

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan sebagai badan pelaksana menurut undang – undang Republik Indonesia no 24 tahun 2011 merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.2.1 Definisi

Jaminan kesehatan menurut perpres no 82 tahun 2018 adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.

2.1.2.2 Tujuan

Tujuan diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah (BPJS, 2014).

2.1.3 Penyakit Kronis

2.1.3.1 Definisi

Penyakit kronis merupakan penyakit dengan ciri bersifat menetap, menyebabkan ketidakmampuan pada penderitanya, dan untuk menyembuhkannya penderita perlu melakukan perawatan dalam periode waktu yang lama (Mayo, 1956 dalam Lubkin & Larsen, 2006) dalam (Bestari & Wati, 2016)

Menurut WHO 2014 dalam penelitian (yuliaristi, 2018), penyakit kronis merupakan penyakit yang didefinisikan sebagai penyakit yang

memerlukan waktu lama agar dapat terbentuk sepenuhnya. Waktu yang panjang tersebut memberikan banyak kesempatan untuk pencegahan tetapi membutuhkan pendekatan jangka panjang dan sistematis dalam pengobatannya. Pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan tanggapan terhadap penyakit - penyakit tersebut dengan tanggapan terhadap penyakit akut dan penyakit menular.

2.1.3.2 Penyebab

Penyakit kronis tidak disebabkan oleh infeksi atau patogen tetapi disebabkan oleh gaya hidup, perilaku berisiko, serta paparan yang berkaitan dengan proses penuaan. Dari beberapa faktor risiko penyakit kronis yang dapat diubah yang paling penting adalah diet yang sehat, ataupun makanan yang berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, dan penggunaan tembakau. Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu usia dan genetik (WHO, 2014) dalam (Yuliaristi, 2018).

2.1.3.3 Hipertensi

Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg (p2ptm, 2019). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) nilai tidak dideteksi secara dini dan mendapatkan pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat. Oleh karena itu, partisipasi semua pihak, baik dokter dari berbagai bidang peminatan hipertensi, pemerintah, maupun swasta (yuliaristi, 2018).

Dalam mengatasi kasus Hipertensi terdapat 6 komponen yang dapat dilakukan oleh pemerintah (WHO, 2014) dalam (yuliaristi, 2018):

1. Program pelayanan primer terpadu.
2. Biaya pelaksanaan program.

3. Diagnosis dan obat-obatan dasar.
4. Pengurangan faktor risiko di masyarakat.
5. Program kesehatan berdasarkan tempat kerja.
6. Pemantauan hasil.

2.1.3.4 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan suatu penyakit yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal secara menahun (p2ptm, 2019). Nilai normal dari Gula Darah Sewaktu (GDS) / tanpa puasa yaitu < 200 mg/dl sedangkan Gula Darah Puasa (GDP) < 126 mg/dL (p2ptm, 2019).

Ada beberapa tipe Diabetes Mellitus (DM), diantaranya :

- a. DM tipe 1 : DM yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali.
- b. DM tipe 2 : DM yang disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin.
- c. DM *Gestasional* : DM yang terjadi saat kehamilan
- d. DM tipe lainnya : DM tipe lain yang disebabkan pemakaian obat, penyakit lain – lain dan sebagainya (p2ptm, 2019).

Faktor risiko diabetes mellitus dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah adalah usia ≥ 40 tahun, mempunyai riwayat keluarga menderita diabetes mellitus, kehamilan dengan gula darah tinggi, ibu dengan riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4 kg, dan bayi yang memiliki Berat Badan Lahir (BBL) < 2 , kg (p2ptm, 2019).

Faktor risiko yang dapat diubah berhubungan dengan perilaku hidup yang kurang sehat, yaitu kegemukan (Berat Badan lebih / IMT > 23 kg/m²) dan lingkar perut (Pria > 90 cm dan perempuan > 80 cm), kurangnya aktivitas fisik, hipertensi (tekanan darah $> 140/90$ mmHg), dislipidemia (kolesterol HDL laki – laki ≤ 35 mg/dl dan perempuan ≤ 45 , trigliserida ≥ 250 mg/dL), diet tidak seimbang (tinggi gula, garam, lemak dan rendah serat), riwayat penyakit jantung, dan merokok/

terpapar asap rokok (p2ptm, 2019).

2.1.4 Program Pengelolaan Penyakit Kronis

2.1.4.1 Definisi

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

2.1.4.2 Tujuan

Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS, 2014).

