

BAB I

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Masalah kesehatan saat ini telah berkembang dari penyakit infeksi ke penyakit degeneratif (Hamzah dkk., 2021). Transisi ini dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup, urbanisasi, dan globalisasi. Meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif erat kaitannya dengan berkurangnya aktivitas fisik, pola hidup yang tidak sehat, serta asupan makanan yang tidak seimbang. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan upaya komprehensif, seperti edukasi kesehatan, promosi gaya hidup aktif, dan peningkatan akses layanan kesehatan preventif dan kuratif (Amila dkk., 2021).

Penyakit Tidak Menular (PTM) sebagian besar termasuk kategori penyakit degeneratif yang berkaitan erat dengan proses penuaan. PTM umumnya mencakup diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, dan stroke. Penyakit-penyakit ini dipengaruhi oleh faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi jenis kelamin, usia, dan faktor genetik. Sebaliknya, faktor risiko yang dapat dimodifikasi mencakup kebiasaan merokok, jenis pekerjaan, tingkat aktivitas fisik, konsumsi alkohol, Indeks Massa Tubuh (IMT), dan lingkar pinggang. Upaya pengendalian PTM sebaiknya difokuskan pada pengelolaan faktor risiko yang dapat diubah untuk mengurangi insidensi penyakit ini (Amila dkk., 2021).

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2020, Penyakit Tidak Menular (PTM) bertanggung jawab atas 73% kematian dan 60% dari total beban penyakit secara global. Tren peningkatan prevalensi penyakit degeneratif di sejumlah negara berkembang telah menjadi perhatian, terutama karena dipengaruhi oleh peningkatan kesejahteraan di negara-negara tersebut. Pertumbuhan pendapatan per kapita dan perubahan gaya hidup, khususnya di kawasan perkotaan, menjadi faktor utama yang mendorong peningkatan kasus penyakit degeneratif. Sebagian besar atau sekitar 80% penyakit tidak menular (PTM) terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang setiap tahunnya meningkat dan merupakan penyebab terbesar kematian di seluruh dunia (Kurniasih dkk, 2022).

Hipertensi dan diabetes mellitus merupakan jenis penyakit yang sering menjadi perhatian global meskipun tidak bersifat menular. Kedua kondisi ini dikenal sebagai "*silent killer*" karena sering kali berkembang tanpa gejala yang

jelas, sehingga banyak individu yang memerlukan pengobatan yang tepat pada tahap lanjut. Pada tahun 2018, sekitar 1,13 miliar orang di seluruh dunia didiagnosis menderita hipertensi, yang berarti satu dari tiga orang di dunia terpengaruh oleh kondisi ini. Angka prevalensi hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, dengan proyeksi mencapai 1,5 miliar penderita pada tahun 2025, serta diperkirakan 10,44 juta kematian setiap tahunnya disebabkan oleh hipertensi (Kemenkes, 2019). Sementara itu, jumlah penderita diabetes juga menunjukkan tren peningkatan yang signifikan dari tahun 2000 hingga 2019, dengan estimasi antara 151 hingga 463 juta orang yang hidup dengan diabetes pada tahun 2000. Diperkirakan, jumlah penderita diabetes akan meningkat menjadi 578 juta pada tahun 2030 dan mencapai 700 juta pada tahun 2045 (IDF, 2019).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (2014) menyatakan bahwa, tingginya angka kejadian yang disebabkan oleh penyakit kronis menarik perhatian dan memerlukan pengelolaan yang optimal agar kualitas hidup pasien dengan hipertensi dan diabetes mellitus menjadi baik. 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 yaitu hipertensi dan diabetes mellitus yang dikenal dengan "PROLANIS" atau Program Pengelolaan Penyakit Kronis. Kegiatan Prolanis lebih mengutamakan kemandirian pasien dan sebagai upaya promotif serta preventif dalam penanggulangan penyakit kronis.

Secara operasional, Prolanis dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Berdasarkan Panduan prolanis, kegiatan dalam Prolanis meliputi konsultasi medis, edukasi kelompok, pengingat melalui SMS *Gateway*, dan *home visit*. Melalui kegiatan-kegiatan ini, pasien diharapkan mampu mengelola penyakitnya secara mandiri dan menerapkan manajemen diri (*self-management*) dengan baik (Ariana dkk., 2020).

Prolanis bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita penyakit kronis dengan target 75% peserta terdaftar yang menjalani pemeriksaan di fasilitas kesehatan tingkat pertama memperoleh hasil "baik" dalam evaluasi terkait Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Hipertensi, sesuai panduan klinis. Upaya ini diharapkan dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan membantu BPJS Kesehatan dalam mengurangi angka kejadian penyakit tidak menular (PTM), mengingat biaya pengobatan untuk pasien penyakit kronis yang tinggi. Oleh

karena itu, pencegahan penyakit kronis menjadi langkah penting (Purnamasari dan Prameswari, 2020).

Keaktifan dan kepatuhan peserta Prolanis sangat krusial untuk mencapai tujuan program. WHO mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat di mana pasien mengikuti instruksi medis yang diberikan. Penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan medis yang baik berkontribusi pada pengendalian penyakit yang lebih baik dan penurunan risiko komplikasi (Jurkic, 2016). Program Prolanis berkontribusi pada perubahan pola hidup yang lebih sehat bagi pesertanya. Penelitian Rahmi dkk (2015) menunjukkan bahwa sebagian besar responden mulai menerapkan gaya hidup sehat setelah mengikuti program tersebut, meskipun sebelumnya mereka tidak memiliki pengetahuan tentang pola hidup sehat. Hal ini menegaskan dampak positif Prolanis dalam mendukung perubahan perilaku menuju kesehatan yang lebih baik.

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan evaluasi subjektif yang dilakukan oleh individu terhadap kondisi kesehatan yang dimilikinya, yang mencakup aspek-aspek fisik, sosial, spiritual, serta peran individu dalam konteks lingkungan sekitarnya. Penilaian atau persepsi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk budaya, nilai-nilai yang dianut dalam masyarakat, serta standar, tujuan, harapan, dan keinginan pribadi. Setiap individu memiliki standar, tujuan, dan harapan yang berbeda, yang dapat berdampak pada kualitas hidup mereka. Individu yang memiliki kualitas hidup yang baik adalah mereka yang menunjukkan keseimbangan yang positif dalam aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual (Zhu *et al.*, 2022).

Prolanis dirancang dengan harapan dapat meningkatkan pengendalian penyakit dan kualitas hidup para peserta. Dalam konteks ini, *Outcome Klinis* yang mencakup parameter kesehatan yang dapat diukur, seperti pengendalian glukosa darah dan tekanan darah memegang peranan krusial dalam menentukan kualitas hidup pasien (Mursyid *et al.*, 2019).

Dalam penelitian Lodhi *et al* (2019) mengenai pengukuran kualitas hidup pada populasi umum dilakukan di Distrik Abbottabad, Provinsi Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah WHOQOL-BREF, yang terdiri dari 4 domain dan 26 pertanyaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup responden tergolong rendah, yang dipengaruhi oleh faktor sosio-demografi dan status sosial ekonomi yang rendah.

Namun, skor modal sosial menunjukkan dampak positif terhadap kualitas hidup di Pakistan.

