



**KAJIAN PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS SILO 1 DAN
PUSKESMAS KENCONG TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh :

**Fatimatuz Zahro
NIM 142110101097**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2019



**KAJIAN PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS SILO 1 DAN
PUSKESMAS KENCONG TAHUN 2017**

SKRIPSI

(Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat)

Oleh :

**Fatimatuz Zahro
NIM 142110101097**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2019

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Alm. Bapak Madzkur dan Ibu Maslichah yang selalu memberikan doa, dukungan serta kasih sayang yang luar biasa dan tiada batas sehingga saya bisa menjalani kehidupan ini dengan baik
2. Saudara-saudara saya, Imam Jazuli, Zahara Meilawaty, Miftahur Rohmah, Aries Muhibulloh, Bahrur Ridhon, Misbahul Munir, Novita Eka Jalasetiya terima kasih atas dukungan moril dan materil selama ini
3. Bapak dan ibu guru RA, MI, SMP, dan SMA hingga dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya
4. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

MOTTO

“.....Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.”¹

(Terjemahan QS: Al-Mujadilah ayat 11)



¹ Kementerian Agama Republik Indonesia. 2012. *Al-Qur'an Cordoba Spesial for Muslimah*. Bandung : PT Cordoba Internasional Indonesia

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fatimatuz Zahro

NIM : 142110101097

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Kajian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Tahun 2017* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,

Fatimatuz Zahro

NIM. 142110101097

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**KAJIAN PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS SILO 1 DAN
PUSKESMAS KENCONG TAHUN 2017**

Oleh

Fatimatuz Zahro
NIM 142110101097

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM.,M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 17 Januari 2018

Tempat : Ruang Sidang 1

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM.,M.Kes (.....)
NIP. 1978101620090122001
2. DPA : Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes (.....)
NIP. 198204162010122003

Penguji

1. Ketua : Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes (.....)
NIP. 198207232010121003
2. Sekretaris : dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc (.....)
NIP. 198110152006042002
3. Anggota : Dyah Kusworini I., S.KM.,M.Si (.....)
NIP. 196809291992032014

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 19800516 200312 200 2

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Kajian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Tahun 2017*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing anggota dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

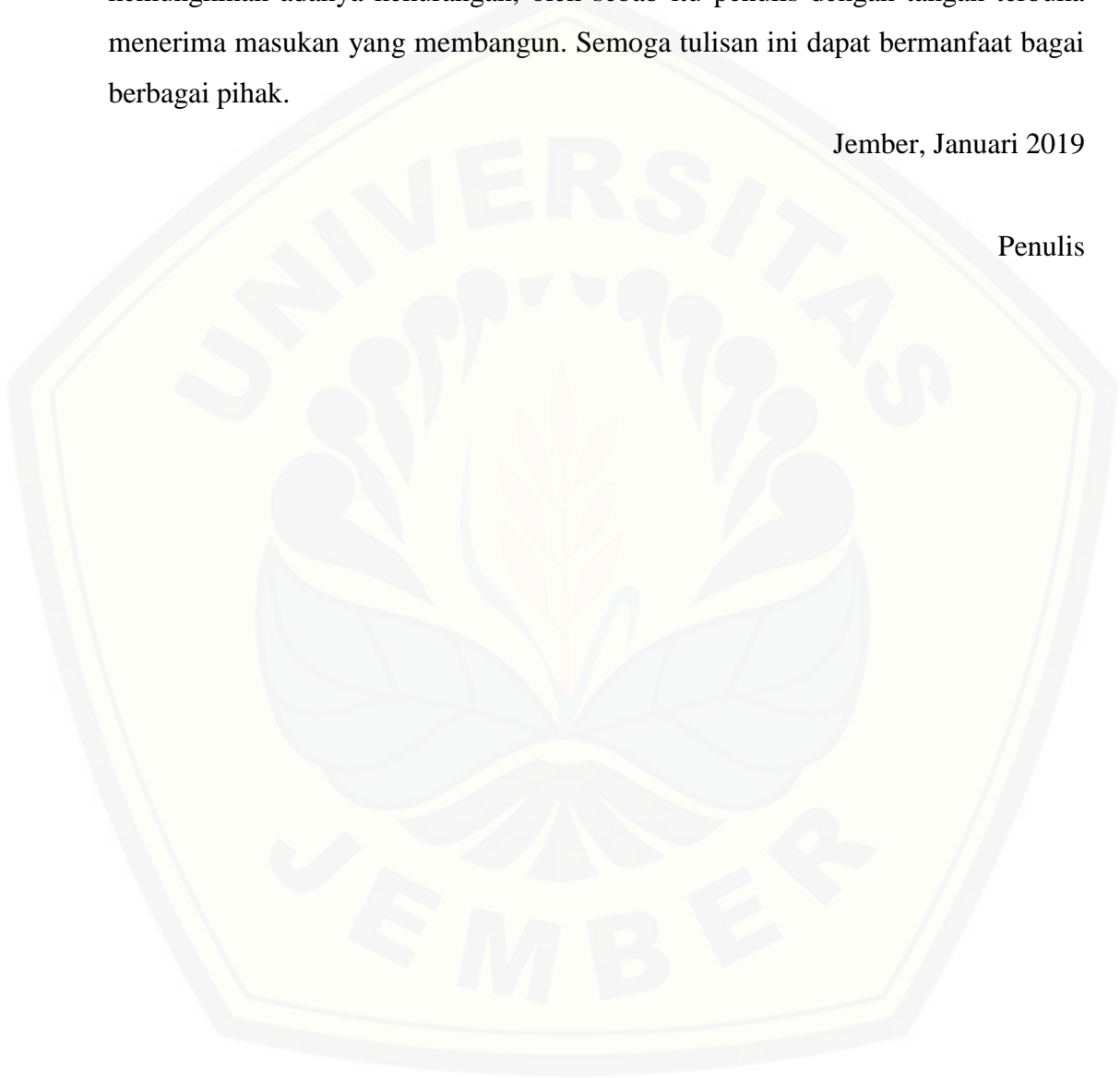
1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes selaku ketua penguji, Ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc selaku sekretaris penguji, dan Ibu Dyah Kusworini Indriaswati, S.KM.,M.Si selaku anggota penguji. Terimakasih banyak atas saran, koreksi dan membantu memperbaiki skripsi ini.
3. Segenap dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dengan tulus dan ikhlas.
4. Kepala Puskesmas Silo I dr. Nur Rakhmad Ahadi dan perawat Ibu Dina Ambarwati, A.md Kep yang telah memberikan ijin dan membantu dalam proses penelitian kepada peneliti.
5. Kepala Puskesmas Kencong dr. Agustina Yuniarti Rahayu dan perawat Ibu Riandita Puji Novianti, A.md Kep yang telah memberikan ijin dan membantu dalam proses penelitian kepada peneliti.

6. Semua pihak yang telah membantu, terimakasih atas kerjasama yang baik, hanya Allah yang bisa membalas dengan memberikan kebaikan dan pahala berlipat.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh sebab itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Jember, Januari 2019

Penulis



RINGKASAN

Kajian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Kabupaten Jember Tahun 2017; Fatimatuz Zahro; 2018; 68 halaman, Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Kementerian Kesehatan telah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Berdasarkan Indikator Prioritas Standar Pelayanan Minimal Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2017, target capaian seluruh indikator SPM yaitu 100%. Sedangkan pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus merupakan indikator dengan capaian terendah yaitu rerata kabupaten sebesar 15,33%, angka tersebut menjadikan Kabupaten Jember menjadi peringkat 4 terbawah pada capaian indikator SPM Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus di Provinsi Jawa Timur. Capaian SPM pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus di setiap puskesmas di Kabupaten Jember sangat beragam. Capaian Puskesmas Silo I yaitu 4,4% dan merupakan capaian terendah sedangkan Puskesmas Kencong mempunyai capaian cakupan tertinggi kedua yaitu 49,18%. Meskipun sudah termasuk mempunyai cakupan tinggi, hal tersebut belum mencapai target yang ditetapkan Pemerintah Kabupaten Jember yaitu capaian SPM pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus adalah 100%.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji Standar Pelayanan Minimal penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong menggunakan teori sistem yang dilihat dari input, proses, dan output. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Dilakukan di Puskesmas Silo I, Puskesmas Kencong, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Dalam penelitian ini variabel yang diteliti yaitu input terdiri dari *man, money, material, machine, method*, dan

market. Proses terdiri dari pelaksanaan (pendataan penderita DM, skrining faktor risiko DM, penatalaksanaan DM, melakukan rujukan ke FKRTL, pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang DM bagi tenaga kesehatan, penyediaan peralatan kesehatan DM, penyediaan obat DM, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi). Output yaitu capaian dari SPM penderita Diabetes Melitus.

Dari hasil penelitian ini diketahui input meliputi *man, money, method, material, machine, method, dan market*. Tenaga gizi belum dalam dilibatkan pelayanan penderita DM karena kurangnya koordinasi antar program di puskesmas. Adanya keterlambatan dalam pengurusan dokumen pertanggungjawaban. Penggunaan media leaflet dinilai belum efektif dan belum sesuai dengan kebudayaan masyarakat setempat. Pencapaian sasaran SPM yang belum maksimal karena belum adanya integrasi di Puskesmas dalam mencapai target SPM. Dilihat dari proses yaitu dalam melakukan rujukan ke FKRTL mengalami hambatan yaitu beberapa pasien tidak mengikuti sistem rujukan berjenjang karena kendala teknis penderita DM. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang DM belum dilakukan, pelatihan surveilans DM berbasis web hanya berupa pertemuan. Hal tersebut dikarenakan belum adanya prioritas dari Dinkes untuk mengadakan pelatihan. Penyediaan peralatan kesehatan DM yaitu stik untuk pemeriksaan kadar gula darah mengalami keterlambatan dan terjadi kekosongan stok di puskesmas, termasuk pemeriksaan HbA1C belum dilaksanakan. Pencatatan dan pelaporan belum optimal karena kurangnya keaktifan petugas. Output yaitu Capaian SPM Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong belum tercapai karena target terlalu tinggi.

Saran dari peneliti terhadap hasil dari penelitian adalah pemenuhan persediaan stik untuk pemeriksaan kadar gula darah, mempertimbangkan adanya pelatihan untuk puskesmas, serta melakukan pendampingan secara rutin di puskesmas dan menerapkan konsep *reward* dan *punishment* untuk puskesmas dalam pencapaian sasaran SPM. mempertimbangkan keterlibatan tenaga gizi dalam pelayanan penderita DM. Penggunaan media promosi kesehatan disesuaikan dengan karakteristik masyarakat. Melakukan koordinasi dan kerjasama lintas program dalam pencapaian sasaran SPM penderita DM. Petugas

kesehatan dan kader kesehatan memantau penderita DM dalam pelaksanaan rujukan. Melakukan perencanaan kebutuhan stik untuk setiap tahunnya serta dapat melakukan pengadaan melalui dana JKN. Meningkatkan keaktifan petugas kesehatan dalam hal pengurusan SPJ serta pencatatan dan pelaporan.



