

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PROLANIS

1. Pengertian PROLANIS

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 Kesehatan, 2014).

2. Tujuan PROLANIS

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 Kesehatan, 2014).

3. Sasaran

Seluruh Peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi) (BPJS Kesehatan, 2014).

4. Bentuk Pelaksanaan

Aktifitas dalam PROLANIS meliputi aktifitas konsultasi medis/edukasi, *Home Visit*, *Reminder*, aktifitas *club* dan pemantauan status kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

5. Penanggungjawab

Penanggungjawab adalah Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian Manajemen Pelayanan Primer (BPJS Kesehatan, 2014).

6. Langkah Pelaksanaan

Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan PROLANIS menurut BPJS Kesehatan (2014) adalah sebagai berikut:

a. Persiapan pelaksanaan PROLANIS

- 1) Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:
 - a) Hasil Skrining Riwayat Kesehatan dan atau
 - b) Hasil Diagnosa DM dan HT (pada Faskes Tingkat Pertama maupun RS)
- 2) Menentukan target sasaran
- 3) Melakukan pemetaan Faskes Dokter Keluarga/ Puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta
- 4) Menyelenggarakan sosialisasi PROLANIS kepada Faskes Pengelola
- 5) Melakukan pemetaan jejaring Faskes 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 RS, dan lain-lain)
- 8) Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang Diabetes Melitus 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 kepada 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 Gula Darah Puasa (GDP), Gula Darah 2 jam Post-Prandial (GDPP), Tekanan Darah, Indeks Massa Tubuh (IMT), Hemoglobin A1C (HbA1C)/ Glikohemoglobin. 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 luaran Aplikasi P-Care)
 - 16) Melakukan Monitoring aktifitas PROLANIS pada masing-masing faskes pengelola:
 - a) Menerima laporan aktifitas PROLANIS dari Faskes Pengelola
 - b) Menganalisa data
 - 17) Menyusun umpan balik kinerja Faskes PROLANIS
 - 18) Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/ Kantor Pusat.
- b. Aktifitas PROLANIS
- 1) Konsultasi Medis Peserta PROLANIS : jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola
 - 2) Edukasi Kelompok Peserta PROLANIS
 - a) Definisi** : Edukasi *Club* Risti (*Club* PROLANIS) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta PROLANIS
 - b) Sasaran** : Terbentuknya kelompok peserta (*Club*) PROLANIS minimal 1 Faskes Pengelola 1 *club*. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan Peserta dan kebutuhan edukasi.

c) Langkah - langkah:

- (1) Mendorong Faskes Pengelola melakukan identifikasi peserta terdaftar sesuai tingkat severitas penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi yang disandang
- (2) Memfasilitasi koordinasi antara Faskes Pengelola dengan Organisasi Profesi/Dokter Spesialis diwilayahnya
- (3) Memfasilitasi penyusunan kepengurusan dalam *club*
Memfasilitasi penyusunan kriteria Duta PROLANIS yang berasal dari peserta.
- (4) Duta PROLANIS bertindak sebagai motivator dalam kelompok PROLANIS (membantu Faskes Pengelola melakukan proses edukasi bagi anggota *Club*)
- (5) Memfasilitasi penyusunan jadwal dan rencana aktifitas *club* minimal 3 bulan pertama
- (6) Melakukan Monitoring aktifitas edukasi pada masing-masing Faskes Pengelola:
 - (a) Menerima laporan aktifitas edukasi dari Faskes Pengelola
 - (b) Menganalisis data
- (7) Menyusun umpan balik kinerja Faskes PROLANIS
- (8) Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat dengan tembusan kepada Organisasi Profesi terkait wilayahnya

3) *Reminder* melalui SMS Gateway

a) Definisi : *Reminder* adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada faskes pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke faskes pengelola tersebut

b) Sasaran : Tersampainya *reminder* jadwal konsultasi peserta ke masing-masing Faskes Pengelola

c) Langkah – langkah:

(1) Melakukan rekapitulasi nomor *Handphone* peserta PROLANIS/Keluarga peserta per masing-masing faskes pengelola

(2) Entri data nomor *handphone* kedalam aplikasi SMS Gateway

(3) Melakukan rekapitulasi data kunjungan per peserta per faskes pengelola

(4) Entri data jadwal kunjungan per peserta per faskes pengelola

(5) Melakukan monitoring aktifitas *reminder* (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat *reminder*)

(6) Melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat *reminder* dengan jumlah kunjungan

(7) Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat

4) *Home Visit*

a) Definisi : *Home Visit* adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta PROLANIS untuk pemberian informasi/edukasi

kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta PROLANIS dan keluarga

b) Sasaran:

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 bagi Peserta Penderita Diabetes Mellitus (PPDM)
- (4) Peserta dengan Tekanan Darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut bagi Peserta Penderita Hipertensi (PPHT)
- (5) Peserta pasca opname

c) Langkah – langkah:

- (1) Melakukan identifikasi sasaran peserta yang perlu dilakukan *Home Visit*
- (2) Memfasilitasi Faskes Pengelola untuk menetapkan waktu kunjungan
- (3) Apabila diperlukan, dilakukan pendampingan pelaksanaan *Home Visit*
- (4) Melakukan administrasi *Home Visit* kepada Faskes Pengelola dengan berkas sebagai berikut:

- (a). Formulir *Home Visit* yang mendapat tanda tangan Peserta/Keluarga peserta yang dikunjungi
 - (b). Lembar tindak lanjut dari *Home Visit*/lembar anjuran Faskes Pengelola
- (5) Melakukan monitoring aktifitas *Home Visit* (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat *Home Visit*)
 - (6) Melakukan analisis data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat *Home Visit* dengan jumlah peningkatan angka kunjungan dan status kesehatan peserta
 - (7) Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat.

B. Diabetes Mellitus

1. Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus adalah bertambahnya gula darah di dalam tubuh seseorang karena insulin yang dihasilkan oleh pankreas tidak mencukupi untuk menyeimbangkan kadar gula yang masuk dalam tubuh. Akibatnya, kelebihan gula di dalam tubuh terjadi. Kelebihan gula tersebut akan masuk ke dalam darah, yang dikenal dengan kelebihan gula darah/kencing manis (Wulandari,2011).

Penyakit diabetes mellitus atau sering disebut sebagai penyakit kencing manis atau penyakit gula, adalah penyakit yang disebabkan oleh kelainan yang berhubungan dengan hormon insulin. Kelainan yang dimaksud berupa jumlah produksi hormon insulin yang kurang karena

ketidakmampuan organ pankreas memproduksinya atau sel tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang telah dihasilkan oleh pankreas secara baik. Akibat dari kelainan ini, maka kadar gula (glukosa) di dalam darah akan meningkat tidak terkendali. Kadar gula darah yang tinggi terus-menerus akan meracuni tubuh termasuk organ-organnya (Helmawati, 2014).

Pengaruh jangka pendek dari peningkatan kadar gula darah mungkin tidak begitu terlihat, namun jangka panjang peningkatan kadar gula darah ini bisa mengakibatkan kondisi-kondisi tubuh yang tidak menguntungkan. Kadar gula darah yang tinggi akan menyebabkan fungsi sel-sel tubuh menurun. Menurunnya fungsi-fungsi sel tubuh pada gilirannya juga dapat mengakibatkan gangguan-gangguan atau penyakit-penyakit berat, seperti menyebabkan penyakit jantung koroner, memicu stroke, dan lain sebagainya (Helmawati, 2014).

2. Tipe-Tipe Diabetes Mellitus

Tipe-tipe diabetes mellitus menurut Sari (2012) adalah sebagai berikut :

a. Diabetes Mellitus Tipe 1

Banyak orang menyebutnya *baby diabetes mellitus* karena menjangkit diabetis di masa kanak-kanak serta usia kurang dari 35 tahun. Dalam diabetes mellitus tipe 1 ini pankreas benar-benar tidak dapat menghasilkan insulin karena rusaknya sel-sel beta yang ada dalam pankreas oleh virus atau autoimunitas. Jadi, *antibody* yang ada

dalam tubuh manusia membunuh siapa saja yang tidak dikenalnya termasuk zat-zat yang dihasilkan oleh tubuh dia anggap benda asing termasuk zat-zat penghasil insulin maka dari itu diabetes mellitus tipe 1 disebut dengan IDDM atau *insulin dependent diabetes mellitus*.

Pada kasus ini diabetis mutlak memerlukan asupan insulin semasa hidupnya untuk menggantikan insulin-insulin yang rusak maka dari itu gejala yang timbul pada diabetis tipe 1 adalah terjadi pada usia muda, penderita tidak gemuk dan gejala timbul mendadak.

b. Diabetes Mellitus Tipe 2

Ada dua bentuk diabetes mellitus tipe 2 yakni, mengalami sekali kekurangan insulin dan yang kedua resistensi insulin. Penderita yang kekurangan insulin berat badan cenderung normal sedangkan untuk yang resisten insulin memiliki berat badan besar atau gemuk. Diabetes mellitus tipe 2 ini disebut sebagai penyakit yang lama dan tenang karena gejalanya yang tidak mendadak seperti tipe 1, tipe 2 cenderung lambat dalam mengeluarkan gejala sehingga banyak orang yang baru mengetahui dirinya terdiagnosa berusia lebih dari 40 tahun. Gejala-gejala yang timbul terkadang tidak terlalu nampak karena insulin dianggap normal tetapi tidak dapat membuang glukosa ke dalam sel-sel sehingga obat-obatan yang diberikan ada dua selain obat untuk memperbaiki resistensi insulin serta obat yang merangsang pankreas menghasilkan insulin.