Pengendalian glukosa darah merupakan salah satu faktor yang signifikan dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien Diabetes Melitus (DM) (Umpierrez dan Kovatchev, 2018). Penelitian menunjukkan bahwa pengendalian glukosa darah yang buruk dapat berakibat pada penurunan kualitas hidup, disebabkan oleh meningkatnya risiko komplikasi penyakit (Mishra *et al.*, 2015). Kadar glukosa darah sewaktu (GDS) merupakan *Outcome Klinis* yang paling mudah diukur, praktis, dan ekonomis, serta memberikan hasil pemeriksaan yang cepat, sehingga dapat digunakan untuk menilai efektivitas pengobatan dan pemantauan terapi (Rokhmah *et al.*, 2015).

Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjalankan Prolanis yang aktif sejak tahun 2014. Berdasarkan observasi awal, puskesmas kassi-kassi memiliki 122 peserta, puskesmas batua dengan 93 peserta, dan puskesmas tamamaung dengan 190 peserta prolanis. Dengan mempertimbangkan jumlah peserta yang signifikan, puskesmas tamamaung menjadi tempat yang tepat untuk mengkaji kualitas hidup peserta prolanis. Selain itu, wilayah cakupannya memiliki angka prevalensi hipertensi dan diabetes mellitus yang tinggi, sehingga dapat menyediakan data yang representatif untuk keperluan penelitian.

Berdasarkan berbagai uraian fenomena penyakit kronis memiliki prevalensi yang cukup tinggi. Hal tersebut akan berdampak terhadap komplikasi yang akan mengakibatkan penurunan kualitas hidup jika pasien tidak patuh terhadap Prolanis dengan tepat. Melihat hal ini peneliti tertarik untuk meneliti hubungan Keaktifan, outcome klinis, dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan suatu permasalahan Apakah ada hubungan keaktifan, *outcome klinis*, dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar?

Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis hubungan Keaktifan, *outcome klinis*, dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
2. Menganalisis hubungan keaktifan Prolanis terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
3. Menganalisis hubungan *outcome klinis* terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
4. Menganalisis hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.

Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Peneliti

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

1.4.2 Manfaat Ilmiah

Sebagai bahan masukan yang berguna dan bahan pembandingan bagi peneliti lain yang ingin meneliti masalah Prolanis dan tambahan referensi bagi perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

1.4.3 Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan bagi pemerintah dalam pertimbangan untuk membuat kebijakan dalam hal informasi dan referensi untuk mengkaji efektivitas Prolanis.

Kajian Teori

1.1.1 Tinjauan Umum tentang Prolanis

1) Definisi

Prolanis merupakan inisiatif yang diperkenalkan oleh BPJS Kesehatan di Indonesia dengan tujuan untuk mengelola dan meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit kronis, seperti hipertensi dan diabetes mellitus. Prolanis dirancang untuk memberikan pendekatan yang terintegrasi dan proaktif dalam pengelolaan penyakit, serta untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan pasien mengenai kondisi kesehatan mereka (Kurniasih *et al.*, 2022).

Prolanis ialah suatu pendekatan sistematis yang melibatkan penyedia layanan kesehatan, peserta, dan BPJS Kesehatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan bagi penderita penyakit kronis yang menjadi peserta BPJS Kesehatan. Tujuan dari Prolanis adalah untuk meningkatkan kualitas hidup peserta secara optimal dan meningkatkan pencegahan kesehatan secara bersamaan dengan mengurangi biaya Kesehatan (Umayana dan Cahyati., 2015).

Prolanis berasal dari *Disease Management Program* (DMP), yang telah digunakan di Eropa dan Amerika. DMP adalah sistem yang membantu banyak peserta yang memiliki penyakit tertentu secara mandiri mengatur kesehatan mereka dan berkomunikasi dengan mereka. Keberhasilan program dapat diukur dengan mencapai profil kesehatan peserta melalui pemantauan terus menerus peserta (Utomo, 2019).

Sejak tahun 2014, BPJS Kesehatan telah melaksanakan Prolanis. Prolanis merupakan pendekatan proaktif dan sistem pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan fasilitas kesehatan, peserta, dan BPJS Kesehatan untuk menjamin kualitas hidup yang lebih baik bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis. Hipertensi dan diabetes tipe 2 merupakan kondisi kronis yang termasuk dalam program Prolanis.

Berdasarkan Paduan Praktis Prolanis ada beberapa aktivitas dalam prolansi meliputi konsultasi medis/edukasi, Home Visit, Reminder, aktivitas klub, dan pemantauan status Kesehatan. Dengan indikator yang menunjukkan bahwa 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki hasil "baik" pada pemeriksaan spesifik terhadap diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi sesuai dengan panduan klinis terkait, Prolanis berusaha untuk membantu pasien penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup yang optimal. Karena pembiayaan untuk pasien dengan penyakit kronis sangat tinggi, upaya Prolanis dapat membantu BPJS kesehatan mengurangi kejadian penyakit kronis (Purnamasari & Prameswari., 2020).

2) Bentuk Kegiatan Prolanis

Berdasarkan Buku Paduan Praktis Prolanis ada beberapa aktivitas dalam prolansi, meliputi:

a. Konsultasi Medis

Jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dan fasilitas kesehatan. Pemeriksaan status kesehatan juga dilakukan selama konsultasi. Ini termasuk pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang kepada peserta setiap kali kunjungan atau kontrol bulanan, pemberian resep obat untuk terapi selama 30 hari, dan dua pencatatan laporan perkembangan status kesehatan (*Medical Record*) yang disimpan oleh FKTP dan buku monitoring status kesehatan peserta yang dibawa oleh peserta.

b. Edukasi Kelompok

Edukasi Klub Prolanis bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan peserta Prolanis, memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya Kembali penyakit serta meningkatnya status kesehatan peserta Prolanis. Sasaran kegiatan ini adalah untuk membentuk kelompok peserta (Klub) Prolanis dengan minimal 1 Faskes pengelola dan 1 Klub. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan dan kebutuhan edukasi peserta.

c. *Reminder* melalui *SMS Gateway*

Reminder adalah kegiatan yang dirancang untuk memotivasi peserta agar rutin mengunjungi fasilitas perawatan yang dikelola dengan mengingatkan mereka akan jadwal kunjungan fasilitas perawatan yang dikelola. Sasaran dari kegiatan *Reminder* adalah untuk mendorong peserta untuk mengunjungi Faskes Pengelola secara teratur dengan mengingatkan mereka tentang jadwal konsultasi. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk memberi tahu Faskes Pengelola tentang jadwal konsultasi peserta. Tujuan dari kegiatan *Reminder* melalui *SMS Gateway* *Reminder* adalah untuk mendorong peserta untuk pergi ke Faskes Pengelola secara teratur dengan memberi tahu mereka tentang jadwal konsultasi.

d. *Home Visit*

Kunjungan Rumah adalah kegiatan penjangkauan yang melibatkan kunjungan peserta PROLANIS ke rumahnya untuk memberikan informasi/edukasi kesehatan pribadi dan lingkungan kepada peserta Prolanis dan keluarganya. Kelompok sasaran kegiatan ini adalah peserta Prolanis dengan kriteria:

- 1) Peserta baru terdaftar
- 2) Peserta tidak hadir terapi di Dokter Praktek Perorangan/Klinik/Puskesmas 3 bulan berturut-turut
- 3) Peserta dengan GDP/GDPP di bawah standar 3 bulan berturut-turut (PPDM)
- 4) Peserta dengan Tekanan Darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut (PPHT)
- 5) Peserta pasca opname

1.1.2 Tinjauan Umum tentang kualitas hidup

1) Definisi

World Health Organization (WHO) (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka berada, serta hubungannya dengan tujuan,

harapan, standar, dan tantangan yang dihadapi. Konsep ini bersifat komprehensif dan dipengaruhi oleh kesehatan fisik individu, kondisi pribadi, serta interaksi mereka dengan elemen-elemen signifikan dari lingkungan tempat tinggal mereka.