2.1.4.3 Aktivitas Prolanis

1. Konsultasi Medis Peserta Prolanis

Jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola.

2. Edukasi Kelompok Peserta Prolanis

Edukasi Klub Risti (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta Prolanis.

3. *Reminder* melalui SMS Gateway

Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada fasilitas kesehatan pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke fasilitas kesehatan pengelola tersebut.

4. *Home Visit*

Home Visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta Prolanis untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis dan keluarga. Sasaran peserta Prolanis dengan kriteria :

- a. Peserta baru terdaftar
- b. Peserta tidak hadir terapi di Dokter Praktek Perorangan/ Klinik/ Puskesmas 3 bulan berturut – turut.
- c. Peserta dengan GDP/GDPP dibawah standar 3 bulan berturut – turut (PPDM).
- d. Peserta dengan Tekanan Darah tidak terkontrol 3 bulan berturut – turut (PPHT)
- e. Peserta pasca opname

2.1.4.4 Sasaran Prolanis

Sasaran dari kegiatan Prolanis adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis khususnya Diabetes Mellitus (DM) Tipe II dan Hipertensi. Adapun kegiatan yang dilaksanakan Prolanis meliputi aktivitas konsultasi medis/edukasi, *home visit*, *reminder*, aktivitas klub dan pemantauan status kesehatan. Penanggung jawab kegiatan ini adalah kantor cabang BPJS kesehatan bagian manajemen pelayanan primer.

2.1.4.5 Persiapan Pelaksanaan Prolanis

Berdasarkan buku panduan praktis program pengelolaan penyakit kronis yang diterbitkan oleh BPJS kesehatan, adapun persiapan yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan Prolanis meliputi:

1. Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan.
 - a. Hasil *Skrining* Riwayat Kesehatan dan atau
 - b. Hasil Diagnosa DM dan Hipertensi (pada Tingkat Pertama maupun RS).
2. Menentukan target sasaran.
3. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan Dokter

Keluarga/Puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta.

4. Menyelenggarakan sosialisasi Prolanis kepada fasilitas kesehatan Pengelola.
5. Melakukan pemetaan jejaring fasilitas kesehatan Pengelola (Apotek, Laboratorium).
6. Permintaan pernyataan kesediaan jejaring faskes untuk melayani peserta Prolanis.
7. Melakukan sosialisasi Prolanis kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronis di Rumah Sakit, dan lain-lain).
8. Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang DM Tipe 2 dan Hipertensi untuk bergabung dalam Prolanis.
9. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis.
10. Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan pada peserta terdaftar Prolanis.
11. Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar.
12. Melakukan entri data peserta dan pemberian *flag* peserta prolanis.
13. Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai Faskes Pengelola.
14. Bersama dengan Faskes melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, Tekanan Darah, IMT, HbA1C. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan.
15. Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan

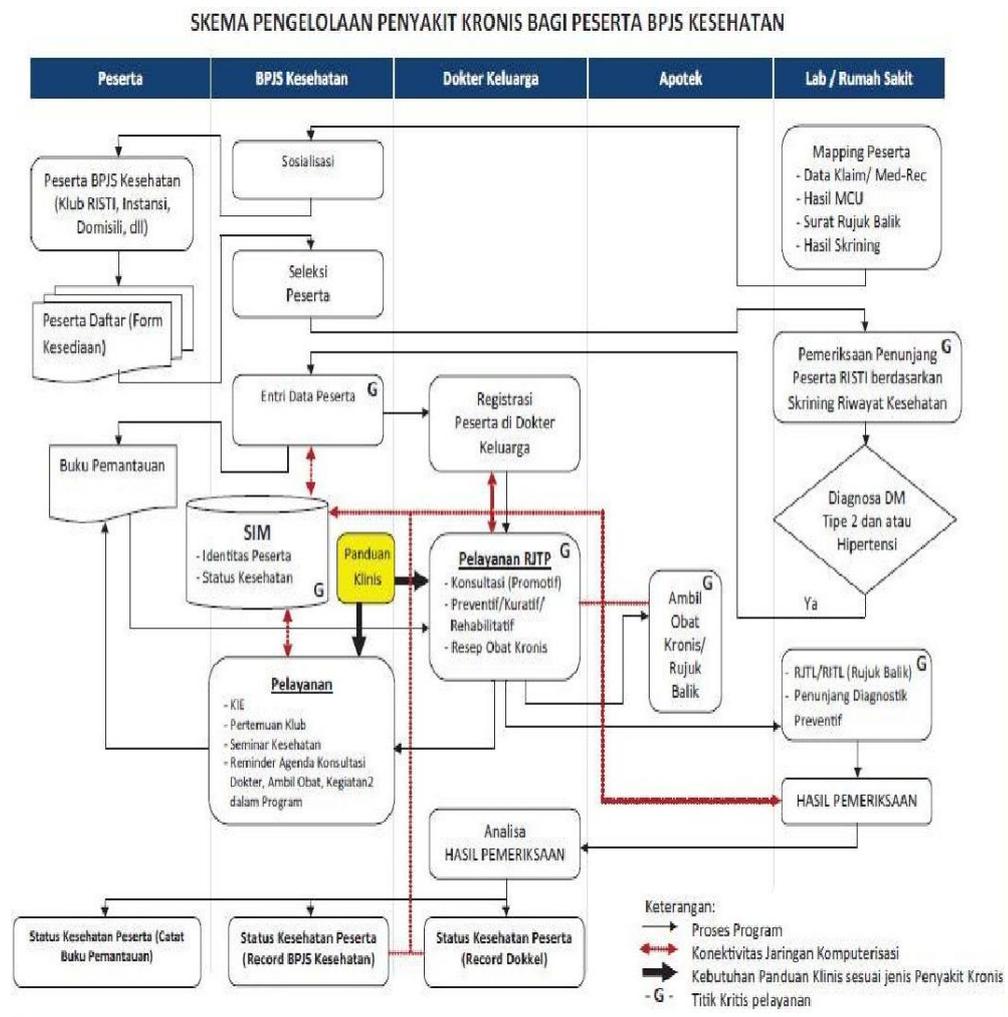
awal peserta per faskes pengelola (data merupakan Iuran Aplikasi *P-Care*).