Riwayat keturunan serta obesitas dianggap sebagai faktor pencetus diabetes mellitus tipe 2 karena lemak-lemak yang ada dalam tubuh menghalangi jalannya insulin apalagi diperburuk dengan kurangnya melakukan olahraga. Olahraga dapat membuat tubuh bisa menghasilkan HDL atau sering disebut kolesterol baik. Gejala yang nampak pada tipe 2 adalah terdiagnosis lebih dari 40 tahun, tubuh gemuk, dan gejala yang ada kronik.

c. Gestational Diabetes Mellitus (GDM)

Diabetes mellitus tipe ini menjangkit wanita yang tengah hamil, lebih sering menjangkit di bulan ke enam masa kehamilan. Risiko neonatal yang terjadi keanehan sejak lahir seperti berhubungan dengan jantung, sistem nerves yang pusat, dan menjadi sebab bentuk cacat otot atau jika GDM tidak bisa dikendalikan bayi yang lahir tidak normal yakni besar atau disebutnya *makrosomia* yaitu berat badan bayi diatas 4 kg. untuk mengendalikannya diabetis harus mendapatkan pengawasan semasa hamil, sekitar 20-25% dari wanita penderita GDM dapat bertahan hidup.

3. Tanda dan Gejala Diabetes Mellitus

Gejala klasik diabetes mellitus tidak bisa dipisahkan dari tiga hal yaitu *polyuria* (banyak kencing), *polydipsia* (banyak minum), *polyphagia* (banyak makan). *Polyuria* berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urin tetapi jika tambah tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan

untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula bersifat menarik air sehingga bagi penderitanya akan mengalami *polyuria* atau kencing banyak (Sari, 2012).

Polydipsia diawali dari banyaknya urin yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkannya yakni dengan banyak minum. Diabetis akan selalu menginginkan minuman yang segar serta dingin untuk menghindari dari dehidrasi. Diabetes mellitus terjadi karena insulin yang bermasalah sehingga pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentuk pun kurang, inilah mengapa orang merasakan kurangnya tenaga akhirnya diabetis melakukan kompensasi yakni dengan banyak makan atau *polyphagia* (Sari, 2012).

Selain gejala-gejala diatas adapun gejala lain yang dirasakan, seperti (Sari,2012):

- a. Sering mengantuk.
- b. Gatal-gatal, terutama di daerah kemaluan.
- c. Pandangan mata kabur.
- d. Berat badan berlebih untuk diabetes mellitus tipe 2.
- e. Mati rasa atau rasa sakit pada bagian tubuh bagian bawah.
- f. Infeksi kulit, terasa disayat, gatal-gatal khususnya pada kaki.

Rata-rata penderita mengetahui adanya diabetes mellitus pada saat kontrol yang kemudian ditemukan kadar glukosa yang tinggi pada diri mereka. Berikut beberapa gambaran laboratorium yang

menunjukkan adanya tanda-tanda diabetes mellitus yaitu (Sarwono, 2005) dalam (Naupal, 2018):

- a. Gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl
- b. Gula darah puasa ≤ 126 mg/dl (puasa = tidak ada masukan makanan atau kalori sejak 10 jam terakhir)
- c. Glukosa plasma dua jam ≥ 200 mg/dl setelah beban glukosa 75 gram

4. Faktor Risiko Diabetes Mellitus

Faktor risiko diabetes mellitus bisa dikelompokkan menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah ras dan etnik, usia, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram, dan riwayat lahir dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram). Faktor risiko yang dapat dimodifikasi erat kaitannya dengan perilaku hidup yang kurang sehat, yaitu berat badan lebih, obesitas abdominal/sentral, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dyslipidemia, diet tidak sehat/tidak seimbang, riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Gula Darah Puasa terganggu (GDP terganggu), dan merokok (Kementerian RI, 2014).

5. Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi adalah kondisi rusaknya organ tubuh tertentu yang disebabkan atau dipicu oleh suatu penyakit. Sederhananya komplikasi

penyakit diartikan sebagai adanya gangguan kesehatan turunan yang muncul akibat dari suatu penyakit (Helmawati, 2014).

Penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit yang memiliki banyak sekali komplikasi. Diabetes mellitus bisa dikatakan salah satu jenis penyakit yang paling banyak menimbulkan komplikasi jika tidak dikendalikan (Helmawati, 2014).

a. Komplikasi Jangka Pendek (Akut)

Komplikasi akut merupakan komplikasi diabetes yang terjadi dalam jangka waktu pendek, atau bersifat mendadak. Adapun komplikasi akut diabetes terdiri dari terjadinya ketoasidosis diabetik, hipoglikemia, dan sindrom hyperosmolar diabetik (Helmawati, 2014).

b. Komplikasi Jangka Panjang (Kronik)

Penyakit diabetes mellitus yang tidak terkontrol dalam waktu lama akan menyebabkan komplikasi kronik, yaitu berupa kerusakan pada pembuluh darah dan saraf. Pembuluh darah yang dapat mengalami kerusakan dibagi menjadi dua jenis yakni pembuluh darah besar dan kecil (Helmawati, 2014).

Pembuluh darah besar meliputi pembuluh darah jantung (dapat menyebabkan komplikasi penyakit jantung koroner dan serangan jantung mendadak), pembuluh darah tepi (dapat menyebabkan komplikasi kaki diabetik), dan pembuluh darah otak (dapat menyebabkan komplikasi stroke) (Helmawati, 2014).

Komplikasi diabetes mellitus pada pembuluh darah kecil berupa kerusakan retina (retinopati diabetik) dan kerusakan ginjal (nefropati diabetik). Kerusakan saraf mengakibatkan gangguan-gangguan saraf yang disebut neuropati diabetik. Penyakit diabetes juga rentan terhadap infeksi seperti infeksi saluran kemih dan infeksi saluran pernafasan (Helmawati, 2014).

6. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes mellitus. Terdapat 4 pilar pengendalian diabetes mellitus, yakni (Sari, 2012) :

a. Edukasi

Melakukan pendidikan kesehatan menjadi kewajiban bagi seluruh tenaga medis untuk membuka mata dan pengetahuan masyarakat mengenai semua hal yang berkaitan dengan kesehatan. Hal yang berkaitan dengan diabetes mellitus, penderitanya atau diabetis harus mengetahui dan mengerti apa yang dimaksud dengan diabetes mellitus, apa penyebabnya, kemudian komplikasi seperti apa yang terjadi jika penderitanya bersikap acuh tak acuh dalam melakukan pengobatan. Pendidikan kesehatan bisa dilakukan lewat media apapun, secara langsung *face to face* dengan melakukan seminar atau penyuluhan, membagikan bulletin khusus kesehatan secara percuma atau jika diabetis memiliki

komunitas khusus bisa dengan cara mudah yakni *seluler to seluler* dari *handphone* sehingga berita kesehatan lebih cepat tersebar.

b. Pengaturan makan

Penderita diabetes mellitus memiliki kewajiban untuk mengontrol setiap asupan makanan yang akan dikonsumsi. Mengontrol disini bukanlah melarang tetapi harus lebih cermat dalam memilih setiap kandungan gizi yang terdapat dalam makanan agar pankreas yang mengalami gangguan tidak kesakitan untuk menghasilkan insulin. Apabila pankreas akan sulit membagi insulin untuk menyebarkan makanan ke dalam sel. Jumlah insulin yang dihasilkan sedikit sedangkan penderita memakan makanan yang memiliki kandungan gula tinggi.

Konsultasikan kepada dokter atau ahli kesehatan diabetes mellitus untuk menyusun pola diet. Diet untuk penderita diabetes mellitus bukan semata mogok makan dengan tidak memakan apapun tetapi diet yang penuh dengan nilai gizi. Jumlahnya seimbang untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, jenisnya sesuai dengan zat gizi yang harus diperoleh.

c. Olahraga

Olahraga merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes mellitus tipe 2 apabila tidak disertai

adanya nefropati. Kegiatan olahraga sehari-hari dalam latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu, jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut.

d. Obat

Pemberian obat dilakukan untuk mengatasi kekurangan produksi insulin serta menurunkan resistensi insulin. Obat-obatan disini dibagi menjadi dua, yakni oral dan injeksi/suntikan sesuai dengan tipe diabetes mellitus yang diderita.

Bagi penderita diabetes mellitus tipe 2 pertama obat yang digunakan untuk membantu produksi insulin yang kurang adalah obat yang dapat merangsang pankreas untuk meningkatkan produksi insulin. Kedua obat yang digunakan untuk memperbaiki hambatan terhadap kerja insulin atau resistensi insulin.

C. Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Tekanan darah adalah kekuatan darah menekan dinding pembuluh darah. Setiap kali berdetak (sekitar 60-70 kali per menit dalam keadaan istirahat), jantung akan memompa darah melewati pembuluh darah.

Tekanan darah terbesar terjadi ketika jantung memompa darah (dalam keadaan dilatasi), tekanan darah berkurang disebut tekanan darah diastolic (Sustrani, dkk, 2005).