Kualitas hidup merupakan konsep yang bersifat multidimensional, mencakup berbagai aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan yang berpengaruh terhadap kesejahteraan individu. Menurut WHO (1995), kualitas hidup meliputi persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka tinggal, serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran yang dihadapi. Kualitas hidup yang optimal berkontribusi pada peningkatan kesehatan dan kepuasan hidup yang lebih tinggi (Fitzgerald *et al.*, 2018).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisinya dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai yang ada, serta hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan faktor-faktor lain yang relevan. Isu-isu yang berkaitan dengan kualitas hidup bersifat luas dan kompleks, mencakup aspek kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, serta lingkungan tempat individu tersebut berada (*World Health Organization*, 2012).

Definisi kesehatan menurut WHO adalah suatu keadaan yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan, tetapi juga mencakup keseimbangan antara fungsi fisik, mental, dan sosial. Oleh karena itu, pengukuran kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan melibatkan tiga bidang fungsi, yaitu: fisik, psikologis (kognitif dan emosional), serta sosial. Hingga saat ini, penyebab penurunan kualitas hidup pada individu, baik secara terpisah maupun bersamaan, belum sepenuhnya dipahami. Salah satu tantangan dalam penelitian ini adalah kesulitan dalam mengidentifikasi hubungan sebab-akibat pada manusia. Masalah ini diakui sebagai sangat kompleks dan melibatkan banyak faktor (multifaktorial) yang mempengaruhi kualitas hidup. Beberapa penulis

menyatakan bahwa kualitas hidup manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi global, kondisi eksternal, kondisi interpersonal, dan kondisi personal. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan menilai dampak penyakit terhadap fungsi fisik, emosional, dan sosial. Inti dari kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupannya, dan konsep ini mencakup cakupan yang jauh lebih luas daripada sekadar domain fisik, emosional, dan sosial.

2) Faktor yang memengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, menurut WHO dalam Kiling dan Kiling-Bunga (2019), meliputi:

a. Kesehatan Fisik (Biologis) dan Kemampuan Fungsional

Faktor ini berasal dari kondisi internal kesehatan individu secara biologis, yang tercermin dari seberapa baik fungsi bagian-bagian tubuh, organ-organ, sistem-sistem dalam tubuh, serta fungsi biologis secara keseluruhan. Perilaku pro-kesehatan juga termasuk dalam kategori ini. Kesehatan fisik yang baik memungkinkan individu untuk menjalankan fungsi dan aktivitas sehari-hari, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Sebagai contoh, individu yang memiliki kemampuan berjalan dengan baik dapat beraktivitas secara optimal dan berinteraksi dengan masyarakat, yang pada gilirannya meningkatkan kualitas hidup mereka.

b. Kesehatan Psikologis, Kesejahteraan Diri, dan Kepuasan Hidup

Faktor ini mencakup aspek internal yang berfokus pada kondisi psikis individu, yang bersifat subjektif dan mencerminkan persepsi individu terhadap kehidupan yang telah dijalani. Ini meliputi keyakinan psikologis, perasaan positif, serta kemampuan kognitif dan afektif. Kesehatan psikologis yang baik mendorong individu untuk memiliki pemikiran positif, yang pada akhirnya berkontribusi pada penilaian bahwa mereka memiliki kualitas hidup yang baik. Misalnya, individu yang memiliki keyakinan tinggi terhadap kemampuan diri cenderung tidak mudah mengalami depresi saat menghadapi kegagalan,

melainkan mampu mengatasi tantangan tersebut, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.

c. Jejaring Sosial, Aktivitas, dan Partisipasi

Faktor ini merupakan elemen eksternal yang berasal dari interaksi individu dengan komunitas di sekitarnya. Kualitas interaksi dan hubungan sosial, serta partisipasi dalam aktivitas, berperan penting dalam membantu individu mengembangkan peran dalam masyarakat dan meningkatkan kualitas hidup. Individu yang memiliki interaksi yang baik, baik dalam kualitas maupun kuantitas, dengan orang-orang di sekitarnya cenderung merasakan kepuasan dalam hidup mereka. Jumlah aktivitas dan tingkat partisipasi mencerminkan faktor ini.

d. Keadaan Lingkungan Hidup dan Kondisi Sosio-Ekonomi

Faktor ini mencakup kondisi eksternal yang berasal dari lingkungan sekitar secara umum, termasuk status sosio-demografis, kondisi alam, serta aspek ekonomi dan budaya yang ada di lingkungan tersebut. Semua faktor ini dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Lingkungan yang baik dan kondusif membantu individu membangun persepsi positif terhadap kehidupan. Individu yang tinggal di lingkungan yang baik akan lebih mampu menjalankan aktivitas sehari-hari dan merasakan perasaan positif, yang berdampak pada peningkatan kualitas hidup mereka.

3) Pengukuran Kualitas Hidup

Mengingat pentingnya informasi mengenai kualitas hidup, berbagai metode telah dikembangkan untuk mengukur kualitas hidup individu dari berbagai aspek kehidupan. Salah satu upaya yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah pengembangan instrumen pengukuran yang dikenal sebagai *World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL-100)* dan versi singkatnya, yaitu *World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*. Instrumen ini dirancang untuk mengevaluasi kualitas hidup manusia melalui beberapa domain, termasuk fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. WHOQOL-BREF telah

digunakan secara luas, terutama dalam menilai kualitas hidup individu yang menderita berbagai penyakit tertentu (Jacob, 2018).

Model konsep kualitas hidup yang diusulkan oleh WHOQOL-BREF terdiri dari empat domain utama, yaitu:

- a. Domain Kesehatan Fisik: Mencakup aspek-aspek seperti rasa nyeri, tingkat energi dan istirahat, kualitas tidur, mobilitas, aktivitas sehari-hari, pengobatan, dan pekerjaan.
- b. Domain Psikologis: Meliputi perasaan positif dan negatif, pola pikir, harga diri, citra tubuh, serta aspek spiritual.
- c. Domain Hubungan Sosial: Berfokus pada interaksi individu dan dukungan sosial yang diterima dari orang lain.
- d. Domain Lingkungan: Mencakup faktor-faktor seperti sumber keuangan, akses informasi dan keterampilan, kesempatan untuk rekreasi dan relaksasi, kondisi lingkungan rumah, akses terhadap layanan kesehatan dan sosial, keamanan fisik, serta kondisi fisik dan transportasi.

Untuk mengukur kualitas hidup individu, WHO telah membentuk *WHO Quality of Life (QOL) Group*. Instrumen ini terdiri dari 100 pertanyaan yang mencakup 25 aspek berbeda dan telah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa di 15 negara. Selanjutnya, WHO mengembangkan WHOQOL-BREF, yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100. WHOQOL-BREF dirancang untuk digunakan ketika waktu yang tersedia untuk menyelesaikan 100 pertanyaan terlalu lama, dan penilaian yang lebih mendetail tidak diperlukan.

a) Domain Kualitas Hidup

Menurut WHO dalam Panjaitan (2022) menyatakan bahwa ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup (Nursalam, 2017). WHOQOL-BREF terdiri dari 26 pertanyaan, di mana 2 pertanyaan dirancang untuk mengukur kualitas hidup secara umum, sementara 24 item lainnya mencakup empat domain yang terbukti efektif dalam menilai kualitas hidup individu. Keempat domain tersebut adalah:

- a. Kesehatan Fisik (*Physical Health*): Terdiri dari 7 pertanyaan, yaitu pada nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 1.
- b. Psikologis (*Psychological*): Terdiri dari 6 pertanyaan, yaitu pada nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26.
- c. Hubungan Sosial (*Social Relationship*): Terdiri dari 3 pertanyaan, yaitu pada nomor 20, 21, dan 22.
- d. Lingkungan (*Environment*): Terdiri dari 8 pertanyaan, yaitu pada nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25.

Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu (Nursalam, 2017):

- a. Domain Kesehatan fisik

Kesehatan fisik berpengaruh signifikan terhadap kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Domain ini mencakup beberapa aspek, yaitu:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
- 3) Energi dan kelelahan
- 4) Mobilitas
- 5) Rasa sakit dan ketidaknyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kapasitas kerja

- b. Domain psikologis

Domain psikologis berkaitan dengan keadaan mental individu. Kesehatan mental mempengaruhi kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan berbagai tuntutan perkembangan, baik dari dalam diri maupun dari lingkungan. Aspek-aspek dalam domain ini meliputi:

- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
- 2) Perasaan negative
- 3) Perasaan positif
- 4) Penghargaan diri
- 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
- 6) Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi

- c. Domain hubungan sosial

Hubungan sosial mencakup interaksi antara individu, di mana perilaku satu individu dapat mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki perilaku individu lainnya. Mengingat bahwa manusia adalah makhluk sosial, domain ini memungkinkan individu untuk merealisasikan kehidupan dan berkembang secara utuh. Aspek-aspek dalam domain ini meliputi:

- 1) Hubungan pribadi
 - 2) Dukungan sosial
 - 3) Aktivitas seksual
- d. Domain lingkungan

Lingkungan mencakup tempat tinggal individu dan kondisi yang mendukung aktivitas kehidupan sehari-hari. Domain ini mencakup beberapa aspek, yaitu:

- 1) Sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik
- 3) Kesehatan dan kepedulian sosial
- 4) aksesibilitas dan kualitas
- 5) Lingkungan rumah
- 6) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
- 7) Lingkungan fisik
- 8) Transportasi

1.1.3 Tinjauan Umum tentang Variabel yang Diteliti

1) Keaktifan Prolanis

Perilaku untuk secara rutin mengikuti jadwal pemantauan status kesehatan merupakan salah satu strategi dalam mencapai tujuan Prolanis, yang bertujuan untuk memotivasi peserta agar dapat mencapai kualitas hidup yang optimal (BPJS Kesehatan, 2014). Perilaku manusia dipengaruhi oleh adanya kebutuhan, di mana kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan sering kali berfokus pada rasa aman. Kebutuhan akan rasa aman ini berbeda dari kebutuhan manusia lainnya, seperti kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang diperlukan individu

untuk bertahan hidup secara fisik, sedangkan kebutuhan akan rasa aman tidak dapat dipenuhi secara total (Irwan, 2017).

Teori Model Andersen mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi seseorang dalam memilih dan memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut mencakup karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2014).

b. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini menjelaskan bahwa setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda dalam memanfaatkan layanan kesehatan, yang dipengaruhi oleh beberapa aspek berikut:

1) Ciri Demografi

a) Usia

Dalam studi epidemiologi, usia merupakan variabel penting yang selalu diperhatikan. Morbiditas dan mortalitas bervariasi sesuai usia pada hampir semua jenis penyakit. Kebutuhan akan layanan kesehatan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, meskipun hubungan ini tidak selalu linier untuk semua jenis layanan Kesehatan (Utomo, 2019).

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin memengaruhi akses dan penggunaan layanan kesehatan. Perbedaan biologis antara pria dan wanita menentukan kebutuhan layanan kesehatan yang berbeda. Selain itu, peran dan tugas sosial yang sering dibedakan berdasarkan jenis kelamin juga dapat memengaruhi akses terhadap layanan Kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

2) Struktur Sosial

a) Pendidikan

Pendidikan merupakan proses yang mengubah perilaku dan sikap individu atau kelompok melalui pengajaran. Tingkat pendidikan memengaruhi kesadaran terhadap kesehatan, termasuk kemampuan mengenali

gejala awal penyakit dan keinginan untuk mencari pengobatan lebih cepat. Pendidikan yang lebih tinggi meningkatkan efisiensi dalam memilih dan menggunakan layanan Kesehatan (Utomo, 2019).

Pendidikan juga memengaruhi kemampuan seseorang dalam berpikir dan bertindak. Orang dengan pendidikan rendah lebih rentan terhadap stres dan kurang memiliki keterampilan perawatan diri, yang berdampak pada Kesehatan (Mayasari dkk., 2020).

b) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan aktivitas utama seseorang untuk menunjang kehidupan. Pekerjaan dapat memengaruhi akses terhadap informasi kesehatan dan waktu yang tersedia untuk mencari layanan Kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

3) Kepercayaan terhadap Pelayanan Kesehatan

a) Pengetahuan

Pengetahuan diartikan sebagai hasil dari proses individu dalam mempersepsikan suatu objek tertentu. Pengetahuan mencakup ranah kognitif yang terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu mengetahui, memahami, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi.

c. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik ini menunjukkan bahwa meskipun individu memiliki kecenderungan untuk mencari pelayanan kesehatan, mereka cenderung enggan melakukannya kecuali fasilitas tersebut mudah diakses (Maksum dkk., 2023).

1) Sumber Daya Keluarga (*Family Resources*)

Meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, serta pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam membiayai konsumsi layanan kesehatan.

2) Sumber Daya Masyarakat (*Community Resources*)

Menyangkut ketersediaan fasilitas layanan kesehatan, ketercapaian pelayanan, dan sumber daya lain yang ada di lingkungan masyarakat.

d. Karakteristik Kebutuhan (*Need*)

Faktor predisposisi dan pendukung akan terwujud dalam perilaku mencari pengobatan saat individu merasa membutuhkan layanan tersebut. Kebutuhan ini menjadi motivasi utama bagi seseorang untuk mengakses layanan kesehatan.

1) Persepsi Sakit

Persepsi masyarakat tentang sehat dan sakit bervariasi. Sehat sering diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk bekerja atau menjalankan tugas sehari-hari, sedangkan sakit dianggap sebagai ketidakmampuan untuk bangun dari tempat tidur atau menjalankan aktivitas. Ketika seseorang menyadari keseriusan penyakitnya, upaya untuk mencari pengobatan cenderung meningkat (Fadila dan Ahmad., 2021).

2) Persepsi Kebutuhan

Kebutuhan terhadap layanan kesehatan merupakan hal mendasar yang sejalan dengan realitas sosial masyarakat. Permintaan layanan kesehatan sering kali dipengaruhi oleh preferensi yang didasarkan pada faktor sosiokultural. Idealnya, kebutuhan dan persyaratan untuk mendapatkan layanan kesehatan berjalan seiring. Permintaan biasanya muncul ketika individu sakit dan membutuhkan perawatan atau informasi medis yang tersedia. Hal ini tercermin dalam jumlah kunjungan ke fasilitas Kesehatan (Aodina, 2020).