16. Melakukan *Monitoring* aktivitas Prolanis pada masing-masing Faskes Pengelola:

- a. Menerima laporan aktivitas Prolanis dari faskes Pengelola
- b. Menganalisis data

17. Menyusun umpan balik kinerja Faskes Prolanis.

18. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat.



Gambar 1. Skema pengelolaan penyakit kronis bagi peserta BPJS kesehatan

2.1.5 Puskesmas

2.1.5.1 Definisi

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas menurut permenkes nomor 75 tahun 2014 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.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- b. penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

2.1.5.2 Wewenang Puskesmas

Menurut permenkes nomor 43 tahun 2019 dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;

- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual ;

Menurut permenkes nomor 43 tahun 2019 dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial dan budaya dengan membina hubungan dokter – pasien yang erat dan setara;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung dan lingkungan kerja;
- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- h. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- i. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan; dan
- j. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya sesuai dengan ketentuan perundang – undangan.

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraan, Puskesmas dikategorikan menjadi:

- a. Puskesmas non rawat inap; dan
- b. Puskesmas rawat inap.

Puskesmas non rawat inap adalah Puskesmas menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*) dan pelayanan gawat darurat serta puskesmas non rawat inap dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal sedangkan Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya .

2.1.5.3 Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama menurut permenkes nomor 43 tahun 2019 meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

- a. pelayanan promosi kesehatan;
- b. pelayanan kesehatan lingkungan;
- c. pelayanan kesehatan keluarga;
- d. pelayanan gizi; dan
- e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan diantaranya :

- a. Upaya kesehatan gigi masyarakat
- b. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer terintegrasi
- c. Kesehatan kerja dan olahraga

2.1.6 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.1.6.1 Definisi

Lavey dan loomba (1973) dalam Isniati (2007) yang dimaksud dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara sendiri atau bersama – sama, dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan.

2.1.6.2 Faktor Penyebab Perilaku

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku yang dimiliki setiap individu. Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoadmojo (2010), perilaku ini ditentukan oleh tiga faktor utama:

1. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor – faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan. Di samping itu, kepercayaan, tradisi, sistem, nilai di masyarakat setempat juga menjadi mempermudah (positif) atau mempersulit (negatif) terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat tentu saja tergantung pada tujuan dan jenis program. Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang

merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Selain itu, tokoh masyarakat, peraturan, undang – undang, surat – surat keputusan dari para pejabat pemerintahan pusat atau daerah merupakan faktor penguat perilaku.

Seseorang akan memutuskan menggunakan atau memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan berdasarkan perilaku dan faktor-faktor yang memengaruhinya.