Tekanan darah yaitu jumlah gaya yang diberikan oleh darah di bagian dalam arteri saat darah dipompa ke seluruh sistem peredaran darah. Tekanan darah tidak pernah konstan, tekanan darah dapat berubah drastis dalam hitungan detik, menyesuaikan diri dengan tuntutan pada saat itu (Casey, dkk, 2012).

Menurut pedoman *The Seventh Report of Joint National Committee* (JNC-7) tahun 2003, Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang adalah ≥ 140 mmHg (tekanan sistolik) dan atau ≥ 90 mmHg (tekanan diastolic) (Chobanian *et al*, 2003).

2. Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi adalah usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor risiko yang tidak dapat diubah atau dikontrol), kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan minum-minuman beralkohol, obesitas, kurang aktivitas fisik, stres, penggunaan estrogen (Kemenkes RI, 2013).

Beberapa studi menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki berat badan lebih atau obesitas dari 20% dan hiperkolesterol mempunyai risiko yang lebih besar terkena hipertensi. Pada umumnya penyebab obesitas atau berat badan berlebih dikarenakan pola hidup (*Life style*) yang tidak sehat (Rahajeng & Tuminah, 2009). Faktor yang berpengaruh

terhadap timbulnya hipertensi biasanya tidak berdiri sendiri, tetapi secara bersama-sama sesuai dengan teori mozaik pada hipertensi esensial. Teori esensial menjelaskan bahwa terjadinya hipertensi disebabkan oleh faktor yang saling mempengaruhi, dimana faktor yang berperan utama dalam patofisiologi adalah faktor genetik dan paling sedikit tiga faktor lingkungan yaitu asupan garam, stres, dan obesitas (Dwi & Prayitno 2013).

3. Komplikasi Hipertensi

- a. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terkena tekanan darah. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang dipendarahnya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (suatu dilatasi dinding arteri, akibat kongenital atau perkembangan yang lemah pada dinding pembuluh).
- b. Dapat terjadi infark miokardium apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut.
- c. Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan

terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema.

- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna. Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat (Elizabeth Corwin, 2001).

4. Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Depkes RI tahun 2006, tatalaksana pengendalian penyakit hipertensi dilakukan dengan pendekatan:

- a. Promosi kesehatan diharapkan dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri serta kondisi lingkungan sosial, diintervensi dengan kebijakan publik, serta dengan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup sehat dalam pengendalian hipertensi.
- b. Preventif dengan cara larangan merokok, peningkatan gizi seimbang dan aktifitas fisik untuk mencegah timbulnya faktor risiko menjadi lebih buruk dan menghindari terjadinya rekurensi (kambuh) faktor risiko.
- c. Kuratif dilakukan melalui pengobatan farmakologis dan tindakan yang diperlukan. Kematian mendadak yang menjadi kasus utama diharapkan berkurang dengan dilakukannya pengembangan manajemen kasus dan penanganan kegawatdaruratan disemua tingkat

pelayanan dengan melibatkan organisasi profesi, pengelola program dan pelaksana pelayanan yang dibutuhkan dalam pengendalian hipertensi.

- d. Rehabilitasi dilakukan agar penderita tidak jatuh pada keadaan yang lebih buruk dengan melakukan kontrol teratur dan fisioterapi. Komplikasi serangan hipertensi yang fatal dapat diturunkan dengan mengembangkan manajemen rehabilitasi kasus kronis dengan melibatkan unsur organisasi profesi, pengelola program dan pelaksana pelayanan di berbagai tingkatan (Depkes RI, 2006).

D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat, dan kewajaran mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu (Azwar, A., 2010).

Menurut pendapat Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (2010) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan

menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

2. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh (Azwar, 2010);
 - a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
 - b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
 - c. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.
3. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua jenis, yaitu (Azwar, 2010) :
 - a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kedokteran (*medical services*) bertujuan untuk menyembuhkan penyakit ataupun memulihkan kesehatan dimana yang menjadi sasaran utamanya adalah individu dan keluarga. Pelayanan kedokteran dapat dilaksanakan secara mandiri maupun bersama-sama dalam suatu organisasi.
 - b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta upaya pencegahan penyakit. Sasaran utamanya adalah kelompok dan

masyarakat biasanya pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Syarat-syarat pokok yang harus dimiliki oleh pelayanan kesehatan yang baik menurut Azwar (2010) adalah:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus tersedia, tidak sulit ditemukan dan sedia setiap saat masyarakat membutuhkannya. Prinsip ketersediaan dan berkesinambungan (*available and continuous*) adalah mutlak diperlukan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan dapat diterima (*acceptable*) dan sifatnya wajar (*appropriate*) sehingga tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat yaitu adat istiadat maupun kebudayaan setempat.

c. Mudah dicapai

Lokasi pelayanan kesehatan seharusnya mudah dicapai (*accessible*) sehingga dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik dan merata.

d. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan sebaiknya mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat terutama dari segi biayanya. Penting

mengupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Biaya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar ekonomi masyarakat tidak mampu memberikan pelayanan yang merata dan hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Bermutu

Mutu (*quality*) adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang mana pelayanan kesehatan diharapkan dapat memuaskan para pengguna jasa dan dari segi penyelenggaraannya harus sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

5. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi pelayanan kesehatan yang dianut oleh setiap Negara tidaklah sama, namun secara umum berbagai strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni (Azwar,2010) :

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

b. Pelayanan kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient service*) dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspesialis.

E. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas ialah unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka Puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 2010).

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 (Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014).

2. Asas Pengelolaan

Menurut (Azwar, 2010) sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja Puskesmas berpedoman pada empat asas pokok yakni:

a. Asas Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya. Adanya asas pertanggungjawaban wilayah maka program kerja puskesmas tidak dilaksanakan secara pasif, dalam arti hanya sekedar menanti kunjungan masyarakat ke Puskesmas, melainkan harus secara aktif yakni memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat. Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, maka banyak dilakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat.

b. Asas Peran Serta Masyarakat

Puskesmas harus melaksanakan asas peran serta masyarakat artinya berupaya melibatkan masyarakat dalam menyelenggarakan program kerjanya. Bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan banyak macamnya. Di Indonesia dikenal dengan nama Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU).

c. Asas Keterpaduan

Puskesmas harus melakukan asas keterpaduan artinya berupaya memadukan kegiatan tersebut bukan saja dengan program kesehatan lain (lintas program), tetapi juga dengan program dari sektor lain (lintas sektoral). Dilaksanakannya asas keterpaduan ini akan memperoleh banyak manfaat. Puskesmas dapat menghemat sumberdaya, sedangkan bagi masyarakat lebih mudah memperoleh pelayanan kesehatan.

d. Asas Rujukan

Puskesmas harus melaksanakan asas rujukan artinya jika tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan harus merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Pelayanan kedokteran jalur rujukannya adalah Rumah Sakit, sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat jalur rujukannya adalah berbagai kantor kesehatan.

F. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Faktor-faktor determinan/penentu dalam penggunaan pelayanan kesehatan didasarkan pada beberapa kategori antara lain, kependudukan, struktur sosial, psikologi sosial, sumber keluarga, sumber daya masyarakat, organisasi dan model-model system kesehatan. Anderson (1974) dalam (Notoatmodjo, 2012) menggambarkan model sistem kesehatan (*health model system*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan yakni karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2012).

1. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

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

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan usia.
- b. Struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras dan sebagainya.
- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

Selanjutnya Anderson percaya bahwa :

- 1) Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- 2) Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- 3) Individu percaya adanya kemandirian dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

2. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tetapi ia tidak menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar, yang termasuk karakteristik ini adalah (Jannah, 2017):

- a. Sumber keluarga (*family resources*), yaitu meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak-pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga.
- b. Sumber daya manusia (*community resource*), yang meliputi penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat.

3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan

sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan pendukung itu ada. Karakteristik kebutuhan itu sendiri dapat dibagi menjadi dua kategori yakni (Yuliaristy, 2018) :

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

Berdasarkan teori tersebut dapat dilihat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan teori Anderson (1974) model dalam Notoatmodjo (2012), variabel yang mempengaruhi pemanfaatan PROLANIS oleh penderita diabetes mellitus adalah :

- a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

- 1) Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2012) 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. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Tingkat pengetahuan

seseorang terhadap suatu objek memiliki intensitas yang berbeda-beda. Tingkat pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkat, yakni:

- a) Tahu (*know*)
- b) Memahami (*comprehension*)
- c) Aplikasi (*aplication*)
- d) Analisis (*analysis*)
- e) Sintesis (*Synthesis*)
- f) Evaluasi (*Evaluation*)

Menurut penelitian Yuliaristi (2018) tingkat pengetahuan yang baik lebih banyak memanfaatkan program pengelolaan penyakit kronis di wilayah kerja Puskesmas Mandala Medan. Pengetahuan penderita hipertensi dan diabetes mellitus akan manfaat program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan program pengelolaan penyakit kronis di wilayah kerja Puskesmas Mandala Medan. Sejalan dengan penelitian Tawakal (2015) "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Program pengelolaan penyakit kronis) di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Tangerang Tahun 2015" terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan peserta terhadap

penyakitnya dengan pemanfaatan program pengelolaan penyakit kronis.