2) *Outcome Klinis*

Pemantauan status kesehatan bagi individu yang menderita diabetes mellitus dan hipertensi memiliki peran penting dalam mengontrol kadar glukosa darah dan tekanan darah. Proses

pemantauan ini dilakukan melalui rekam medis yang mencakup kehadiran pasien, hasil pemeriksaan laboratorium spesifik seperti Glukosa Darah Puasa (GDP), Glukosa Darah 2 Jam Pasca Makan (GD2PP), Hemoglobin A1C (HbA1C), tekanan darah, dan Indeks Massa Tubuh (IMT). Semua ini didasarkan pada sasaran pengendalian diabetes mellitus dan hipertensi serta evaluasi hasil pengobatan. Tujuan dari pemeriksaan kadar glukosa darah dan tekanan darah adalah untuk memberikan informasi kepada dokter mengenai efektivitas pengobatan yang diberikan, serta sebagai acuan untuk penyesuaian dosis obat di masa mendatang (PERKENI, 2021).

Outcome Klinis didefinisikan sebagai keberhasilan terapi yang ditunjukkan dengan terkontrolnya kadar gula darah dan tekanan darah pasien. *Outcome* ini dikategorikan menjadi dua kelompok: "terkontrol," jika kadar gula darah dan tekanan darah pasien sesuai dengan target terapi, yaitu Gula Darah Sewaktu (GDS) < 200 mg/dL dan Tekanan Diastolik (TD) $< 140/90$ mmHg; dan "tidak terkontrol," jika kadar gula darah dan tekanan darah pasien tidak memenuhi target terapi, yaitu GDS ≥ 200 mg/dL dan TD $\geq 140/90$ mmHg (Soepomo, 2020).

Dalam penelitian ini, *Outcome Klinis* yang digunakan adalah kadar gula darah sewaktu dan tekanan darah. Menurut International Diabetes Federation (IDF) (2017), kadar gula darah sewaktu dikatakan terkontrol jika GDS < 200 mg/dL. Sementara itu, menurut JNC VIII, tekanan darah pada pasien diabetes yang juga menderita hipertensi dikategorikan terkontrol jika berada di bawah 140/90 mmHg.

Sari (2019) menyatakan bahwa penyakit kronis memerlukan pengobatan yang berkelanjutan. Terapi yang rasional dapat meningkatkan *Outcome Klinis*, yaitu tercapainya kontrol glukosa darah dan tekanan darah. Dalam praktik sehari-hari, hasil pengobatan harus dipantau secara sistematis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi:

a. Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah

Tujuan dari pemeriksaan kadar glukosa darah adalah:

1. Mengetahui apakah sasaran terapi telah tercapai.
2. Melakukan penyesuaian dosis obat jika sasaran terapi belum tercapai.

b. Waktu pelaksanaan pemeriksaan kadar glukosa darah meliputi:

1. Pemeriksaan kadar glukosa darah puasa.
2. Pemeriksaan glukosa 2 jam setelah makan.
3. Pemeriksaan glukosa darah pada waktu lain secara berkala sesuai kebutuhan.

3) Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan tempat utama bagi peserta Prolanis untuk mencari perlindungan dan dukungan. Peran keluarga sangat penting dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan peserta. Dengan dukungan keluarga, rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah kesehatan meningkat, sehingga peluang seseorang untuk menjalani hidup sehat menjadi lebih besar. Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga dapat berdampak negatif terhadap partisipasi pasien dalam Prolanis (Ilmi dkk., 2018).

Bagi penderita hipertensi, dukungan keluarga sangat diperlukan untuk membantu mereka mengatasi penyakitnya. Dukungan ini melibatkan sikap, tindakan, serta penerimaan dari anggota keluarga. Keluarga yang memberikan dukungan cenderung selalu siap membantu dan memberikan sokongan yang diperlukan, sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi penderita dalam menghadapi tantangan kesehatan (Susiani, 2023).

Dalam manajemen hipertensi, dukungan keluarga mencakup berbagai aspek, seperti memastikan pasien mematuhi jadwal minum obat secara teratur, membantu mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan, serta memastikan pasien memiliki akses ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan rutin. Dukungan juga dapat berupa perhatian dan pengertian yang memperbaiki kesejahteraan mental dan emosional pasien, mempromosikan pola makan sehat rendah garam yang kaya nutrisi, mendorong aktivitas

fisik yang sesuai dengan kemampuan pasien, serta membantu mereka mengelola stres melalui dukungan emosional, saran praktis, dan menciptakan lingkungan yang kondusif dan menenangkan (Efendi dan Larasati, 2017).

1.5.4 Tabel Sintesa

Tabel 1. 1 Tabel Sintesa

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
1.	Abdiana, A. (2019). Kualitas Hidup Penderita Penyakit Hipertensi Peserta Prolanis Di Puskesmas Kecamatan Padang Utara Kota Padang. <i>Jurnal Sehat Mandiri</i> , 14(2), 38-47.	Kualitas Hidup Penderita Penyakit Hipertensi Peserta Prolanis di Puskesmas Kecamatan Padang Utara Kota Padang Tahun 2017	Cross Sectional	126 orang penyakit hipertensi peserta prolanis di Puskesmas Kecamatan Padang Utara Kota Padang	Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar penderita penyakit hipertensi berumur ≥ 60 tahun, berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, status menikah dan lama menderita penyakit hipertensi < 10 tahun. dan terdapat hubungan sataus menikah dengan kualitas hidup penderita penyakit hipertensi di Kecamatan Padang Utara Kota Padang.

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
2.	Azrimaidaliza, A., Isnati, I., Asri, R., Annisa, A., Mardina, A., & Sarita, R. (2018). Upaya peningkatan kualitas hidup dengan penerapan pola hidup sehat pada penderita diabetes mellitus dan hipertensi dalam klub prolanis. LOGISTA-Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat, 2(1), 48-56.	Upaya Peningkatan Kualitas Hidup dengan Penerapan Pola Hidup Sehat pada Penderita Diabetes Mellitus dan Hipertensi dalam Klub Prolanis	Eksperimen, kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)	52 orang peserta prolanis di Puskesmas Lubuk Buaya	Ada peningkatan pengetahuan dan informasi anggota klub tentang pola hidup sehat, yang diharapkan anggota memiliki pola hidup sehat yang baik, selanjutnya memberikan dampak yang baik bagi kesehatan mereka pada usia lanjut.
3.	Darmila, A., & Dewi Rhosma, S. (2019). Hubungan Keaktifan Dalam Mengikuti Prolanis Dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Jember. <i>Ilmu Keperawatan</i> , 1(1).	Hubungan Keaktifan dalam Mengikuti Prolanis dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Jember	Cross sectional	32 lansia dengan hipertensi yang tercatat sebagai anggota prolanis yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari	Ada hubungan antara Keaktifan dalam Mengikuti Prolanis dengan Kualitas Hidup Lansia penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Jember

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
4.	Kurniawan, G., Purwidyaningrum, I., & Herdwiani, W. (2022). Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat terhadap Tekanan darah dan Kualitas Hidup Peserta Prolanis Hipertensi di Kabupaten Demak. <i>Jurnal Farmasi Indonesia</i> , 19(2), 226-235.	Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat dengan Tekanan Darah dan Kualitas Hidup Peserta Prolanis Hipertensi di Kabupaten Demak	Cross sectional	87 peserta prolanis di tujuh Klinik Pratama di Kabupaten Demak	Terdapat hubungan signifikan dengan korelasi lemah antara tingkat kepatuhan penggunaan obat dengan tekanan darah sistolik dan tekanan diastolik serta terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan penggunaan obat dengan kualitas hidup dengan tingkat korelasi sedang pada responden penderita hipertensi peserta prolanis di FKTP Klinik Pratama Kabupaten Demak.
5.	No, P., Utilization of The Chronic Disease Management Program (Prolanis) of BPJS	Utilization of The Chronic Disease Management	Cross sectional	107 peserta prolanis di Gowa	Ada hubungan faktor pemungkin dengan pemanfaatan prolanis