SUMMARY

Study of Minimum Service Standards Implementation for Patients with Diabetes Mellitus in Silo I Primary Health Care and Kencong Primary Health Care 2017; Fatimatuz Zahro; 2018; 68 pages, Health Administration and Policy Departement, Faculty of Public Health, University of Jember.

Minimum Service Standards is a provision regarding the type and quality of basic services which are mandatory government affairs that are entitled to be obtained by every citizen at a minimum. The Ministry of Health has stipulated the Minister of Health Regulation Number 43 of 2016 concerning Minimum Service Standards in the Field of Health. Based on the Priority Indicators for the Minimum Service Standards of the Jember District Health Office in 2017, the target of all SPM indicators is 100%. While the health services of people with Diabetes Mellitus are the lowest achievement indicators, namely the district average of 15.33%, this figure makes Jember Regency the 4th lowest rank in the achievement of the SPM indicator of Health Services for People with Diabetes Mellitus in East Java Province. The achievement of SPM in health services for patients with Diabetes Mellitus in each puskesmas in Jember Regency is very diverse. The achievement of Silo I Community Health Center was 4.4% and was the lowest achievement while Kencong Health Center had the second highest coverage of 49.18%. Although including having high coverage, this has not yet reached the target set by the Jember Regency Government, namely the achievement of SPM in health services for patients with Diabetes Mellitus is 100%.

This study aims to describe the Minimum Service Standards of patients with Diabetes Mellitus in the Silo I Primary Health Care and Kencong Primary Health Care using system theory seen from input, process, and output. This was a qualitative method. Performed at Silo I Primary Health Care, Kencong Primary Health Care, and Jember District Health Office. In this study the variables studied were input consisting of *man, money, material, machine, method, and market*. The

process consists of implementation (data collection of DM patients, screening of DM risk factors, management of DM, conducting referrals to FKRTL, technical training in health services about DM for health workers, provision of DM health equipment, provision of DM drugs, recording and reporting, monitoring and evaluation. Output namely the achievement of SPM patients with diabetes mellitus.

The results showed that nutritionist has not been involved in the ministry of DM patients. There was experiencing bottlenecks in the processing of documents accountability. Media usage leaflet is not in accordance with the local culture. The achievement of SPM is not maximized. Judging from the process is doing reference to FKRTL experiencing barriers that some patients do not follow the reference system well. Technical training on health services about DM has not been conducted, web-based DM surveillance training is only a meeting. Provision of DM health equipment, such as sticks, has been delayed and there has been a stock void at the puskesmas, including HbA1C examinations that have not been implemented. Recording and reporting is not optimal because of the lack of active staff. The output, which is the achievement of SPM in DM patients, has not yet been achieved because the target is too high.

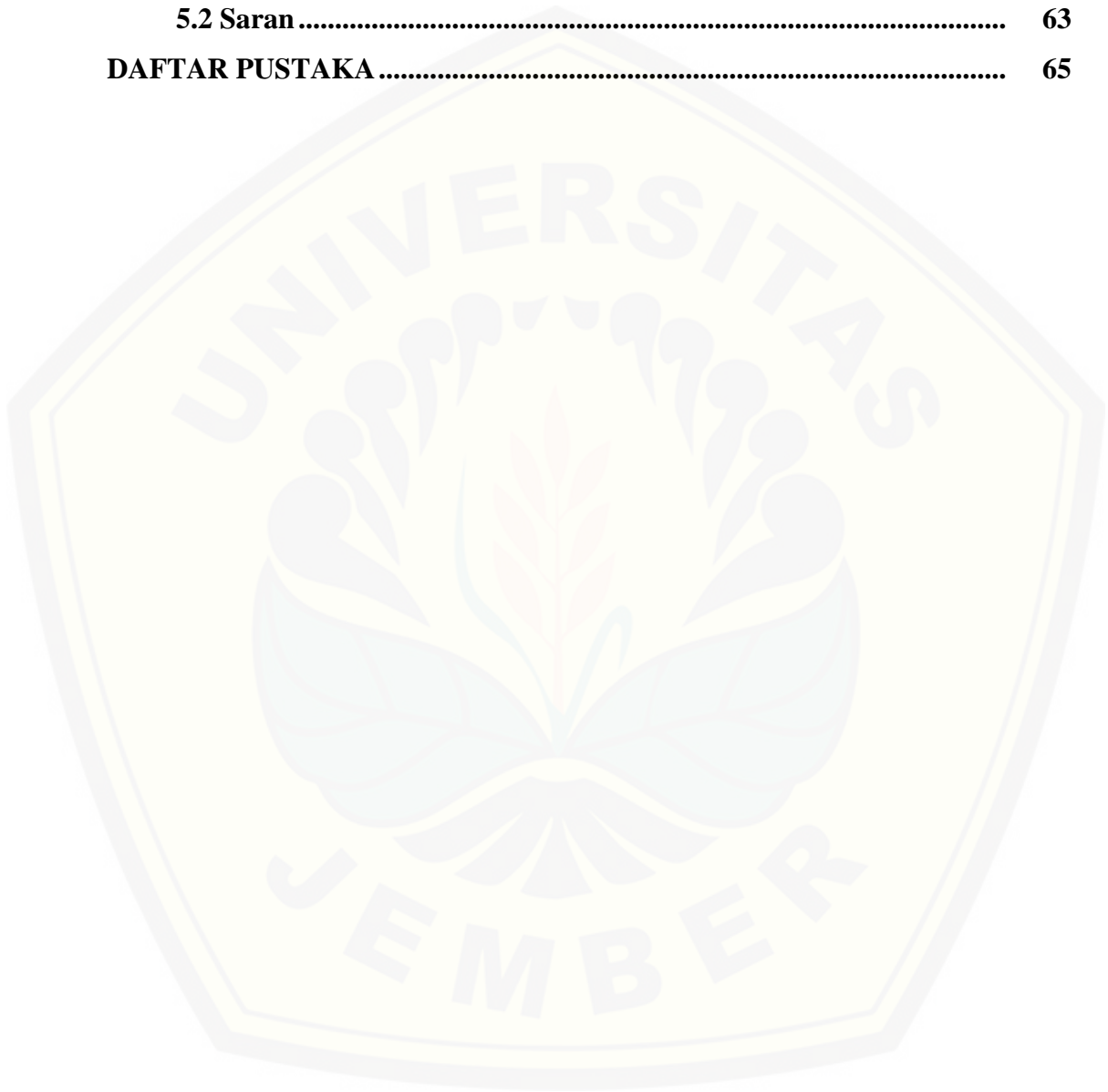
Suggestions that can be given is fulfillment of stick supplies for examination of blood sugar levels. Providing regular assistance at the puskesmas and applying the concept of reward and punishment for puskesmas in achieving the SPM goals. Consider the involvement of nutrition workers in the service of DM patients. The use of health promotion media is according to the characteristics of the community. Collaborate across programs in achieving the SPM targets of DM patients. Health workers and cadres monitor the implementation of referrals for patient with DM. Increasing the activeness of health workers in recording and reporting as well as an active role in procuring sticks through JKN funds.

DAFTAR ISI

	Halaman
SKRIPSI	i
SKRIPSI	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	7
2.2 Pelayanan Kesehatan	8
2.2.1 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	10

2.2.2 Kualitas Jasa Pelayanan Kesehatan.....	11
2.3 Pelayanan Kesehatan Diabetes Mellitus.....	11
2.3.1 Pengertian.....	11
2.3.2 Definisi Operasional Capaian Kinerja	12
2.3.3 Rumus Perhitungan Kinerja	12
2.3.4 Langkah- Langkah Kegiatan	13
2.4 Pendekatan Sistem Implementasi Pelayanan Kesehatan <i>Diabetes Melitus</i>	16
2.4.1 Input	18
2.4.2 Proses	21
2.4.3 Output.....	22
2.5 Kerangka Teori.....	23
2.6 Kerangka Konsep	24
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.3 Penentuan Informan	26
3.4 Fokus Penelitian	27
3.5 Data dan Sumber Data.....	29
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian	30
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	30
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	31
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	32
3.7.1 Teknik Penyajian Data	32
3.7.2 Teknik Analisis Data.....	33
3.8 Alur Penelitian.....	35
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
4.1 Hasil Pengerjaan Lapangan	36
4.1.1 Karakteristik Informan Penelitian	36
4.2 Hasil dan Pembahasan	37
4.2.1 Input	37

4.2.2 Proses	48
4.2.3 Output.....	61
BAB 5. KESIMPULAN	63
5.1 Kesimpulan	63
5.2 Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	65



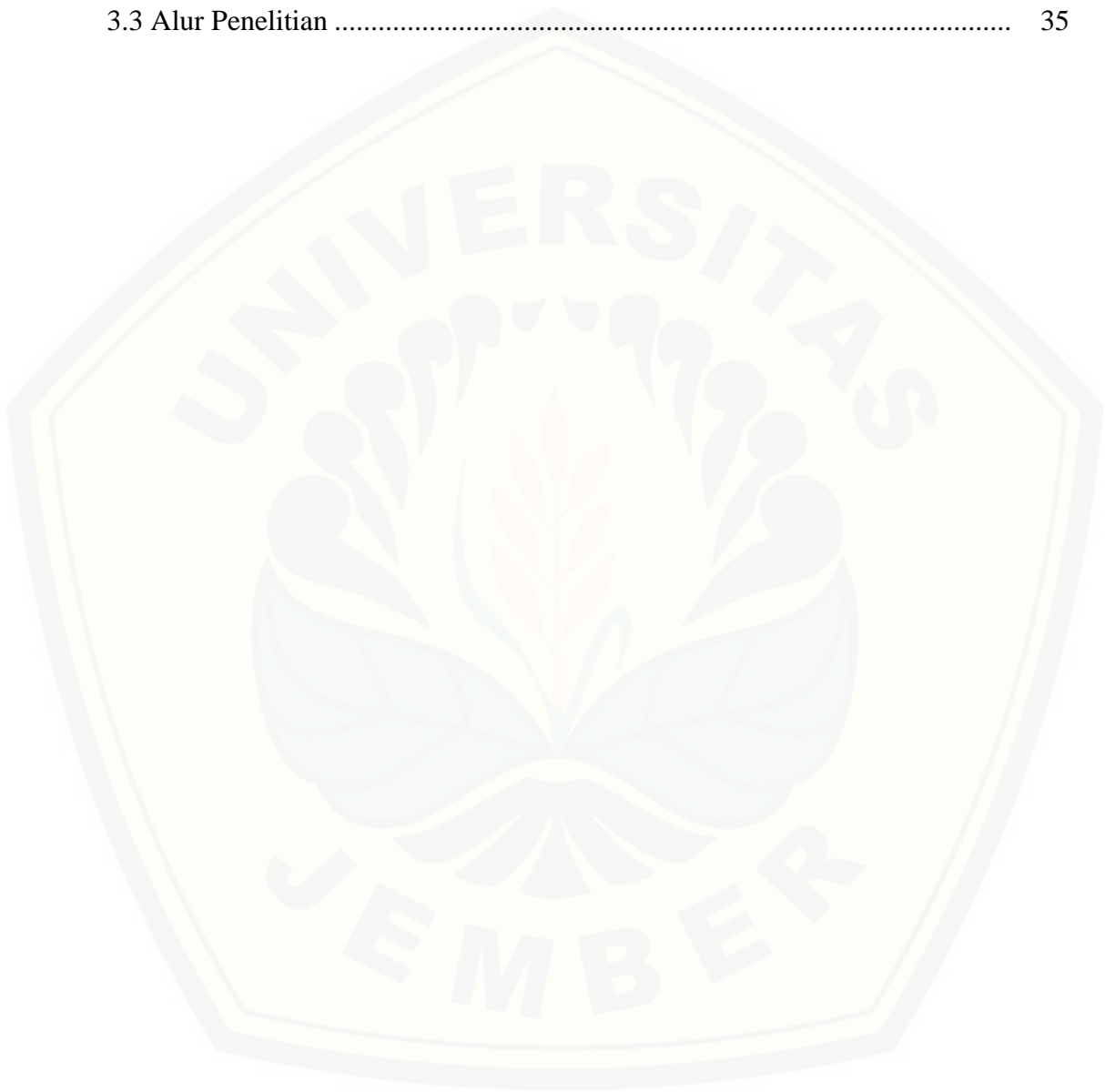
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian	27
Tabel 4.2 Capaian SPM DM Puskesmas Silo I.....	61
Tabel 4.3 Capaian SPM DM Puskesmas Kencong	62