2.1.6.3 Faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Proses dan penggunaan atau pemanfaatan sarana kesehatan oleh masyarakat atau konsumen selanjutnya dijelaskan oleh Anderson dalam Notoadmojo (2010) dalam penelitian (yuliaristi, 2018), yang menyatakan bahwa keputusan seseorang dalam menggunakan atau memanfaatkan sarana pelayanan tergantung pada :

1. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Karakteristik predisposisi menggambarkan fakta bahwa individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Karakteristik predisposisi dapat dibagi ke dalam tiga kelompok:

- a. Ciri-ciri demografi : umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga.
- b. Struktur sosial : jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras, agama, kesukuan.
- c. Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.

2. Karakteristik Pendukung (*enabling characteristic*)

- a. Sumber daya keluarga (*family resources*) meliputi penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan.
- b. Sumber daya masyarakat (*community resources*) meliputi jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dengan tenaga kesehatan dan lokasi sarana ketercapaian pelayanan dan sumber yang ada di dalam masyarakat.

3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristic*)

Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan pendukung itu ada. Karakteristik kebutuhan itu sendiri dapat dibagi menjadi 2 kategori yakni :

- a. Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan.
- b. *Evaluate clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

2.1.7 Usia

Pada umumnya penyakit hipertensi dan diabetes mellitus berkembang pada saat umur seseorang mencapai paruh baya yakni cenderung meningkat khususnya yang berusia 60 tahun keatas. Pada usia 60 keatas masuk kedalam Usia Harapan Hidup (UHH) di Indonesia. Usia Harapan Hidup (UHH) mengalami peningkatan, pada tahun 2000 Usia Harapan Hidup (UHH) di Indonesia adalah 64,5 tahun (dengan persentase populasi adalah 7,18%), angka ini meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 (dengan persentase populasi adalah 7,56 %) dan pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun (dengan persentase populasi adalah 7,58 %) (laporan Badan Pusat Statistik (BPS) dalam Abikusno, 2013).

Menurut penelitian terkait Tawakkal (2015) kelompok umur pra lansia lebih banyak memanfaatkan program pemanfaatan Prolanis dibandingkan dengan kelompok umur lansia.

Departemen kesehatan mengklasifikasikan Lansia menjadi empat klasifikasi (Depkes RI, 2009) sebagai berikut:

1. Masa lansia awal, seseorang yang berusia 46-55 tahun
2. Masa lansia akhir , seseorang yang berusia 56-65 tahun
3. Masa manula, ≥ 70 tahun

Usia sering dihubungkan dengan kemungkinan terjangkau penyakit. Menurut Notoadmojo (2005) dalam Prawisudawati, Y (2014), kelompok umur usia muda (anak - anak) lebih rentan terhadap penyakit infeksi (diare, infeksi saluran pernapasan), usia produktif cenderung berhadapan dengan

masalah kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja dan penyakit akibat gaya hidup, serta usia yang relatif lebih tua sangat rentan terhadap penyakit kronis (hipertensi, jantung koroner, atau kanker).

Umur merupakan salah satu faktor risiko pada penyakit degeneratif yang tidak dapat dikendalikan. Secara umum, semakin bertambah usia maka fungsi metabolisme atau fungsi fisiologi menurun di dalam tubuh yang menimbulkan banyak konsekuensi salah satu adalah tekanan darah meningkat. Ini disebabkan karena berkurangnya elastisitas pembuluh darah arteri sehingga dinding arteri akan menjadi kaku, akibatnya beban pada arteri semakin besar dan tekanan darah naik Sihombing (2017).

2.1.8 Jenis Kelamin

Menurut Anderson dalam Notoadmodjo (2012) dalam penelitian (yuliaristi, 2018) jenis kelamin merupakan faktor predisposing dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian Rahmi (2015) mengatakan responden yang berjenis kelamin perempuan memiliki peluang yang lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan memiliki risiko 2,777 kali lebih besar terkena penyakit diabetes mellitus tipe 2 dibandingkan dengan laki – laki. Hal ini berhubungan dengan kehamilan, dimana kehamilan merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit diabetes mellitus. Selain itu, sindrom siklus bulanan (premenstrual syndrome), pasca menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi lebih mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga perempuan berisiko menderita diabetes mellitus tipe 2 (Allorerung, D.L., Sekeon, S. A., & Joseph (2016) dalam Rahayu, S (2020)).

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Amaliah (2014), faktor risiko terjadinya hipertensi pada wanita 1,32 kali lebih besar berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan jenis kelamin laki – laki. Hal ini dapat terjadi pada wanita dikarenakan faktor hormonal pada wanita dan setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat (kemenkes,2019). Penurunan kadar estrogen pada wanita menopause,

menyebabkan peningkatan kadar kolesterol pada sebagian besar wanita (Rustika, 2005 dalam Riyadina (2019)).

