dan Peserta Prolanis

No	Variabel	Definisi Konseptual	Cara Ukur	Informan
6	Edukasi	Pemberian pengetahuan dan pemahaman tentang penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 serta dampak yang dapat ditimbulkan dari penyakit tersebut	Observasi dan Wawancara	Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat dan Peserta Prolanis
7	Reminder melalui SMS Gateway	Kegiatan mengingatkan jadwal konsultasi ke puskesmas	Observasi dan Wawancara	Pengelola Prolanis dan Peserta Prolanis
8	Home Visit	Kegiatan yang dilakukan dengan cara berkunjung langsung ke rumah peserta prolanis	Observasi dan Wawancara	Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat Dan Peserta Prolanis
9	Pemantauan Status Kesehatan	Kegiatan mengontrol riwayat pemeriksaan kesehatan peserta prolanis	Telaah dokumen Wawancara	Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat Dan Peserta Prolanis
Unsur Output				
10	Cakupan pelayanan Prolanis	Hasil yang dicapai dari suatu program yang dapat diukur melalui indikator-indikator keberhasilan program	Telaah dokumen, Observasi dan Wawancara	Kepala BPJS, Kepala Puskesmas, Pengelola Prolanis, Dokter, Perawat Dan Peserta Prolanis

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk memahami fenomena atau gejala sosial secara mendalam. Menurut Creswell bahwa kualitatif adalah sebuah proses penyelidikan untuk memahami masalah sosial atau masalah masyarakat berdasarkan pada penciptaan gambar *holistic* (berhubungan dengan keseluruhan sebagai suatu kesatuan) yang berbentuk kata-kata, melaporkan pandangan informan secara jelas dan lugas (Patilima, 2007). Adapun tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami fenomena atau gejala sosial secara mendalam dengan menitikberatkan pada gambaran yang lengkap tentang fenomena yang dikaji (Martha & Kresno, 2017).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilaksanakan pada dua Puskesmas di Kabupaten Soppeng yang terdiri dari Puskesmas Tajuncu dan Puskesmas Cangadi dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan Maret 2020.

C. Informan

Informan dalam penelitian kualitatif merupakan seseorang yang dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan melalui proses wawancara. Cara pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Yang dimaksud dengan *purposive sampling* adalah pemilihan informan berdasarkan kriteria tertentu dengan pertimbangan bahwa informan tersebut mengetahui dengan jelas tentang apa yang kita butuhkan dan harapkan sehingga memudahkan peneliti menjelajah obyek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2018).

Informan dalam penelitian ini adalah seluruh aspek yang terlibat dalam kegiatan Prolanis yang terdiri atas:

a. Informan kunci

Informan kunci adalah informan yang mengetahui berbagai pokok informasi di dalam lokus penelitian. Adapun informan kunci dalam penelitian ini terdiri atas:

- 1) Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten Soppeng
- 2) Staf Promotif-Preventif KC Watampone
- 3) Penanggung jawab prolanis Puskesmas Tajuncu
- 4) Penanggung jawab prolanis Puskesmas Cangadi

b. Informan Biasa

Informan biasa adalah informan yang terlibat secara langsung dalam kondisi yang menjadi obyek penelitian. Adapun informan biasa dalam penelitian ini terdiri atas:

- 1) Kepala Puskesmas Tajuncu
- 2) Kepala Puskesmas Cangadi
- 3) Dokter pelaksana prolanis Puskesmas Tajuncu (1 orang)
- 4) Dokter pelaksana prolanis Puskesmas Cangadi (1 orang)
- 5) Perawat pelaksana prolanis Puskesmas Tajuncu (1 orang)
- 6) Perawat pelaksana prolanis Puskesmas Cangadi (1 orang)
- 7) Peserta prolanis penderita hipertensi dan diabetes mellitus tipe

2 yang terdiri atas:

- a) Peserta prolanis penderita hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 yang rutin berkunjung ke Puskesmas Tajuncu berdasarkan kriteria sebagai berikut: pasien yang terdaftar sebagai peserta prolanis; pendidikan terakhir SD, SMP atau SMA; dan memiliki status ekonomi-sosial yang berbeda (2 orang).
- b) Peserta prolanis penderita hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 yang tidak rutin berkunjung ke Puskesmas Tajuncu berdasarkan kriteria sebagai berikut: pasien yang terdaftar sebagai peserta prolanis; pendidikan terakhir SD, SMP atau

- SMA; dan memiliki status ekonomi-sosial yang berbeda (2 orang).
- c) Peserta prolanis penderita hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 yang rutin berkunjung ke Puskesmas Cangadi berdasarkan kriteria sebagai berikut: pasien yang terdaftar sebagai peserta prolanis; pendidikan terakhir SD, SMP atau SMA; dan memiliki status ekonomi-sosial yang berbeda (2 orang).
- d) Peserta prolanis penderita hipertensi dan diabetes miletus tipe 2 yang tidak rutin berkunjung ke Puskesmas Cangadi berdasarkan kriteria sebagai berikut: pasien yang terdaftar sebagai peserta prolanis; pendidikan terakhir SD, SMP atau SMA; dan memiliki status ekonomi-sosial yang berbeda; (2 orang)

D. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah, sebagai berikut:

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari informan yang dapat dilakukan dengan tiga metode yaitu:

1) Wawancara mendalam (*indepth interview*)

Wawancara mendalam adalah suatu jenis wawancara yang dilakukan oleh pewawancara dalam hal menggali informasi, memahami pandangan, kepercayaan, pengalaman, pengetahuan informan mengenai sesuatu secara utuh (Martha & Kresno, 2017). Teknik wawancara mendalam dapat dilakukan dengan 2 cara sebagai berikut:

a) Wawancara terstruktur

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang diperoleh nantinya

b) Wawancara tidak terstruktur

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dalam pengumpulan datanya. Pedoman wawancara hanyalah garis besar yang akan ditanyakan. (Sugiyono, 2016)

Untuk mengetahui pelaksanaan prolanis di puskesmas, maka peneliti menggunakan metode wawancara secara terstruktur agar jawaban yang diperoleh dapat memenuhi kebutuhan penelitian.

2) Observasi

Observasi merupakan proses pencatatan yang dilakukan secara sistematis, perekaman peristiwa, perilaku, dan benda-benda dilingkungan sosial tempat kegiatan penelitian berlangsung (Martha & Kresno, 2017)

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang berisikan informasi tanpa harus diolah terlebih dahulu oleh peneliti. Data tersebut antara lain berasal dari profil kesehatan Dinas Kesehatan dan Puskesmas, Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dokumen yang berkaitan dengan kegiatan prolanis.

E. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menjadikan peneliti sebagai instrumen yang bertindak sebagai partisipan mutlak baik pada saat mengumpulkan data dengan metode wawancara maupun observasi lapangan.

Terdapat juga instrumen lain dalam melakukan penelitian ini sebagai pelengkap dalam mengumpulkan maupun mengabadikan data yang diperoleh, instrumen tersebut terdiri dari: buku catatan dan pulpen yang digunakan untuk mencatat seluruh data yang dianggap relevan dengan jawaban penelitian yang dicari, alat perekam yang berfungsi untuk merekam seluruh percakapan yang diperoleh dari seluruh informan dan

kamera untuk mengabadikan seluruh kegiatan dalam penelitian serta mendokumentasikan hal-hal yang berkaitan dengan prolanis.

F. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan saat mengumpulkan data menggunakan seluruh instrumen dan setelah selesai pengumpulan data dilakukan. Selanjutnya pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Apabila jawaban belum memuaskan maka peneliti mengajukan pertanyaan lagi sampai diperoleh data yang akurat (Sugiyono, 2016).

Menurut Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2016) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas sehingga data menjadi jenuh. Aktivitas dalam analisis data terbagi atas 3 yaitu:

1. Reduksi data (*Data reduction*)

Jumlah data yang diperoleh dari lapangan cukup banyak sehingga perlu dicatat secara rinci dan teliti. Semakin lama peneliti ke lapangan maka jumlah data akan semakin banyak, kompleks, dan rumit sehingga perlu dilakukan analisis dan melalui reduksi. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dalam reduksi data harus memerlukan kecerdasan dan wawasan

yang tinggi. Akan tetapi, bagi peneliti yang masih baru dapat mendiskusikan pada orang yang dianggap ahli dalam mereduksi data.

2. Penyajian data (*Data display*)

Tahap selanjutnya setelah reduksi data adalah menyajikan data. Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Akan tetapi yang paling sering digunakan adalah teks yang bersifat naratif. *Display* pada data maka akan memudahkan dalam memahami apa yang terjadi dan rencana kerja selanjutnya.

3. Penarikan kesimpulan (*Conclusion drawing/verification*)

Tahap selanjutnya setelah melakukan *display* adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal masih bersifat sementara dan akan berubah apabila ditemukan bukti-bukti yang kuat serta mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung dengan bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan untuk mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikumpulkan adalah kesimpulan yang kredibel.

G. Keabsahan Data

Untuk mengetahui keabsahan data dalam penelitian kualitatif maka kriteria utamanya harus valid, realibel, dan obyektif. Data valid merupakan

data yang dilaporkan peneliti sesuai dengan apa yang terjadi pada objek penelitian. Dalam mengukur keabsahan data yang dilakukan pada Puskesmas di Kabupaten Soppeng maka peneliti memilih uji kredibilitas (validitas internal). Cara pengujian kredibilitas data terhadap hasil penelitian antara lain melalui perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman, analisis kasus negatif dan *membercheck*.

Cara pengujian kredibilitas yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan triangulasi. Model dalam triangulasi terdiri atas tiga (Sugiyono, 2016) yakni:

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan menggunakan teknik yang berbeda.

3. Triangulasi waktu

Triangulasi waktu dilakukan dengan cara melakukan wawancara dalam situasi atau waktu yang berbeda.

Dalam melihat keabsahan data terhadap hasil penelitian maka peneliti menggunakan model triangulasi teknik karena model tersebut dilakukan dengan sumber yang sama akan tetapi melakukan teknik yang berbeda yaitu dengan wawancara, observasi, dokumentasi atau kuesioener.