DAFTAR GAMBAR

2.1 Kerangka Teori.....	23
2.2 Kerangka Konsep.....	24
3.3 Alur Penelitian	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. <i>Informed Consent</i>	70
Lampiran B. Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci	71
Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama	75
Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan	79
Lampiran E. Rangkuman Hasil Wawancara	80
Lampiran F. Gambaran Lokasi Penelitian	90
Lampiran G. Surat Izin Penelitian.....	93
Lampiran H. Dokumentasi	94

DAFTAR SINGKATAN

APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
DM	: Diabetes Melitus
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HBA1c	: Hemoglobin A1c
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KMS	: Kartu Menuju Sehat
Posbindu	: Pos Pembinaan Terpadu
Persadia	: Persatuan Diabetes Indonesia
PTM	: Penyakit Tidak Menular
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIP	: Sistem Informasi Puskesmas
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPj	: Surat Pertanggungjawaban
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas
TB	: Tuberkulosis
UKS	: Upaya Kesehatan Sekolah
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia
YKI	: Yayasan Kanker Indonesia
YJI	: Yayasan Jantung Indonesia

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan Pelayanan kesehatan merupakan setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kegiatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan baik di perkotaan maupun pedesaan membutuhkan intervensi dari pemerintah. Pemerintah harus menetapkan standar yang jelas dan terukur sehingga mudah diimplementasikan di setiap daerah. Untuk menghindari ketimpangan dalam pelaksanaannya, maka harus ada standar minimal yang dapat diberlakukan untuk semua daerah. Selain itu karena kondisi kemampuan sumber daya pemerintah daerah di seluruh Indonesia tidak sama dalam pelayanan di bidang kesehatan maka pelaksanaannya diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk memastikan ketersediaan layanan bagi seluruh warga negara (Rifai, 2016:26).

SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Kementerian Kesehatan telah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. SPM dengan konsep baru ini mengalami perubahan yang cukup mendasar dari konsep SPM sebelumnya. Dalam peraturan ini terlihat perbedaan dalam susunan dan variasi Jenis Layanan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Pada peraturan sebelumnya, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota memuat tentang Standar Pelayanan Minimal yang mengacu pada jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahun 2010 – tahun 2015 yang menekankan dalam 4 (empat) kelompok besar jenis layanan

yaitu Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Kesehatan Rujukan, Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa/KLB, dan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan. Sedangkan dalam peraturan tahun 2016, jenis layanan kesehatan ini terbagi secara lebih rinci ke dalam 12 (dua belas) jenis layanan kesehatan dasar, termasuk di dalamnya memuat tentang kesehatan ibu dan anak, kesehatan saat usia produktif, kesehatan saat usia lanjut, penderita DM, hipertensi, TB, dan orang dengan risiko HIV. Perubahan ini tentunya diikuti dengan adanya indikator, langkah kegiatan, variabel, dan unsur-unsur lainnya yang mengalami penyesuaian di peraturan tahun 2016 ini. Selain itu, pada SPM yang lalu yaitu pencapaian target-target SPM lebih merupakan kinerja program kesehatan maka pada SPM baru pencapaian target-target tersebut lebih diarahkan kepada kinerja pemerintah daerah. Perubahan tersebut memiliki konsekuensi *reward* dan *punishment* bagi Pemerintah Daerah (Pemda) sehingga pemda diharapkan untuk memastikan tersedianya sumber daya (sarana, prasarana, alat, tenaga dan uang/biaya) yang cukup agar proses penerapan SPM berjalan adekuat (Kemenkes RI, 2017:11).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal bahwa pada 1 Januari 2019, SPM harus dilaksanakan di seluruh wilayah di Indonesia. Dibutuhkan kesiapan dari berbagai pihak meliputi Dinas Kesehatan sebagai penanggungjawab urusan pemerintah bidang kesehatan dan puskesmas sebagai pelaksana implementasi peraturan tersebut. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM (Tumuwe, 2014:2).

Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional, puskesmas merupakan ujung tombak dalam pemberian pelayanan kesehatan. Puskesmas dituntut untuk selalu meningkatkan keprofesionalan dari para pegawainya, serta meningkatkan fasilitas atau sarana kesehatannya untuk memberikan kepuasan kepada masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan. Semakin ketatnya persaingan pelanggan yang semakin selektif dalam memilih Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama mengharuskan puskesmas selaku salah satu penyedia jasa layanan kesehatan tingkat pertama, untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan

(Fahrurrozi, 2015:2). Menurut Khozin (2010:60), Standar Pelayanan Minimal dapat meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kepada masyarakat. SPM merupakan alat untuk menggiring kinerja pelayanan agar pelayanan bisa menjadi lebih baik. Dengan adanya SPM bisa memotivasi bagi puskesmas itu sendiri untuk mencapai target yang ditetapkan.

Menurut data capaian SPM bidang kesehatan Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Jember merupakan salah satu dari kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah sasaran SPM bidang kesehatan cukup besar yaitu 1.771.360 jiwa. Berdasarkan Indikator Prioritas Standar Pelayanan Minimal Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2017, target capaian seluruh indikator SPM yaitu 100%. Namun pencapaian indikator SPM di Kabupaten Jember sangat variatif di tahun 2017. Pelayanan Penyakit Tidak Menular yang terdapat pada indikator SPM yaitu hipertensi dengan angka capaian sebesar 16,94%. Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus merupakan indikator dengan capaian terendah yaitu rerata kabupaten sebesar 15,33%, angka tersebut menjadikan Kabupaten Jember menjadi peringkat 4 terbawah pada capaian indikator SPM Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus di Provinsi Jawa Timur.

Diabetes Melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit metabolisme yang berupa suatu kumpulan gejala yang timbul pada individu yang disebabkan oleh gangguan metabolisme glukosa akibat kurangnya insulin baik secara absolut maupun relatif. DM adalah penyakit kelainan metabolik yang dikarakteristikan dengan hiperglikemia kronis serta kelainan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya. DM merupakan suatu penyakit kronik yang kompleks dan membutuhkan pengobatan yang terkontrol untuk mencapai kadar gula darah yang stabil (Faridah, 2016:123).

DM merupakan salah satu keadaan darurat kesehatan global terbesar pada abad ke-21. Jumlah penderita diabetes di dunia adalah sebanyak 415 juta jiwa dan diperkirakan akan terjadi peningkatan sebanyak 642 juta jiwa pada tahun 2040. Asia tenggara menduduki peringkat kedua dunia setelah Pasifik Barat dengan jumlah penderita sebanyak 78,3 juta jiwa pada tahun 2015 dan diperkirakan akan

mengalami peningkatan sebanyak 140,2 juta pada tahun 2040. Indonesia termasuk dalam sepuluh besar negara dengan pasien diabetes terbanyak dengan jumlah 10 juta jiwa. Pada tahun 2015 Indonesia menempati urutan ketujuh dalam prevalensi terbesar di dunia karena diabetes dan pada tahun 2040 diperkirakan jumlah penderita diabetes mencapai 16,2 juta (International Diabetes Federation, 2015:17). Diabetes dengan komplikasi merupakan penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia setelah stroke dan penyakit jantung koroner. Prevalensi orang dengan diabetes di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat yaitu 5,7% pada tahun 2007 menjadi 6,9% pada tahun 2013 (WHO, 2016:2). Hasil Riskesdas tahun 2013 menyatakan bahwa di Jawa Timur, prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter yaitu 2,1 % sedangkan prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter atau gejala yaitu 2,5%. Di Kabupaten Jember jumlah penderita DM yaitu 10.330 jiwa.

Pelayanan Penderita DM merupakan indikator yang baru ada pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan pelaksanaannya mulai dilakukan di tahun 2017. Capaian SPM pelayanan kesehatan penderita DM di setiap puskesmas di Kabupaten Jember sangat beragam. Capaian Puskesmas Silo I yaitu 4,4% dan merupakan capaian terendah sedangkan Puskesmas Kencong mempunyai capaian cakupan tertinggi kedua yaitu 49,18%. Meskipun sudah termasuk mempunyai cakupan tinggi, hal tersebut belum mencapai target yang ditetapkan Pemerintah Kabupaten Jember yaitu capaian SPM pelayanan kesehatan penderita DM adalah 100%.