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
	Kesehatan in Gowa District-Indonesia. <i>Age</i> , 35(72), pp.32-7.	Program (Prolanis) of BPJS Kesehatan in Gowa District-Indonesia			
6.	Kinasih, G. P., Agustina, R., & Mustofa, F. L. (2020). Sosiodemografi Dengan Kepatuhan Peserta Prolanis Di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung. <i>Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada</i> , 9(2), 654-664.	Sosiodemografi dengan Kepatuhan Peserta Prolanis Di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung	cross sectional	72 peserta prolanis di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung	tidak terdapat hubungan antara usia dan jenis kelamin dengan kepatuhan mengikuti Prolanis dan terdapat hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dukungan keluarga dengan kepatuhan mengikuti Prolanis
7.	Khusnia, L., Sawitri, H., & Yuziani, Y. (2024). Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup pada Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis	Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup pada Peserta Program Pengelolaan	cross sectional	35 peserta Prolanis di Puskesmas Muara Satu Kota Lhokseumawe	Gambaran derajat hipertensi lebih banyak pada kategori hipertensi derajat satu. Distribusi kualitas hidup menurut domain diperoleh

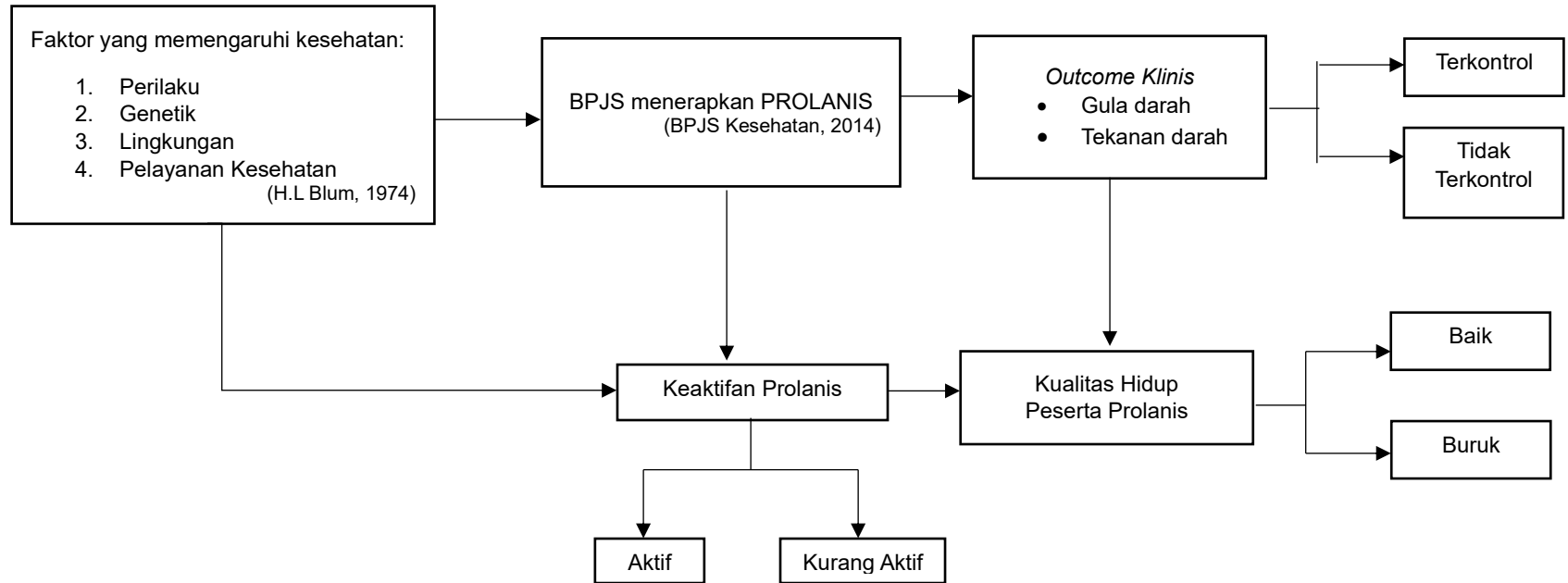
No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
	(PROLANIS) Penderita Hipertensi di Puskesmas Muara Satu Kota Lhokseumawe. <i>COMSERVA: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat</i> , 3(12), 5007-5014.	Penyakit Kronis (PROLANIS) Penderita Hipertensi di Puskesmas Muara Satu Kota Lhokseumawe			dimensi kesehatan fisik, psikologis, dan lingkungan diperoleh dalam kategori baik. Domain hubungan sosial didapatkan dalam kategori sedang.
8.	Handayani, D., Salsabila, J., Versita, R., & Pranata, M. (2024). Analysis Of Factors Affecting the Quality of Life of Prolanis Patient with Type 2 Diabetes Mellitus. <i>Medical Sains: Jurnal Ilmiah Kefarmasian</i> , 9(3), 685-694.	Analysis Of Factors Affecting the Quality of Life of Prolanis Patient with Type 2 Diabetes Mellitus	Cross sectional	84 peserta prolanis dengan diabetes mellitus di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu	kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 tergolong baik (56%) dan terdapat perbedaan signifikan antara kedua kelompok pada domain tekanan kesehatan, kepuasan pribadi, dan efek percobaan pada kuesioner DQLCTQ; terdapat perbedaan signifikan pada

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
					IMT, lama menderita DM, dan jenis pengobatan terhadap kualitas hidup pasien prolans diabetes melitus tipe 2.
9.	Sugianto, A.A. and Betta Kurniawan, S.U., Individual Determinant Factors of Patients with Hypertension and the Utilization of Chronic Disease Management Program (Prolans) Services in First-Level Healthcare Facilities in Pesawaran District, Lampung, Indonesia. <i>Education</i> , 37(80), pp.28-5.	Individual Determinant Factors of Patients with Hypertension and the Utilization of Chronic Disease Management Program (Prolans) Services in First-Level Healthcare Facilities in Pesawaran District, Lampung, Indonesia	Cross sectional	330 pasien hipertensi di empat FKTP, dengan peserta terbanyak yang menyelenggarakan kegiatan Prolans di Kabupaten Pesawaran dengan jumlah sampel sebanyak 225 orang	Ada hubungan antara sikap, pengetahuan, akses terhadap pelayanan Kesehatan dan tingkat keparahan terhadap pemanfaatan layanan prolans

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
10.	Pasaribu, F. A. S., Dachi, R. A., Manurung, H., & Sipayung, R. (2024). Hubungan Keaktifan dalam Mengikuti Kegiatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Onan Hasang Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2024. <i>Tour Health Journal</i> , 3(2), 128-138.	Hubungan Keaktifan Dalam Mengikuti Kegiatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Onan Hasang Kabupaten Tapanuli Utaratahun 2024	Cross sectional	Seluruh peserta prolanis yang menderita diabetes mellitus yang berjumlah 103 orang dengan jumlah sampel sebanyak 82 orang	Ada hubungan antara keaktifan mengikuti kegiatan prolanis dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas onan hasang kabupaten Tapanuli utara
11.	Hamida, N., Ulfa, M., Haris, R. N. H., Endarti, D., & Wiedyaningsih, C. (2019). Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di	Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di	cross-sectional study	200 pasien prolanis yang terdiri dari 100 pasien diabetes melitus dan 100 pasien hipertensi.	Domain rasa sakit/tidak nyaman merupakan domain yang paling banyak dilaporkan terjadi masalah pada pasien DM maupun Hipertensi. Kualitas hidup

No.	Nama Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Jurnal	Desain	Sampel	Temuan (Hasil Penelitian)
	Puskesmas Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L. <i>Majalah Farmaseutik</i> , 15(2), 67-74.	Puskesmas Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L			pasien prolans diabetes melitus dan hipertensi di puskesmas kota Palu dan Aceh Barat termasuk dalam kategori baik.