Menurut penelitian Tawakkal (2015) jenis kelamin berhubungan dengan pemanfaatan prolans. Hal ini mungkin dikarenakan kelompok perempuan memiliki tingkat *awareness* yang lebih tinggi terhadap penyakitnya sehingga perempuan akan langsung mendatangi tempat kegiatan Prolans untuk mencegah terjadinya keparahan penyakit.

2.1.9 Pekerjaan

Pekerjaan diartikan sebagai melakukan suatu kegiatan untuk menghasilkan atau membantu menghasilkan barang atau jasa dengan maksud untuk memperoleh penghasilan uang dan atau barang, dalam kurun waktu tertentu (Mantra, 2007) dalam (Erna, I, 2011). Pekerjaan membatasi kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktik yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu untuk menghindari masalah kesehatan (Notoadmojo, 2012) dalam Yuliaristi (2018). Sihombing (2017) dengan hasil penelitian yaitu tidak bekerja berisiko 1,6 kali untuk mengalami hipertensi. Selain itu penduduk dengan diabetes mellitus yang tidak bekerja berisiko terkena hipertensi hampir 1,4 kali dibandingkan dengan responden yang bekerja.

Menurut penelitian Tawakkal (2015) dalam responden yang bekerja memanfaatkan program pengelolaan penyakit kronis lebih besar dibandingkan responden yang tidak bekerja. Namun, jumlah responden yang tidak bekerja jauh lebih banyak dibandingkan responden yang bekerja. Banyaknya responden yang tidak bekerja dikarenakan responden merupakan lansia yang sudah pensiun dari pekerjaannya.

2.1.10 Pendidikan terakhir

Pendidikan menurut undang – undang RI nomor 20 tahun 2003 adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan susana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya. Sihombing (2017) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan rendah berisiko 1,3 kali untuk terkena hipertensi. Menurut Miharja dalam Sihombing (2017) responden DM berpendidikan rendah perlu mendapat perhatian melalui

penyuluhan agar mereka memiliki pengetahuan dan kepatuhan untuk berdiet, berolahraga secara teratur, dan minum/injeksi obat diabetes/anti hipertensi dan memberitahu risiko yang akan timbul jika kadar gula darah atau hipertensi tidak terkontrol.

Status pendidikan sangat erat kaitannya dengan kesadaran dan pengetahuan seseorang, sehingga status pendidikan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Biasanya masyarakat yang berpendidikan rendah, kurang memiliki kesadaran dan pengetahuan yang baik tentang manfaat pelayanan kesehatan (Rumengan, Umboh dan Kandou, 2015) dalam (Muh. Ryman, 2016).

Berdasarkan penelitian Muh. Ryman (2016) terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tambarana.

2.1.11 Lama Menderita Penyakit Kronis

Penelitian (Abraham, 2011) dalam Bertalina, Purnama (2016) dengan tesisnya yang berjudul studi literatur sistematis pada faktor yang berkontribusi untuk perawatan diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2 bahwa lama sakit pasien DM tipe 2 memiliki korelasi positif, dimana pasien yang telah lama menderita DM tipe 2 memiliki pengalaman serta telah belajar dari rasa sakit yang telah ia alami selama masa sakitnya. Penyakit kronis merupakan penyakit menahun yang tidak dapat disembuhkan melainkan dapat dikendalikan melalui salah satu program dari JKN yaitu Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) yang merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta JKN yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS, 2014). Aryani, dkk (2013) yang menjelaskan bahwa pasien yang menderita Diabetes Mellitus tipe 2 dan mengikuti program Prolanis dapat menurunkan total biaya perawatan dalam setahun dibandingkan dengan pasien yang tidak mengikuti Prolanis. Dapat disimpulkan bahwa total biaya perawatan setahun peserta Prolanis setelah 3 tahun menderita penyakit kronis

dan mengikuti Prolanis lebih hemat dibandingkan dengan pasien yang tidak mengikuti Prolanis.

2.1.12 Komplikasi Penyakit Kronis

Pasien yang telah lama menderita DM dengan disertai komplikasi memiliki dedikasi diri yang rendah. Dengan adanya komplikasi akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk mengelola perawatan diri dan penyakitnya (Bernal, dkk (2000) dalam Bertalina, Purnama (2016). Aryani, dkk (2013) bahwa pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2 yang mengikuti Prolanis memiliki kualitas hidup baik sebesar 61,9% sedangkan pasien Diabetes Mellitus tipe 2 Non Prolanis sebesar 25,9%.