Berdasarkan permasalahan yang telah dijabarkan di atas maka perlu dilakukan suatu penelitian terkait pelaksanaan SPM penderita DM di Kabupaten Jember. Permasalahan tersebut diteliti dengan pendekatan sistem, pendekatan sistem dapat menilai dengan baik tahapan dari suatu pelayanan kesehatan yaitu dari input, proses dan output. Pendekatan sistem digunakan sebagai indikator dalam menilai keberhasilan suatu kegiatan (Azwar, 2010). Memperhatikan uraian diatas peneliti mengkaji SPM penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong pada tahun 2017.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan permasalahan penelitian ini yaitu “Bagaimana Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong tahun 2017 ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengkaji pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji input (*man, money, material, machine, method, dan market*) terkait pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal penderita Diabetes Melitus
- b. Mengkaji proses berupa pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal penderita Diabetes Melitus
- c. Menggambarkan output terkait pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal penderita Diabetes Melitus

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong sehingga dapat bermanfaat untuk referensi ilmu kesehatan masyarakat khususnya di bidang pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Manfaat yang dapat diberikan dari penelitian ini adalah mengembangkan kemampuan penelitian, penyusunan karya ilmiah dan menerapkan teori dan ilmu yang telah didapatkan di perkuliahan.

b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- 1) Sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi terhadap pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan
- 2) Sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan mengenai pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Menambah referensi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan informasi ilmiah di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan mengenai pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban menjamin agar setiap warga negara dapat menggunakan haknya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa hambatan atau halangan dari pihak manapun. SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan oleh Pemda untuk rakyatnya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya (Kemenkes RI, 2016:11). SPM merupakan salah satu program strategis nasional. Pada Pasal 68 UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa Kepala Daerah yang tidak melaksanakan program strategis nasional akan dikenai sanksi yaitu sanksi administratif, diberhentikan selama 3 bulan sampai dengan diberhentikan sebagai kepala daerah.

SPM sekurangnya mempunyai dua fungsi yaitu memfasilitasi Pemda untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan sebagai instrumen bagi masyarakat dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah di bidang pelayanan publik bidang kesehatan. SPM juga akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based Budgeting*. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemda untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintah wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal menyatakan bahwa materi muatan SPM mencakup jenis pelayanan dasar, mutu pelayanan dasar, dan penerima pelayanan dasar. Jenis pelayanan dasar pada SPM kesehatan Daerah kabupaten/kota terdiri atas: 1) Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar pelayanan antenatal; 2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin; 3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir; 4) Pelayanan Kesehatan Balita; 5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar; 6)

Pelayanan kesehatan pada usia produktif; 7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut; 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensi; 9) Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus; 10) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat; 11) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Tuberkulosis (TB); dan 12) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV. Mutu pelayanan dasar ditetapkan dalam standar teknis yang memuat standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar. Selanjutnya penerima pelayanan dasar disesuaikan dengan setiap jenis pelayanan kesehatan

2.2 Pelayanan Kesehatan

Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009:2) 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 perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Menurut Djojosingitjo dalam (Khumaidi, 2017:12), tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan yang memuaskan harapan dan kebutuhan masyarakat (*consumer satisfaction*), melalui pelayanan yang efektif oleh pemberi pelayanan (*provider satisfaction*), pada institusi pelayanan yang diselenggarakan secara efisien (*institutional satisfaction*). Interaksi ketiga pilar utama pelayanan kesehatan yang serasi, selaras, dan seimbang merupakan panduan dari kepuasan tiga pihak dan ini merupakan pelayanan kesehatan yang memuaskan (*satisfactory healthy care*).

Berdasarkan pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu :

a. Pelayanan kesehatan perseorangan

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*) dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan kesehatan perseorangan tersebut

dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Ada 4 jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat yaitu preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan

b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit

c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin

d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

2.2.1 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (2010:48), suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini puskesmas. Adapun syarat-syarat pokok yang harus dimiliki oleh pelayanan kesehatan yang baik yaitu :

a. Ketersediaan dan Kestinambungan pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada setiap saat dibutuhkan.

b. Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

c. Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas dapat menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas tersebut akan banyak dipergunakan.

d. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta

keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2.2.2 Kualitas Jasa Pelayanan Kesehatan

Parasuraman *et al.* dalam (Muninjaya, 2014:10) menjelaskan bahwa terdapat lima aspek dimensi kualitas jasa pelayanan. Kelima komponen mutu dikenal dengan *ServQual*. Kelima dimensi mutu tersebut adalah :

- a. *Tangible* (bukti langsung), yaitu meliputi fasilitas fisik, pegawai, dan sarana komunikasi. Mutu jasa pelayanan dapat dirasakan langsung dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai.
- b. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan.
- c. *Responsiveness* (daya tangkap), yaitu kemampuan petugas menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan.
- d. *Assurance* (jaminan), yaitu berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya pelanggan.
- e. *Empathy*, yaitu terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi.

2.3 Pelayanan Kesehatan Diabetes Mellitus

2.3.1 Pengertian

Sasaran indikator ini adalah penyandang DM di wilayah kerja kabupaten/kota. Penduduk yang ditemukan menderita DM atau penyandang DM memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar dan upaya promotif dan preventif di FKTP. Penduduk yang ditemukan menderita DM atau penyandang DM dengan komplikasi perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan untuk penanganan selanjutnya. Pelayanan kesehatan penyandang DM diberikan oleh Dokter/DLP, perawat, nutrisisionis/tenaga gizi. Pelayanan kesehatan diberikan kepada

penyandang DM di FKTP sesuai standar meliputi 4 pilar penatalaksanaan yaitu edukasi, aktifitas fisik, terapi nutrisi medis, dan intervensi farmakologis. Setiap penyandang DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar termasuk pemeriksaan HbA1C.

2.3.2 Definisi Operasional Capaian Kinerja

Capaian kinerja pemerintah kabupaten/kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penyandang DM dinilai dari persentase penyandang DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pemerintah kabupaten/kota secara bertahap harus membuat rencana aksi untuk bisa menjangkau seluruh penyandang DM di wilayahnya dan mengupayakan agar semua penyandang DM tersebut memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan sesuai standar. Secara nasional saat ini baru 30 persen penyandang DM yang terdiagnosis dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

2.3.3 Rumus Perhitungan Kinerja

$$\text{Persentase penyandang DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar} = \frac{\text{Jumlah penyandang DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penyandang DM berdasarkan angka prevalensi DM nasional di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun pada tahun yang sama}} \times 100\%$$

Contoh perhitungan

Kota "I" mempunyai jumlah penduduk sebesar 10.000 jiwa. Berdasarkan prevalensi DM nasional sebesar 6,9% maka estimasi jumlah penyandang DM di kota tersebut adalah sebesar 690 orang. Dari laporan yang ada kasus yang sudah ditangani di FKTP sesuai standar sebesar 50 orang, dari upaya penjarangan skrining kesehatan sesuai standar ditemukan 300 kasus DM baru. Kasus ini

dipantau akses ke pelayanan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota agar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di fasilitas kesehatan yang mampu menangani.

Dari hasil pemantauan di akhir tahun diketahui 290 kasus DM mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, 10 orang penyandang DM menolak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sehingga capaian kinerja pemerintah Kota “I” dalam pencapaian pelayanan kesehatan penyandang DM adalah :

$$\frac{50 + 290}{690} \times 100\% = 49\%$$

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan tatalaksana kepada penyandang DM sesuai standar di wilayah kerjanya adalah 100 persen.

2.3.4 Langkah- Langkah Kegiatan

Pelayanan Kesehatan Diabetes Melitus meliputi beberapa langkah kegiatan yaitu :

- a. Melakukan pendataan penderita DM menurut wilayah kerja FKTP

Penentuan sasaran penderita DM menggunakan prevalensi DM nasional sebesar 6,9% yang dikalikan dengan jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas. Jumlah penduduk dihitung menggunakan data proyeksi penduduk berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

- b. Melakukan skrining faktor risiko DM untuk seluruh pasien di FKTP

Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, pelayanan skrining DM tipe 2 merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan secara perorangan dan selektif. Skrining ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit. Menurut Petunjuk Teknis Pengukuran Faktor Risiko Diabetes Melitus, ruang lingkup faktor risiko DM dibagi atas dua faktor, yaitu :

- 1). Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (*unmodifiable risk factors*) :
 - a) Ras dan Etnik

- b) Umur
 - c) Riwayat keluarga dengan diabetes melitus
 - d) Riwayat melahirkan bayi dengan berat badan (BB) lahir > 4000 gram atau riwayat pernah menderita diabetes gestasional/kehamilan dengan DM
 - e) Riwayat lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (<2500 gram)
- 2). Faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factors*) :
- a) Berat Badan Lebih (Indeks Massa Tubuh/IMT > 25 kg/m²)
 - b) Obesitas Abdominal/Sentral (Lingkar perut untuk pria > 90 cm, wanita > 80 cm)
 - c) Kurangnya aktivitas fisik
 - d) Hipertensi, tekanan darah = 140/90 mmHg
 - e) Dislipidemia, Kadar Lipid (Kolesterol HDL = 35 mg/dL dan atau Trigliserida 250 mg/dL)
 - f) Diet tak seimbang, dengan tinggi gula dan rendah serat
 - g) Memiliki riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT)
 - h) Merokok
 - c. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta terapi farmakologi

Penatalaksanaan pasien DM dikenal dengan 4 pilar penting dalam mengontrol perjalanan penyakit dan komplikasi. Empat pilar tersebut adalah edukasi, terapi nutrisi medis, aktivitas fisik dan farmakologi.

1) Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat perlu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi edukasi tingkat lanjutan.

2) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

TNM merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DMT2 secara komprehensif. Guna mencapai sasaran terapi TNM sebaiknya diberikan sesuai dengan kebutuhan setiap penyandang DM. Prinsip pengaturan makan pada penyandang DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum,

yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

3) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik berupa kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan jasmani meskipun dianjurkan untuk selalu aktif setiap hari. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah.

4) Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan, serta terapi kombinasi.

d. Melakukan rujukan ke FKRTL untuk pencegahan komplikasi

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berupa klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKRTL yaitu pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik) dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik).

e. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang DM bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans DM berbasis *web*

Pelatihan adalah pendidikan non formal yang bertujuan untuk mengurangi jarak antara kecakapan dan kemampuan seseorang dengan tugas dalam jabatannya serta untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Seorang petugas yang mengikuti pelatihan diharapkan dapat meningkatkan ketrampilan yang akan menunjang pekerjaannya dan mencapai target yang telah ditetapkan (Yatino dalam Azizah. 2017:14).

f. Penyediaan peralatan kesehatan DM, termasuk HbA1C

Peralatan kesehatan yang digunakan dalam pelayanan penderita DM meliputi glucometer test, spektrofometer, serta alat pemeriksaan HbA1C.

g. Penyediaan obat DM

Obat yang digunakan dalam pelayanan kesehatan penderita DM terdiri dari obat oral dan obat suntikan. Golongan obat Antihiperglikemia oral meliputi Sulfonilurea, Glinid, Metformin, Tiazolidindion (TZD), Penghambat Alfa Glukosidase, Penghambat DPP-IV, dan Penghambat SGLT-2. Obat Antihiperglikemia Suntik meliputi Insulin dan Argonis GLP-1/Incretin Mimetic.

h. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan digunakan untuk mengetahui data jumlah penderita DM serta penderita DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar.

i. Monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui berbagai pelaporan, yaitu :

- 1) Laporan SP2TP melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP)
- 2) Laporan surveilans PTM berbasis FKTP (PANDU) melalui portal web PTM
- 3) Laporan fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan DM kepada penderita DM sesuai standar
- 4) Sistem Informasi P-Care JKN

2.4 Pendekatan Sistem Implementasi Pelayanan Kesehatan Diabetes Melitus

Pendekatan sistem pada manajemen digunakan untuk memenuhi kebutuhan perubahan lingkungan manajemen. Sistem adalah suatu rangkaian komponen atau bagian yang berhubungan satu dengan yang lain dan mempunyai tujuan yang jelas. Pendekatan sistem digunakan untuk mengantisipasi perubahan lingkungan manajemen secara keseluruhan (Herlambang, 2013:15). Suatu sistem disebut sebagai suatu metode apabila bagian-bagian /elemen yang terhimpun dalam suatu sistem tersebut membentuk suatu metode yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi. Pendekatan sistem adalah penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu komponen-komponen

yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai suatu kesatuan mencapai tujuan yang ditetapkan (Azwar, 2010:31).