2) Jenis Kelamin

Menurut Anderson dalam Notoadmodjo (2012) 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. Menurut penelitian Tawakkal (2015) jenis kelamin berhubungan dengan pemanfaatan PROLANIS. Hal ini mungkin dikarenakan kelompok perempuan memiliki tingkat *awareness* yang lebih tinggi terhadap penyakitnya sehingga perempuan akan langsung mendatangi tempat kegiatan PROLANIS untuk mencegah terjadinya keparahan penyakit (Yuliaristi, 2018).

3) Status Pekerjaan

Pekerjaan adalah aktivitas yang dilakukan sehari-hari. Pekerjaan memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusia. Pekerjaan membatasi kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu untuk menghindari masalah kesehatan (Notoadmojo, 2012). Seseorang yang berstatus sebagai pekerja, memiliki risiko terhadap kejadian hipertensi dan diabetes mellitus dikarenakan berbagai faktor

seperti tingkat stres yang tinggi ataupun pola makan yang tidak teratur dan kurang sehat juga kurangnya olahraga akibat padatnya aktifitas bekerja. Seseorang yang berstatus bekerja juga berpengaruh pada pemanfaatan PROLANIS dikarenakan padatnya aktifitas bekerja sehingga tidak memiliki waktu yang cukup untuk mengikuti program PROLANIS (Yuliaristi, 2018).

4) Tingkat Pendidikan

Menurut (Notoatmodjo, 2003) dalam (Tawal, 2015) pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Menurut (Rahmi, 2015) orang yang memiliki pendidikan tinggi akan cenderung memilih pelayanan kesehatan yang lebih tinggi karena mencerminkan status sosial seseorang dalam masyarakat sehingga akan berpengaruh pula pada gaya hidup dan pola perilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian (Rahmi, 2015) variabel pendidikan menunjukkan nilai $p=0,015$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan PROLANIS. Hasil penelitian (Tawakal, 2015) diperoleh $p= 1,000$ maka dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan pemanfaatan PROLANIS, hal ini

bisa terjadi karena kemungkinan responden yang berpendidikan tinggi masih bekerja sehingga tidak dapat mengikuti kegiatan.

5) Usia

Menurut (Yuliaristi, 2018) pada umumnya hipertensi dan diabetes mellitus berkembang pada saat usia seseorang mencapai paruh baya yakni cenderung meningkat khususnya pada usia 60 tahun ke atas. Menurut (Kuswadi, 1988) dalam (Rahmi, 2015) semakin lanjut usia seseorang maka akan semakin banyak masalah kesehatan yang akan dihadapi, usia lanjut lebih banyak menghuni rumah sakit dan menjadi mayoritas pengunjung di klinik-klinik kesehatan. Peserta dari kegiatan PROLANIS lebih banyak berusia lansia, BPJS Kesehatan juga mengakui bahwa kegiatan PROLANIS memang diperuntukkan bagi peserta yang memiliki lebih banyak waktu luang. Lansia memiliki lebih banyak waktu luang karena sudah pensiun dari pekerjaannya.

Kementerian kesehatan mengklasifikasikan Lansia menjadi empat klasifikasi (Kemenkes, 2010) sebagai berikut:

- a) Pralansia, seseorang yang berusia 45-59 tahun
- b) Lansia , seseorang yang berusia 60-69 tahun
- c) Lansia risiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan

d) Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa.

b. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

1) Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga, untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada masing-masing tatanan keluarga (Notoadmojo, 2010).

Menurut Rahmi (2015) dukungan dari keluarga dalam hal ini berupa saran atau anjuran untuk memanfaatkan PROLANIS. Dukungan keluarga juga dibuktikan dengan kesediaan anggota keluarga untuk menemani dan mengantar responden ke tempat pelaksanaan PROLANIS. Anggota keluarga juga dianggap memiliki pengaruh kepada perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena perilaku seseorang juga dapat dipengaruhi dari lingkungan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian Yuliaristi (2018) menunjukkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap variabel *dependent* yaitu variabel dukungan keluarga terhadap pemanfaatan program pengelolaan penyakit kronis. Hasil

penelitian Tawakal (2015) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan program pengelolaan penyakit kronis.

2) Peran Petugas Kesehatan

Menurut UU RI No. 36 tahun 2014 tenaga kesehatan, petugas kesehatan sebaiknya memberikan motivasi berupa pemberian informasi penting terkait penyakit kronis begitu juga bagaimana komplikasi yang akan terjadi jika tidak dilakukan pencegahan, agar penyandang penyakit kronis khususnya penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi mau mengikuti kegiatan program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) (Yuliaristi, 2018).