1.6 Kerangka Teori



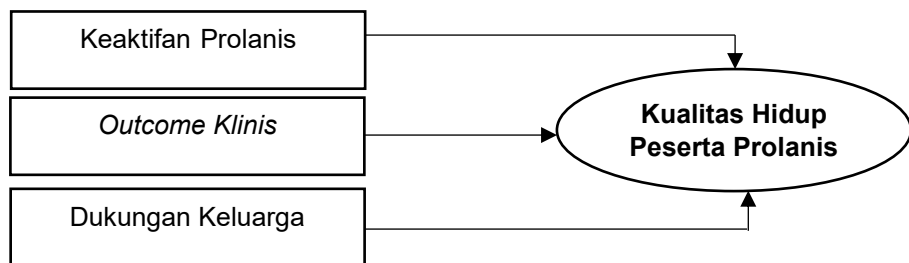
Sumber: Modifikasi Teori H.L Blum (1974), BPJS Kesehatan (2014).

Teori H.L. Blum, yang mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan dapat diterapkan untuk memahami bagaimana pelayanan kesehatan mempengaruhi kualitas hidup peserta Prolanis. Prolanis adalah program yang dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis melalui pendekatan yang komprehensif dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkelanjutan adalah inti dari Prolanis, melalui pendekatan multidisiplin. Kualitas pelayanan yang tinggi, termasuk komunikasi yang baik antara penyedia layanan dan pasien dapat meningkatkan kepuasan peserta dan mendorong mereka untuk lebih aktif dalam pengelolaan kesehatan mereka. Keterlibatan aktif dalam perawatan kesehatan dapat meningkatkan rasa kontrol dan otonomi yang berkontribusi pada kualitas hidup yang lebih baik.

1.7 Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Kualitas hidup merujuk pada sejauh mana individu dapat merasakan dan menikmati berbagai peristiwa penting dalam hidupnya, sehingga mencapai keadaan sejahtera. Banyak individu yang mengalami kesulitan dalam menikmati kehidupan mereka akibat keterbatasan dalam aktivitas, sering mengalami masalah kesehatan, berada di lingkungan yang kurang mendukung, serta merasa kurang percaya diri terhadap penampilan fisik mereka saat ini. Prolanis adalah inisiatif promotif dan preventif yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan. Program ini mengadopsi pendekatan pelayanan kesehatan yang proaktif dan terintegrasi, melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan. Tujuan dari Prolanis adalah untuk memelihara kesehatan peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis, sehingga mereka dapat mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

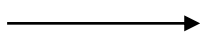
1.8 Kerangka Konsep



Keterangan



= Variabel Independen



= Arah yang Menunjukkan kemungkinan terjadinya

hubungan



= Variabel Dependen

1.9 Definisi Operasional & Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Kriteria Objektif
Variabel Independen				
Keaktifan Prolanis	Keaktifan Prolanis adalah partisipasi peserta dalam program pengelolaan penyakit kronis yang disediakan oleh BPJS Kesehatan. Peserta prolanis yang mengikuti kegiatan konsultasi medis bulanan di Puskesmas sesuai jadwal.	Kuesioner dengan 5 item pertanyaan	Nominal	Aktif: Jika frekuensi kedatangan ≥ 5 kali dalam 6 bulan terakhir. Kurang Aktif: Jika frekuensi kedatangan < 5 kali dalam 6 bulan terakhir. (BPJS Kesehatan, 2014).
Outcome Klinis	Keberhasilan terapi yang ditandai dengan terkontrolnya kadar gula darah dan/atau tekanan darah peserta Prolanis.	Rekam Medik, atau Tensimeter digital, dan Glukometer	Nominal	Terkontrol: Gula Darah (GDS $< 200 \text{ mg/dL}$ atau GDP $< 126 \text{ mg/dL}$) dan Tekanan Darah ($< 140/90 \text{ mmHg}$) Tidak Terkontrol: Gula Darah (GDS $\geq 200 \text{ mg/dL}$ atau GDP $\geq 126 \text{ mg/dL}$) dan Tekanan Darah ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Kriteria Objektif
				(Soepomo, 2020)
Dukungan Keluarga	Dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berupa pemberian informasi, emosional, dan instrumental selama menjalani pengobatan.	Kuesioner dengan 12 item pertanyaan (Kurniawan, 2016)	Nominal	Dukungan keluarga: Cukup: ≥ 37 Sedang: 26-36 Kurang: ≤ 25 (Kurniawan, 2016)
Variabel Dependen				
Kualitas Hidup	Kualitas hidup adalah persepsi individu secara subjektif terhadap kepuasan, dampak dan kekhawatiran yang dirasakan baik terhadap kemampuan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.	Kuesioner WHOQOL – BREF dengan 26 item pertanyaan	Nominal	Kualitas Hidup: 1. Baik: > 50 2. Buruk: ≤ 50

1.10 Hipotesis

1. Hipotesis Alternatif (H_a)
 - a. Ada hubungan antara keaktifan Prolanis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
 - b. Ada hubungan antara *outcome* klinis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
 - c. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
2. Hipotesis Null (H_0)
 - a. Tidak ada hubungan keaktifan Prolanis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
 - b. Tidak ada hubungan antara *outcome* klinis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.
 - c. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian yang bersifat observasional analitik di mana penelitian ini akan mendapatkan hubungan Keaktifan Prolanis, *outcome klinis*, dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup peserta Prolanis. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, yaitu studi yang mengkaji hubungan antara eksposur atau faktor risiko (independen) dan efek atau pengaruh (dependen), Dimana setiap subjek diamati hanya satu kali, dan semua subjek diamati pada waktu yang sama. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kualitas Hidup peserta Prolanis. Sedangkan variabel independen penelitian ini adalah keaktifan Prolanis, *outcome klinis* dan dukungan keluarga.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengumpulan data dilakukan di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar yang dilakukan pada 29 April – 30 Mei 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.1.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah peserta prolanis dengan hipertensi dan diabetes mellitus yang melakukan pengobatan atau pernah melakukan pemeriksaan kesehatan minimal 6 bulan terakhir di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar sejumlah 190 orang.

2.1.2 Sampel

Sampel yaitu sebagian yang mewakili dari populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian peserta prolanis yang menjadi peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar. Besar sampel minimal ditentukan menurut rumus penghitungan besar sampel (Lameshow, Hosmer dan Klar, 1997) sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal

N = populasi (X)

P = proporsi populasi yang akan diteliti = 0,25

(Syatriani dkk,
2023)

Q = 1-p = 0,75

d = tingkat ketelitian = 5%

Z = derajat kepercayaan (1,96)

Berdasarkan rumus di atas dan diketahui bahwa jumlah populasi (N) adalah X maka akan dimasukkan ke dalam rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$n = \frac{190 \times 1,96^2 \times 0,25 \times 0,75}{0,05^2(190 - 1) + 1,96^2 \times 0,25 \times 0,75}$$

$$n = 114,73$$

Setelah dilakukan perhitungan sampel menggunakan rumus Lameshow, diperoleh sampel sejumlah 115 responden.