Menurut Azrul Azwar (2010:28) sistem terbentuk dari elemen-elemen bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan elemen atau bagian tersebut ialah suatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian halnya maka tidaklah ada yang disebut dengan sistem. Elemen jika disederhanakan dapat dikelompokkan dalam 6 unsur yaitu :

a. Masukan

Masukan adalah kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Proses adalah kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan

c. Keluaran

Keluaran adalah kumpulan elemen atau bagian yang dihasilkan dari berangsungnya proses dalam sistem

d. Umpan Balik

Yang dimaksud dengan umpan balik adalah kumpulan elemen atau bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

e. Dampak

Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

f. Lingkungan

Lingkungan adalah dunia luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan :

- a. Masukan (*Input*) adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana dan metoda atau dikenal pula dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.

- b. Proses (*Proces*) adalah fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian
- c. Keluaran (*Output*) adalah pelayanan kesehatan yang akan dimanfaatkan masyarakat

2.4.1 Input

Gulick dalam Wijayanti (2008:1) mendefinisikan manajemen sebagai suatu bidang ilmu pengetahuan (*science*) yang berusaha secara sistematis untuk memahami mengapa dan bagaimana manusia bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan dan membuat sistem ini lebih bermanfaat bagi kemanusiaan. Manajemen dibutuhkan setidaknya untuk mencapai tujuan dan membuat sistem ini lebih bermanfaat bagi kemanusiaan. Manajemen dibutuhkan setidaknya untuk mencapai tujuan, menjaga kesinambungan di antara tujuan-tujuan yang saling bertentangan, dan untuk mencapai efisiensi dan efektivitas. Manajemen terdiri dari berbagai unsur, yakni *man, money, method, machine, market, material* dan *time*. G.R Terry menyebutkan *tools of management* dan lebih dikenal dengan sebutan "*the six M's in management*" (6 M pada manajemen), yaitu :

- a. Manusia (*Man*)

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

- 1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek dan penginderaan terjadi melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran, raba dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pada umumnya seseorang memperoleh pengetahuan dari berbagai sumber baik atas inisiatif sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2010:143). Pengetahuan manusia berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi menjadi 6 tingkatan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), evaluasi (*evaluation*), sikap (*attitude*).

2) Lama Kerja

Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja adalah faktor pegawai. Salah satu diantaranya adalah masa kerja. Dalam beberapa situasi tentu karyawan paling senior memperoleh promosi. Senior dalam hal ini berarti karyawan yang memiliki masa kerja terlama dalam perusahaan. Kebanyakan ahli SDM menunjukkan perhatiannya tentang kompetensi dari yang dipromosikan semata-mata karena senioritas (Mangkuprawira, 2011:67). Lama kerja seseorang berkaitan erat dengan pengalaman kerja yang merupakan bekal yang sangat baik untuk memperbaiki kinerja seseorang, dengan demikian semakin lama seseorang melakukan suatu pekerjaan maka semakin banyak pengalaman yang dapat dijadikan pedoman untuk memperbaiki kinerjanya (Green dan kreuter dalam Kusri, 2012:20). Lama kerja dihitung berdasarkan jumlah tahun mulai bekerja hingga tahun saat penelitian dilaksanakan.

3) Usia

Lama kerja juga dipengaruhi oleh faktor umur. Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Terdapat korelasi antara kepuasan kerja dengan seorang karyawan, artinya kecenderungan yang sering terlihat semakin lanjut usia karyawan tingkat kepuasan kerjanya pun biasanya semakin tinggi (Siagian dalam Kusri (2012:90). Hubungan antara usia dan kinerja pekerjaan kemungkinan akan menjadi masalah lebih penting selama dekade mendatang. Terdapat kepercayaan yang luas bahwa kinerja pekerjaan menurun seiring bertambahnya usia, namun di sisi lain sejumlah kualitas positif yang dibawa para pekerja lebih tua pada pekerjaan mereka khususnya pengalaman, penilaian, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap kualitas (Robbins dalam Kusri, 2012:16).

4) Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Berdasarkan Permenkes Nomor 43 tahun 2016, sumber daya manusia yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan penderita Diabetes Melitus adalah dokter atau DLP, perawat, dan nutrisionis atau tenaga gizi.

b. Uang (*Money*)

Money atau dana merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat ukur dan alat pengukur nilai. Besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi. Dana dari suatu program biasanya didapat dari dana APBN, APBD, maupun swadaya masyarakat.

c. Bahan (*Material*)

Material terdiri dari bahan paket yang lengkap akan memperlancar jalannya suatu program, demikian sebaliknya, jika bahan paket kurang atau tidak memadai akan menghambat berlangsungnya suatu program (Tampubolon, 2009). Bahan paket pelayanan yang digunakan adalah strip gula darah, pengadaan bahan edukasi Diabetes Melitus, pengadaan obat DM

d. Peralatan (*Machine*)

Alat-alat yang dibutuhkan untuk mempercepat proses dan mencapai tujuan. Untuk melakukan kegiatan yang cepat dan tidak menggunakan tenaga manusia maka dibutuhkan alat untuk suatu kegiatan mencapai tujuan (Alamsyah, 2011:7). Alat yang digunakan pada pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus adalah Glucometer tes dan Spektrofometer serta alat dan reagen pemeriksaan kesehatan DM.

e. Metode (*Method*)

Metode adalah cara yang dapat diterapkan untuk mengelola sumber-sumber daya yang digunakan, untuk menyelesaikan berbagai persoalan yang dihadapi. Tanpa menggunakan metode sumber daya tidak akan bisa dialokasikan secara efisien sehingga organisasi akan kesulitan untuk mencapai tujuannya (Karyoto, 2016:33). Metode yang dimaksud adalah adanya pedoman, Standar Operasional Porsedur (SOP) pelayanan kesehatan Diabetes Melitus.

f. Sasaran (*Market*)

Market bisa diartikan sasaran program yang mendapatkan pelayanan secara langsung. Sasaran pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus yaitu Jumlah

penyandang DM berdasarkan angka prevalensi DM nasional di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun pada tahun yang sama.

2.4.2 Proses

a. Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses menetapkan tujuan dan sasaran, menentukan pilihan- pilihan tindakan yang akan dilakukan, dan mengkaji cara-cara terbaik untuk mencapai tujuan masa depan yang telah ditentukan sebelumnya (Amirullah, 2015:63). Penetapan tujuan dan sasaran yaitu kegiatan merencanakan ke arah mana organisasi itu akan dituju. Organisasi dapat menetapkan tujuannya secara khusus ataupun secara umum. Atau menetapkan tujuan jangka panjang maupun jangka pendek. Menurut George R. Terry dalam (Hasibuan, 2011:96), tujuan adalah suatu sasaran manajerial yaitu tujuan yang diingini yang melukiskan skop yang jelas, serta memberikan arah pada usaha-usaha seorang pemimpin.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah suatu proses penentuan, pengelompokan, dan pengaturan bermacam-macam aktivitas yang diperlukan untuk mencapai tujuan, menempatkan orang-orang pada setiap aktivitas, meyediakan alat-alat yang diperlukan, menetapkan wewenang yang secara relatif didelegasikan pada setiap individu yang melakukan aktivitas tersebut (Hasibuan, 2011:119). Pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab dilakukan secara terperinci berdasarkan bagian dan bidangnya masing-masing sehingga terintegrasikan hubungan-hubungan kerja yang sinergis, komperatif yang harmonis, dan seirama dalam mencapai tujuan yang telah disepakati bersama.

c. Pelaksanaan

Fungsi pergerakan pelaksanaan merupakan kegiatan yang menggerakkan dan mengusahakan agar pegawai melakukan tugas dan kewajibannya (Athoillah, 2013:116). Para pegawai sesuai dengan keahlian dan proporsinya segera melaksanakan rencana dalam aktifitas yang kongkret yang diarahkan kepada tujuan yang telah ditetapkan, dengan selalu mengadakan komunikasi, hubungan kemanusiaan yang baik, kepemimpinan yang efektif memberikan motivasi,

membuat perintah dan instruksi, serta mengadakan supervisi, dengan meningkatkan sikap dan moral setiap pegawai.