Peran petugas kesehatan berupa ada atau tidaknya anjuran/saran dari petugas kesehatan kepada responden untuk mengikuti atau memanfaatkan PROLANIS (Tawakal, 2015). Berdasarkan penelitian Yuliaristi (2018) terdapat hubungan yang signifikan antara peran petugas terhadap pemanfaatan program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS).

c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

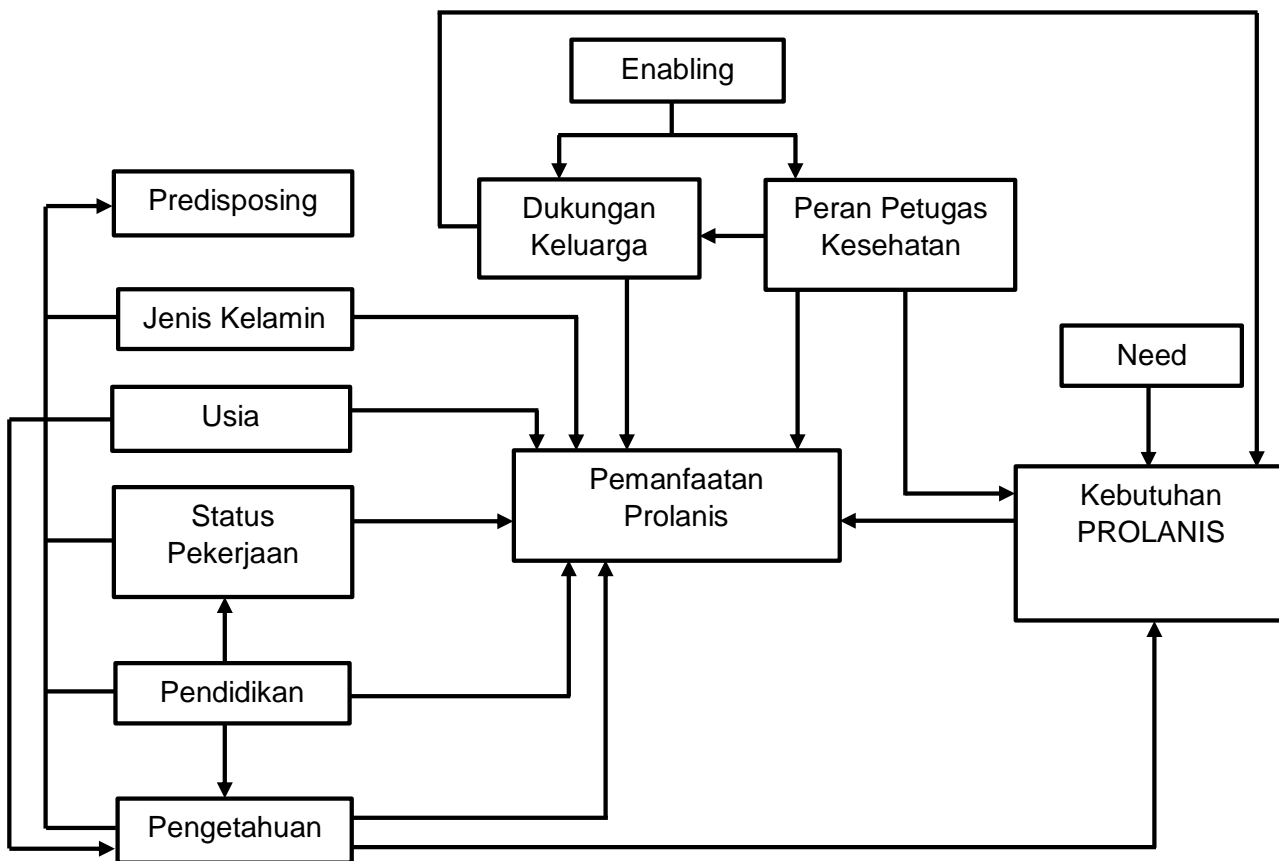
1) Kebutuhan PROLANIS

Anderson dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa jumlah menggunakan pelayanan kesehatan oleh suatu keluarga merupakan karakteristik disposisi, kemampuan serta kebutuhan

keluarga itu atas pelayanan medis, semua komponen tersebut dianggap mempunyai peranan tersendiri dalam memahami perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sedangkan kebutuhan merupakan faktor yang lebih penting dibandingkan faktor predisposisi dan kemampuan (Yuliaristi, 2018).

Apabila penderita penyakit kronis seperti diabetes mellitus dan hipertensi berpersepsi bahwa mereka membutuhkan pelayanan program pengelolaan penyakit kronis maka kemungkinan besar pemanfaatan PROLANIS dapat meningkat. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan tergolong dalam kebutuhan primer, karena kesehatan merupakan kunci utama dalam menjalani hidup. Apabila badan dan pikiran sehat maka apapun aktifitas yang akan dilaksanakan akan berjalan lancar (Yuliaristi, 2018).

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Anderson (1960) dalam Widiarti,dkk (2016)