2.1.13 Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2010) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan itu terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu objek memiliki intensitas yang berbeda-beda. Secara umum, tingkat pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkat, yakni:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai memanggil (*recall*) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi

harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu benda keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

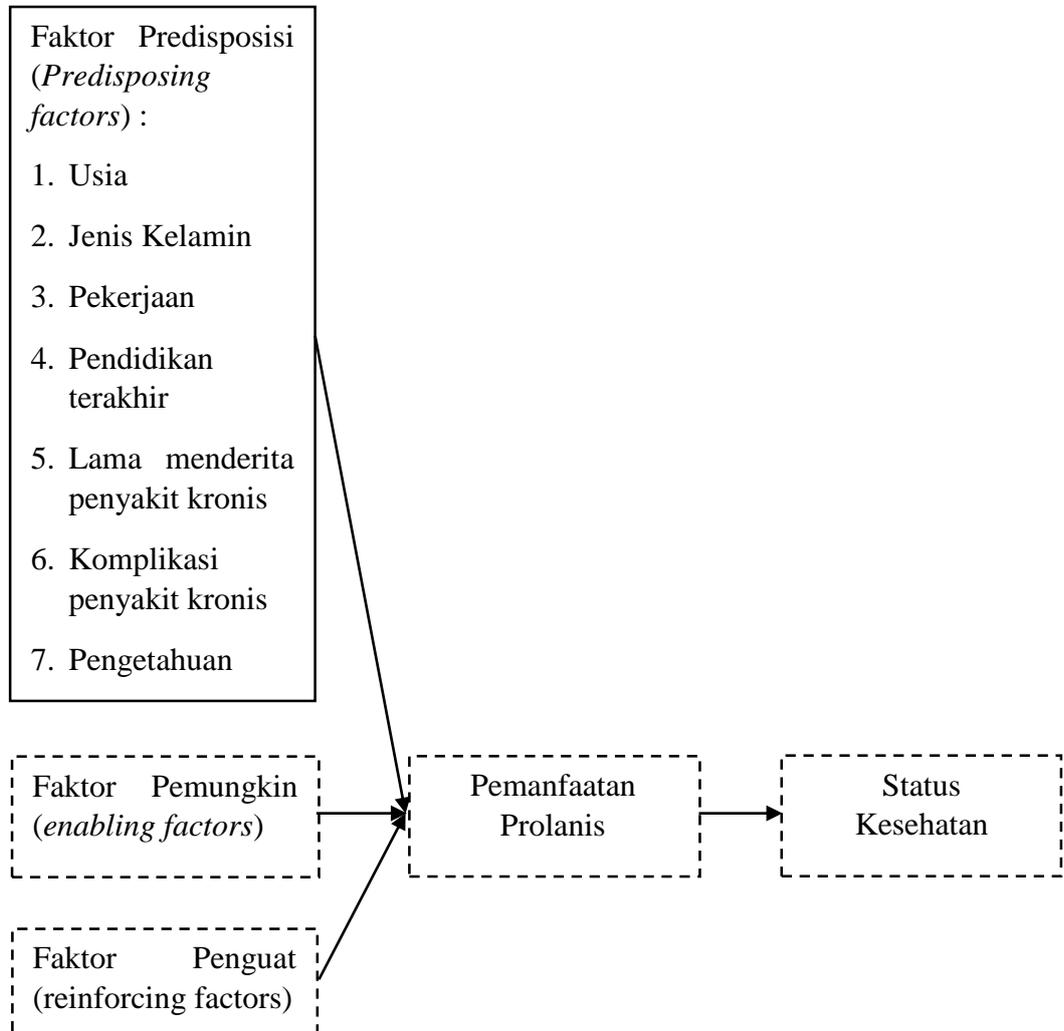
6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian - penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria - kriteria yang telah ada.

Nuryani, 2012 bahwa pengetahuan berhubungan dengan edukasi kesehatan yang diterima para responden. Sejalan dengan Henderson dalam Notoadmojo (1999), pengetahuan seseorang akan mempengaruhi tingkat kesehatan dan keberhasilan seseorang untuk dapat memahami informasi kesehatan.

2. 2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep Penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antar konsep satu dengan konsep lain dari masalah yang akan diteliti.



Sumber : Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010).

Keterangan :

= diteliti

= Tidak diteliti