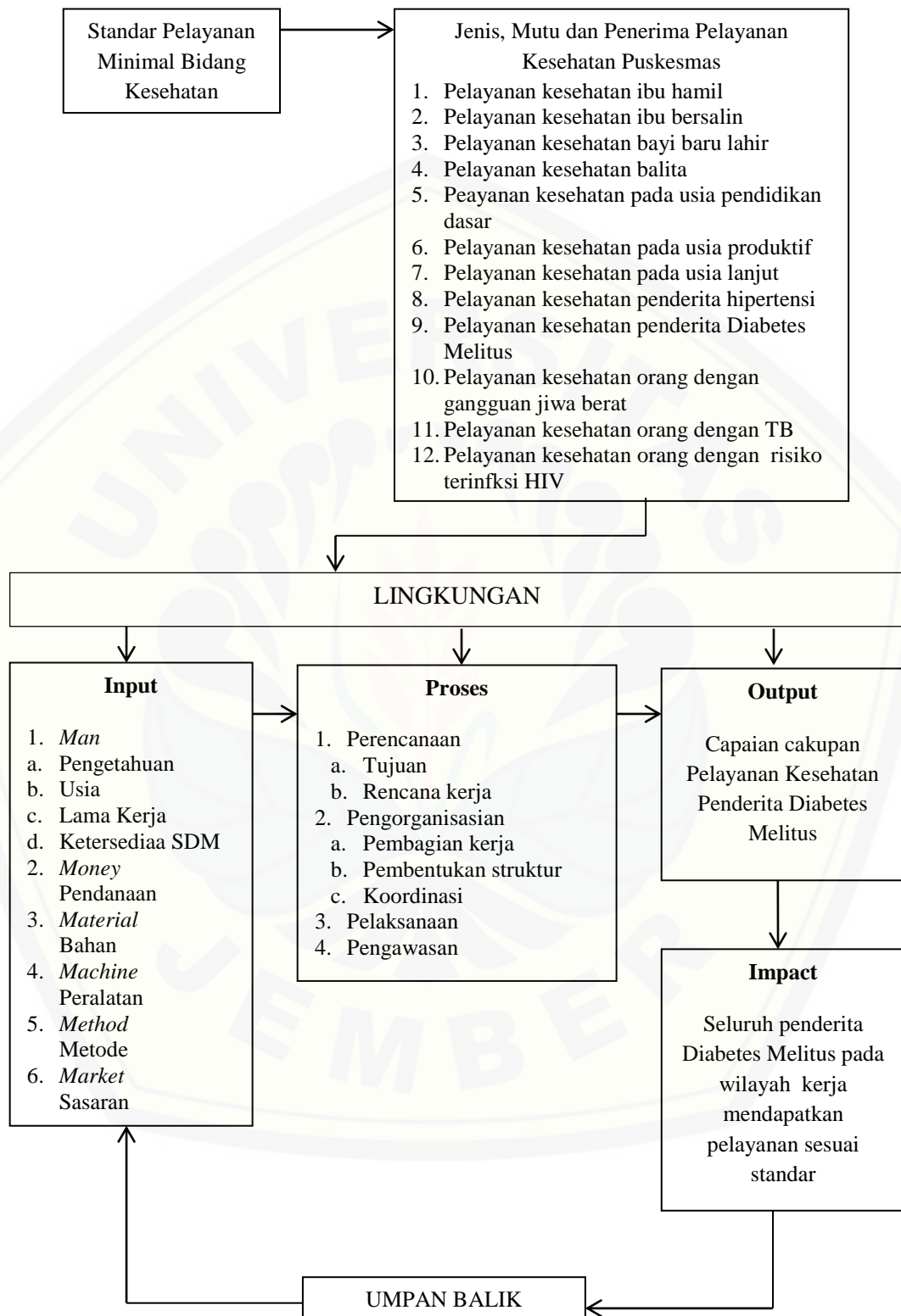
d. Pengawasan

Merupakan kegiatan meneliti dan mengawasi agar semua tugas dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada atau sesuai dengan deskripsi kerja masing-masing personal (Athoillah, 2013:114). Tujuan utama dari pengawasan adalah untuk mencegah adanya penyimpangan atau setidaknya memperkecil kesalahan yang mungkin akan terjadi. Sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai dengan baik. Menurut (Amirullah, 2015:244).

2.4.3 Output

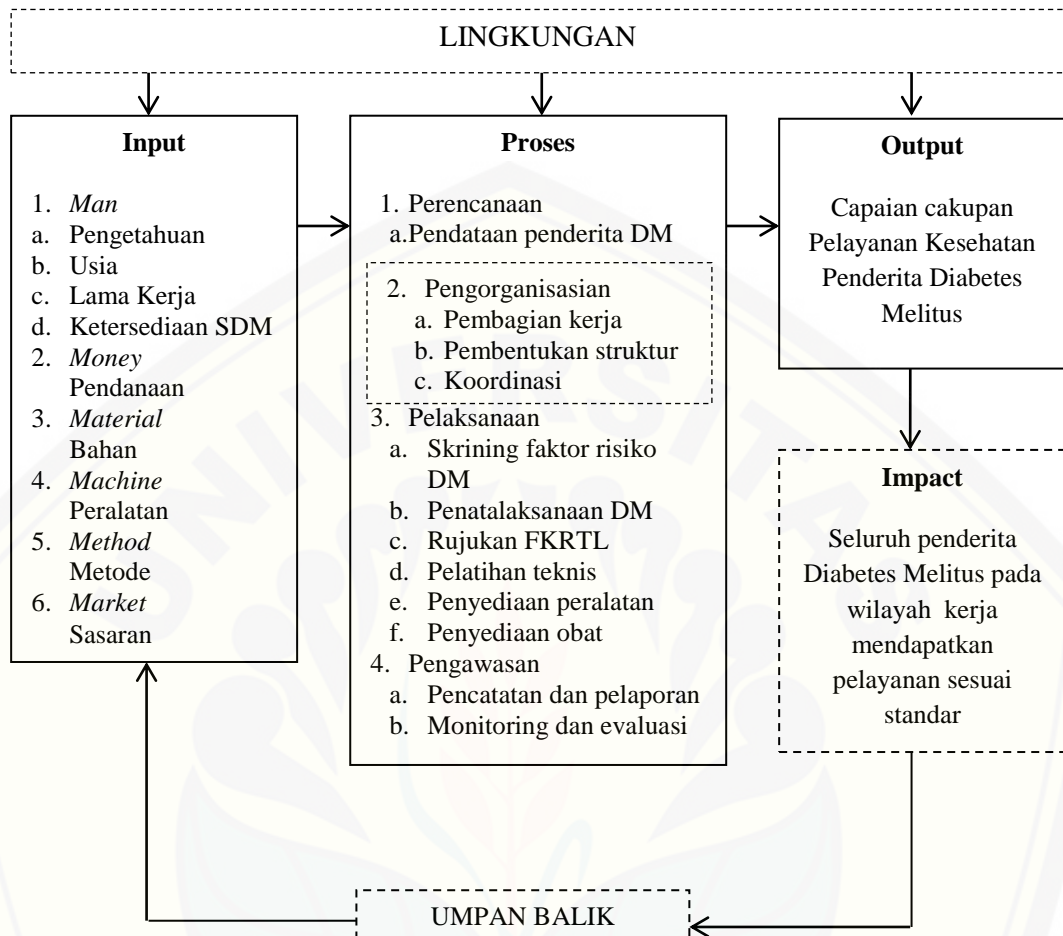
Output merupakan bagian dari sistem yang dihasilkan dari berlangsungnya proses konversi dalam sistem, output yang dimaksud yaitu tercapaian target cakupan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus di wilayah kerja puskesmas.

2.5 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari teori pendekatan sistem oleh Azwar (2010:29), (George R. Terry dalam Athoillah, 2013), (Amirullah 2015:69), (Solihin 2009:92), Permenkes No. 43 Tahun 2016
Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

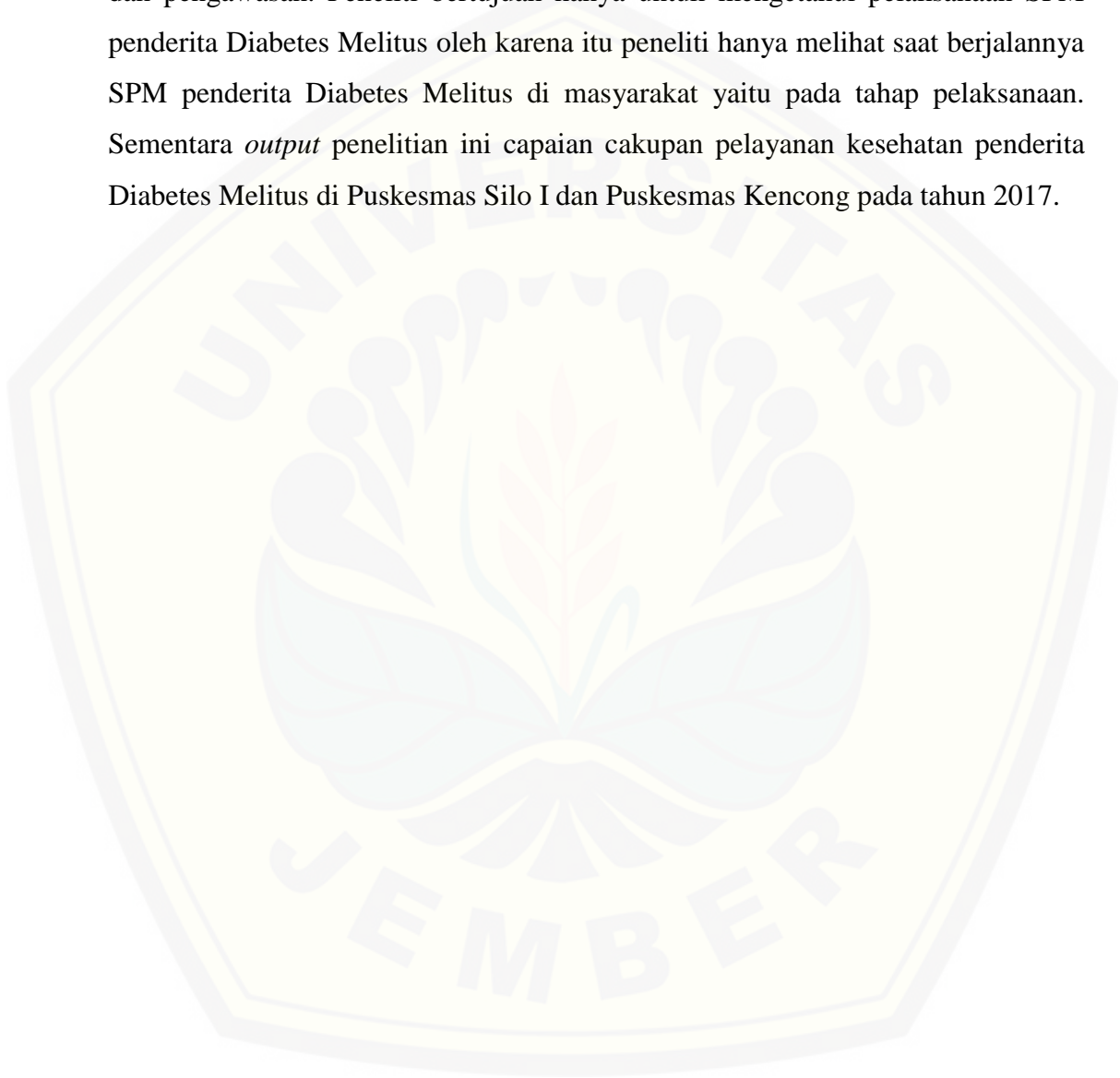
Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep diatas, pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan sistem yang merupakan sebuah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan masalah dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi. Unsur sistem secara sederhana dapat dibagi menjadi enam bagian yaitu *input*, *process*, *output*, *impact*, *feedback* (umpan balik) dan lingkungan yang saling berhubungan dan saling tergantung yang beroperasi sebagai satu keseluruhan dalam pencapaian tujuan (Azwar, 2010:23).