2.1.3 Metode Pengambilan Sampel

Tata cara pengambilan sampel yaitu teknik yang dipergunakan dalam menetapkan jumlah sampel. Jumlah sampel yang telah didapatkan akan diambil dari populasi dengan teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling. Teknik pengambilan sampel ini adalah salah satu metode non-random sampling di mana peneliti memilih sampel berdasarkan karakteristik khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga diharapkan dapat menjawab pertanyaan penelitian.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- 1) Peserta yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian dan memberikan informasi yang diperlukan.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi subjek penelitian
- 2) Memiliki penyakit penyerta lain yang tidak dikelola dalam program

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu di Puskesmas dan dengan metode *door-to-door*. Pertama, di Puskesmas, sampel diambil dari populasi yang datang untuk mendapatkan layanan kesehatan, dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Kedua, pendekatan *door-to-door* dilakukan dengan mengunjungi rumah-rumah responden dengan alamat yang sesuai dengan data sekunder yang telah didapatkan dari pihak puskesmas. Dalam metode ini, peneliti melakukan wawancara langsung dengan responden untuk mengumpulkan data yang diperlukan.

2.4 Instrumen Penelitian

Menurut Nursalam (2017), instrumen penelitian diklasifikasikan menjadi lima kategori yang mencakup pengukuran, yaitu biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner, dan skala. Dalam penelitian ini, instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner. Berikut adalah kuesioner yang diterapkan dalam penelitian ini:

2.4.1 Kuesioner Dukungan Keluarga

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner respons sosial yang diadopsi dari kuesioner Nursalam pada tahun 2015 dan dimodifikasi oleh Kurniawan (2016). Kuesioner ini menggunakan pertanyaan tipe multiple choice yaitu memilih jawaban dengan 4 kriteria yaitu dari opsi “selalu” sampai dengan “tidak pernah” (Nursalam, 2016). Kuesioner dukungan keluarga ini memiliki 12 item pertanyaan yang mencakup 3 domain dukungan keluarga. Domain tersebut meliputi domain dukungan informasional, dukungan instrumental, serta dukungan emosional dan harga diri. Skoring dalam kuesioner ini menggunakan empat skala bernilai 1-4. Nilai 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (sering), dan 4 (Selalu). Total skor tertinggi 48 dan terendah 12.

Tabel 2. 1 Blue Print Kuesioner Dukungan Keluarga

No	Aspek	No. soal	Jumlah
1.	Dukungan informasional	1,2,3,4	4
2.	Dukungan instrumental	5,6,7,8	4
3.	Dukungan emosional dan harga diri	9,10,11,12	4

Sumber: Kurniawan, 2016

2.4.2 Kuesioner Kualitas Hidup

Penelitian ini menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang dikembangkan oleh World Health Organization (WHO), yaitu WHOQoL-BREF. Instrumen ini berbentuk kuesioner yang terdiri dari 26 pertanyaan yang dirancang sebagai self-report, di mana responden diminta untuk memberikan jawaban yang sesuai dengan kondisi mereka. Kuesioner WHOQoL-BREF mencakup empat dimensi, yaitu Kesehatan Fisik, Psikologis, Sosial, dan Lingkungan. Dimensi Kesehatan Fisik terdiri dari tujuh item pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi Psikologis mencakup enam pertanyaan, yaitu nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi Sosial terdiri dari tiga pertanyaan, yaitu nomor 20, 21, dan 22. Sedangkan Dimensi Lingkungan terdiri dari delapan pertanyaan, yaitu nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25.

Responden akan diberikan instruksi untuk memilih salah satu angka dari skala 1 hingga 5 pada setiap pertanyaan. Instrumen WHOQoL-BREF menghasilkan satu skor untuk masing-masing dimensi, yang mencerminkan respons individu dalam setiap dimensi tersebut. Dimensi Kesehatan Fisik memiliki skor yang berkisar antara 7 - 35, dimensi Psikologis memiliki skor antara 6 - 30, dimensi Sosial memiliki skor antara 3 - 15, dan dimensi Lingkungan memiliki skor antara 8 - 40. Seluruh hasil perhitungan akan ditransformasikan menjadi rentang 0 - 100 sesuai dengan ketentuan dari WHOQoL-BREF. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin baik kualitas hidup yang dimiliki, sedangkan skor yang lebih rendah menunjukkan kualitas hidup yang semakin buruk.

Tabel 2. 2 Blue Print Kuesioner Kualitas Hidup

	Equations for computing domain scores	Raw Score	Transformed scores*	
			4-20	0-100
Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$	a.=	b:	c:
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$	a.=	b:	c:
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$	a.=	b:	c:
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$	a.=	b:	c:

Sumber: WHOQoL-BREF

2.5 Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer adalah informasi yang diperoleh langsung dari objek atau lokasi penelitian. Dalam penelitian ini, data primer mencakup Keaktifan prolanis, *outcome klinis*, dukungan keluarga dan kualitas hidup peserta prolanis. Data tersebut dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari sumber-sumber seperti Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Puskesmas Tamamaung, sesuai dengan kebutuhan penelitian. Data jumlah penderita hipertensi dan diabetes mellitus di Kota Makassar, serta data peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung berupa nama, alamat, diagnosa, dan laporan pemantauan kesehatan bulanan peserta Prolanis Puskesmas Tamamaung. Selain itu, data pendukung lain diambil dari buku profil kesehatan Indonesia, profil kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Riskesdas nasional maupun provinsi, serta artikel dan jurnal relevan lainnya.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian akan diolah secara komputerisasi dengan menggunakan Program STATA MP-64. Dalam bukunya, Notoadmodjo (2010) menjelaskan bahwa terdapat beberapa tahap dalam melakukan pengolahan data, yaitu:

- a. *Editing*, dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data yang telah diperoleh.
- b. *Coding*, dilakukan pengubahan data dalam bentuk huruf atau angka atau bilangan sesuai dengan kebutuhan.
- c. *Entry*, proses pengimputan data yang telah dikode kedalam program STATA.
- d. *Cleaning*, membersihkan data untuk memeriksa dan melihat adanya kemungkinan-kemungkinan kesalahan dalam pengkodean, ketidaklengkapan, dan sebagainya untuk kemudian dilakukan pembetulan.

Data yang telah diolah lalu kemudian dianalisis, analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan Gambaran umum setiap variabel yang diteliti, baik gambaran frekuensi maupun persentase. Sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independent dan variabel dependen. Analisis data dilakukan dengan:

b. Analisis Univariat

Analisis univariat diterapkan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti. Distribusi frekuensi tersebut mencakup variabel independen, yaitu Keaktifan, *Outcome* Klinis, dan Dukungan Keluarga, serta variabel dependen, yaitu Kualitas Hidup peserta Prolanis.

c. Analisis Bivariat

Analisis bivariat diterapkan dalam penelitian ini untuk menguji hipotesis yang menghubungkan variabel independen dengan variabel dependen. Uji yang digunakan adalah *Chi-Square* dan *Fisher*, yang bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara dua variabel yang dikategorikan secara statistik. Keputusan mengenai hasil uji statistik diambil dengan membandingkan nilai p (p-value) dengan nilai α (0,05), dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Jika $p\text{-value} \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak H_a diterima, sehingga antara kedua variabel ada hubungan yang bermakna.
- b. Jika $p\text{-value} > 0,05$ berarti H_0 diterima H_a ditolak, sehingga antara kedua variabel tidak ada hubungan yang bermakna

2.7 Penyajian Data

Data yang telah dianalisis selanjutnya akan disajikan dalam bentuk grafik atau tabel distribusi atau tabel silang (*crosstab*) dan narasi disertai interpretasi dari setiap tabel.