Pada penelitian ini unsur sistem yang digunakan hanya tiga yaitu *input*, *process*, dan *output*. Unsur *input* yang diteliti berupa *man*, *money*, *material*, *machine*, *method*, *market*. Kemudian, unsur *process* yang merupakan proses SPM penderita Diabetes Melitus dari tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Peneliti bertujuan hanya untuk mengetahui pelaksanaan SPM penderita Diabetes Melitus oleh karena itu peneliti hanya melihat saat berjalannya SPM penderita Diabetes Melitus di masyarakat yaitu pada tahap pelaksanaan. Sementara *output* penelitian ini capaian cakupan pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong pada tahun 2017.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah dimana peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2015:47). Penelitian ini mengkaji tentang input, proses, dan output pada pelaksanaan SPM penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong tahun 2017.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian tentang pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus dilakukan di Puskesmas Silo I, Puskesmas Kencong dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan dilakukan pada bulan September – selesai.

3.3 Penentuan Informan

Penelitian ini melibatkan orang-orang yang dipandang mengetahui situasi sosial yang diteliti. Orang-orang tersebut disebut sebagai narasumber, partisipan, atau informan penelitian. Penentuan informan dalam penelitian dilakukan secara *Purposive* yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu, yakni orang tersebut dianggap paling mengetahui tentang hal yang diharapkan sehingga akan memudahkan peneliti mengetahui objek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2015:216). Individu dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti dengan berorientasi pada tujuan penelitian (Afiyanti dan rachmawati, 2014:80). Informan dalam penelitian yang digunakan penelitian ini terdiri dari :

- a. Informan Kunci adalah orang yang dikategorikan paling banyak mengetahui informasi atau data tentang informasi penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Kencong dan Kepala Puskesmas Silo I dan Seksi PTM dan Keswa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- b. Informan Utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah Penanggungjawab Program Penyakit Tidak Menular Puskesmas Kencong dan Puskesmas Silo I.
- c. Informan Tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak secara langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan tambahan adalah penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan.

3.4 Fokus Penelitian

Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1	Input			
	a. <i>Man</i>	Sumber daya manusia yang mempunyai peran penting dan terlibat dalam implementasi pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus		
	1) Pengetahuan	Pemahaman informan tentang pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	Wawancara menggunakan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	2) Lama kerja	Lama kerja dihitung dalam satuan tahun sejak mulai bekerja/ SK pengangkatan	Wawancara menggunakan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	3) Usia	Usia informan saat dilakukan wawancara	Wawancara menggunakan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	4) Ketersediaan SDM	Adanya tenaga memenuhi kriteria dalam implementasi pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	Wawancara menggunakan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	b. <i>Money</i>	Kecukupan dan sumber dana	Studi	Informan

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		yang digunakan untuk melakukan pelayanan penderita diabetes melitus	dokumentasi dan wawancara dengan panduan wawancara	Kunci dan Informan Utama
	<i>c. Material</i>	Kecukupan bahan yang digunakan dalam pelayanan penderita diabetes melitus		
	1) Media	Media yang digunakan untuk memberikan edukasi kepada penderita diabetes melitus	Studi dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, dan lembar observasi	Informan Kunci dan Informan Utama
	<i>d. Machine (Sarana Kesehatan)</i>	Kelengkapan bangunan atau tempat yang mendukung pelayanan penderita DM	Studi dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	<i>e. Method</i>	Keberadaan pedoman/SOP/tata cara kerja yang dibuat dan dilaksanakan dalam pelayanan penderita diabetes melitus	Studi dokumentasi dan wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	<i>f. Market</i>	Kondisi yang menghambat petugas kesehatan mencapai target sasaran penerima pelayanan penderita diabetes melitus	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
2	Proses			
	<i>a. Perencanaan</i>			
	1) Pendataan penderita DM	Penentuan jumlah sasaran yang mendapatkan pelayanan DM	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
	<i>b. Pelaksanaan</i>			
	1) Skrining faktor risiko DM	Deteksi dini faktor risiko DM untuk seluruh pasien di puskesmas	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci, Informan Utama, dan Informan Tambahan
	2) Penatalaksanaan DM	Pelayanan kesehatan bagi penderita DM berupa edukasi, terapi nutrisi medis,	Wawancara dengan panduan	Informan Kunci, Informan

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		aktivitas fisik, dan terapi farmakologis	wawancara	Utama, dan Informan Tambahan
3)	Rujukan ke FKRTL	Melakukan rujukan ke FKRTL bagi pasien yang memiliki komplikasi DM	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci, Informan Utama, Informan Tambahan
4)	Pelatihan teknis	Pelatihan yang diberikan pada tenaga kesehatan puskesmas mengenai pelayanan kesehatan tentang DM serta pelatihan mengenai surveilans DM berbasis <i>web</i>	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
5)	Penyediaan peralatan	Penyediaan peralatan kesehatan DM, termasuk HbA1C	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
6)	Penyediaan obat	Penyediaan obat bagi penderita DM meliputi obat oral dan obat suntik	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
c. Pengawasan				
1)	Pencatatan dan pelaporan	Proses mencatat dan melaporkan jumlah penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
2)	Monitoring dan evaluasi	Kegiatan berupa pelaporan melalui laporan SP2TP, laporan surveilans PTM berbasis FKTP, laporan faskes yang memberikan pelayanan DM, dan Sistem Informasi <i>P-Care</i> JKN	Wawancara dengan panduan wawancara	Informan Kunci dan Informan Utama
3	Output	Tercapainya cakupan sasaran pelayanan penderita diabetes melitus sesuai target	Studi dokumentasi	Informan Utama

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:180). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan data sekunder.

- a. Data primer merupakan data yang langsung dikumpulkan oleh orang yang berkepentingan atau dengan kata lain merupakan sumber data yang diperoleh dari pihak pertama secara langsung, seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2015:187). Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada informan menggunakan panduan wawancara. Data primer pada penelitian ini adalah hasil wawancara yaitu data terkait pengetahuan, lama kerja, usia, ketersediaan SDM, *money*, logistik obat, media, *machine*, *method*, *market*, tujuan, rencana kerja, pembagian kerja, pembentukan struktur, koordinasi, pemberian contoh dari pimpinan, motivasi, komunikasi, pembinaan, peningkatan mutu, pencatatan pelaporan dan monitoring evaluasi.
- b. Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel atau diagram. Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip, dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiyono, 2015:156). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi SOP pelayanan kesehatan, pencatatan dan pelaporan, monitoring evaluasi, hasil capaian SPM bidang kesehatan pada puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2015:224). Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

- a. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data keterangan secara lisan dari seorang subyek penelitian (informan) dengan cara bercakap- cakap dengan informan tersebut (Notoadmodjo, 2010:102)..

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan metode wawancara semi terstruktur, yaitu wawancara kepada informan dengan menggunakan panduan wawancara yang urutan pertanyaannya bergantung pada proses wawancara dan jawaban tiap informan tersebut guna memperoleh data primes. Jenis wawancara ini termasuk dalam kategori *in-depth interview* dengan tujuan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya terkait hal yang diteliti (Sugiyono, 2015:233).

b. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan menghimpun dan menganalisis dokumen-dokumen, baik dokumen tertulis, gambar maupun elektronik. Dokumen yang telah diperoleh kemudian dianalisis, dibandingkan dan dipadukan membentuk satu hasil kajian yang sistematis, padu dan utuh (Martha, 2016:47). Jadi studi dokumentasi tidak sekadar mengumpulkan dan menuliskan atau melaporkan dalam bentuk kutipan-kutipan tentang sejumlah dokumen yang dilaporkan dalam penelitian, tetapi juga merupakan hasil analisis terhadap dokumen-dokumen tersebut.

c. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang ada dan sumber data yang ada. Pengumpulan data dengan triangulasi ini sebenarnya peneliti mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas data (Sugiyono, 2015:83). Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Triangulasi sumber yaitu menguji kredibilitas data yang diperoleh melalui metode kualitatif dan kuantitatif dengan membandingkan pernyataan dari informan penelitian dan diambil suatu kesimpulan. Triangulasi teknik dilakukan dengan cara menggunakan observasi, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi pada sumber data yang sama dan waktu yang sama.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2015:222), yang menjadi instrumen atau alat penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif berperan

sebagai *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan. Dalam penelitian kualitatif sesuatu yang akan dicari dari objek penelitian masih belum jelas dan pasti. Tidak ada kepastian kejelasan mengenai masalah, sumber data, dan hasil yang diharapkan. Rancangan penelitian masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti yang berperan sebagai *key instrument* memasuki objek penelitian (Sugiyono, 2015:223).

Peneliti menggunakan alat bantu berupa panduan wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data agar dalam proses pengumpulan data dapat dilakukan secara lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Peneliti menggunakan panduan wawancara (*guide interview*) yang berisi sistematika garis besar permasalahan dibantu alat perekam suara (melalui *handphone*). Sedangkan instrumen yang digunakan untuk pengamatan langsung digunakan kamera *handphone* agar menjadi lebih efektif dan efisien.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah digunakan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai tujuan yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2015:103). Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan (Notoatmodjo, 2010:194). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk teks deskripsi detail dalam bentuk narasi atau uraian-uraian dan kutipan langsung hasil wawancara sesuai bahasa dan pandangan informan.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang telah diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Sugiyono, 2015:245). Data yang telah dikumpulkan akan dianalisis dengan menggunakan teknik analisis kualitatif. Analisis kualitatif digunakan untuk mengkaji faktor-faktor yang menjadi kendala dalam implementasi pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus.

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan. Analisis data dalam penelitian kualitatif lebih difokuskan selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data. Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2015:246) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas, sehingga datanya jenuh. Aktivitas dalam analisis data meliputi:

a. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data merupakan suatu proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya (Sugiyono, 2015:247). Sehingga dengan adanya data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

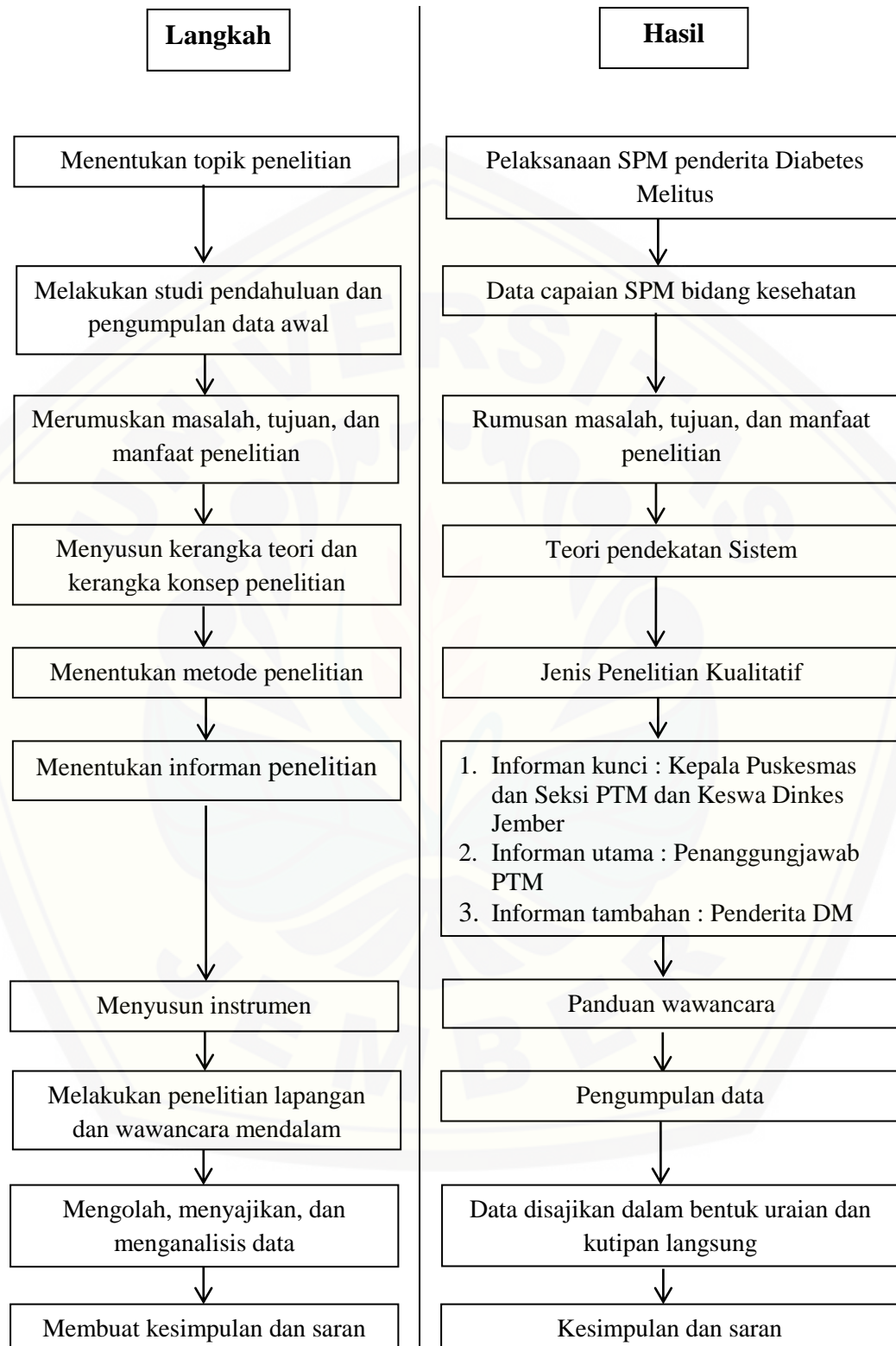
b. Penyajian Data (*Data Display*)

Setelah data direduksi, maka langkah yang dilakukan setelahnya adalah melakukan penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antarkategori, *flowchart* dan sejenisnya. Menurut Miles and Huberman (1984) dalam Sugiyono (2015:249), yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

c. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing and Verification*)

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti akan menjadi jelas (Sugiyono, 2015:252).

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.3 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian mengenai kajian pelaksanaan standar pelayanan minimal penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong dilihat dari unsur sistem pelayanan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga gizi belum dilibatkan pelayanan penderita DM karena kurangnya koordinasi antar program di puskesmas. Adanya keterlambatan dalam pengurusan dokumen pertanggungjawaban. Penggunaan media leaflet dinilai belum efektif dan belum sesuai dengan kebudayaan masyarakat setempat. Pencapaian sasaran SPM yang belum maksimal karena belum adanya integrasi di Puskesmas dalam mencapai target SPM.
2. Melakukan rujukan ke FKRTL mengalami hambatan yaitu beberapa pasien tidak mengikuti sistem rujukan berjenjang karena kendala teknis penderita DM. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang DM belum dilakukan, pelatihan surveilans DM berbasis web hanya berupa pertemuan. Hal tersebut dikarenakan belum adanya prioritas dari Dinkes untuk mengadakan pelatihan. Penyediaan peralatan kesehatan DM yaitu stik untuk pemeriksaan kadar gula darah mengalami keterlambatan dan terjadi kekosongan stok di puskesmas, termasuk pemeriksaan HbA1C belum dilaksanakan. Pencatatan dan pelaporan belum optimal karena kurangnya keaktifan petugas.
3. Capaian SPM Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong belum tercapai karena target terlalu tinggi.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kajian standar pelayanan minimal penderita diabetes melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Kabupaten Jember, maka saran yang diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

- a. Saran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yaitu pemenuhan persediaan stik untuk pemeriksaan kadar gula darah, mempertimbangkan adanya

pelatihan untuk puskesmas, serta melakukan pendampingan secara rutin di puskesmas dan menerapkan konsep *reward* dan *punishment* untuk puskesmas dalam pencapaian sasaran SPM.

- b. Pada puskesmas disarankan untuk mempertimbangkan keterlibatan tenaga gizi dalam pelayanan penderita DM. Penggunaan media promosi kesehatan disesuaikan dengan karakteristik masyarakat. Melakukan koordinasi dan kerjasama lintas program dalam pencapaian sasaran SPM penderita DM. Petugas kesehatan dan kader kesehatan memantau penderita DM dalam pelaksanaan rujukan dengan kroscek data di puskesmas. Melakukan perencanaan kebutuhan stik untuk setiap tahunnya serta dapat melakukan pengadaan melalui dana JKN. Meningkatkan keaktifan petugas kesehatan dalam hal pengurusan SPJ serta pencatatan dan pelaporan.
- c. Untuk penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten Jember.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. I. Dan Rachmawati, I. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Akib, H. 2010. Implementasi Kebijakan: Apa, Mengapa, dan Bagaimana. *Jurnal Administrasi Publik*, 1(1), 1-11.
- Alamsyah, D. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta : Niha Medika.
- Amirullah. 2015. *Pengantar Manajemen : Fungsi-Proses-Pengendalian*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Arista, I.M. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Athoillah, A. 2013. *Dasar- Dasar Manajemen*. Bandung: Pustaka Setia.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Bungin, B. 2015. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya Edisi Kedua*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Damayanti, R. dkk. 2017. Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga (ASI Eksklusif) di Kabupaten Sambas melalui Media Leaflet Berbahasa Daerah. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 12 (1), 1-12.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. Indikator Prioritas Standar Pelayanan Minimal (SK, DO, Target dan Cara Perhitungan). Jember: Dinas Kesehatan
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2017. Jember: Dinas Kesehatan
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. Capaian Penderita Diabetes Melitus yang Mendapat Tatalaksana Pengobatan Sesuai Standar di Kabupaten Jember Tahun 2017. Jember: Dinas Kesehatan
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. Capaian SPM per Wilayah Provinsi Jawa Timur. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi

- Fahrurrozi. 2015. Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di UPT Puskesmas Girisubo Kabupaten Gunungkidul Tahun 2015. *Skripsi*. Yogyakarta : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Faridah, I.N dan Dewintasari, V. 2016. Hubungan Usia dan Penyakit Penyerta terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kotagede 1 Yogyakarta. *Prosiding Rakernas dan Pertemuan Ilmiah Tahunan Ikatan Apoteker Indonesia*, 123-126.
- Faulina, A.C. 2016. Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Hasibuan, M. 2011. *Manajemen : Dasar, Pengertian dan Masalah*. Jakarta:Bumi Aksara.
- Hendarwan, *et. al.* 2015. Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(4), 367-380.
- Herlambang, S. 2013. *Pengantar Manajemen Cara Mudah Memahami Ilmu Manajemen*. Yogyakarta : Goysen Publishing.
- International Diabetes Federation. 2015. *Diabetes Atlas Seventh Edition*. [Serial Online] <https://www.diabetesatlas.org> [23 Juli 2018].
- Jauhari, A.P. 2016. Pengaruh Promosi Kesehatan dengan Media Leaflet terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Persalinan Preterm. *Naskah Publikasi*. Pontianak : Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura.
- Karyoto. 2016. *Manajemen Teori Definisi dan Konsep*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Kemendes RI, 2017. *Inilah Perubahan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. [SerialOnline].<https://www.depkes.go.id/article/view/170227000005/inilah-perubahan-standar-pelayanan-minimal-spm-bidang-kesehatan-.html> [3 Juni 2018].
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Petunjuk Teknis Penggunaan Aplikasi Surveilans Posbindu PTM. Jakarta : Direktorat Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal PP dan PL.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Keuangan RI. 2016. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2016 tentang Penyaluran Dana Bantuan Operasional kesehatan dan Dana Bantuan Operasional Keluarga Berencana Tahun Anggaran 2016. Jakarta : Kementerian Keuangan Republik Indonesia.
- Kholid, A. 2012. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta : Rajawali Press.
- Khozin, M. 2010. Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Studi Pemerintahan*, 1(10), 32-61.
- Khumaidi, M. 2017. Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Neonatus di Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember Tahun 2016. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Mangkuprawira. 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Marinda, dkk. 2016. Tatalaksana Farmakologi Diabetes Melitus Tipe 2 pada Wanita Lansia dengan Kadar Gula Tidak Terkontrol. *Jurnal Medila Unila*, 5(2), 26-32.
- Muninjaya. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Nurayati, L. dan Adriani, M. 2017. Hubungan Aktifitas Fisik dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Amerta Nutrition*, 1(2), 80-87.
- Nurbaeti. 2014. Motivasi Kerja Tenaga Kesehatan di Puskesmas Walenrang Kabupaten Luwu. *Jurnal MKMI* Hal 65-70
- Purnamasari, A.D. 2013. Upaya Penanganan dan Perilaku Pasien Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Maccini Sawah Kota Makassar Tahun 2013. *Skripsi*. Makassar : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018. *Standar Pelayanan Minimal*. 2018. Jakarta
- Rahmah, A. 2014. Pengaruh Edukasi Gizi terhadap Aktivitas Fisik Pasien DM. *Jurnal Al-Sihah : Public Health Science Journal*, 6(2), 363-370.
- Restuning, D. 2016. Efektifitas Edukasi Diabetes dalam Meningkatkan Kepatuhan Pengaturan Diet pada Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Mutiara Media*, 16(1), 37-41.
- Rifai, M. 2016. Implementasi Kebijakan tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Politik Pemerintahan*, 9(1), 25-43.
- Rinaldi, F. 2018. *Primary Care (Pcare) BPJS Kesehatan buat Faskes, Klinik Dokter dan Puskesmas*. [Serial Online]. www.kembar.pro/2018/05/primary-care-BPJS-Kesehatan.html. [03 Desember 2018]
- Soegondo, S. 2016. *Pentingnya Skrining untuk Diabetes Tipe 2 Guna Mengurangi Risiko Terjadinya Komplikasi*. [Serial Online]. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-diabetes-melitus-dan-gangguan-metabolik/pentingnya-skrining-untuk-diabetes-tipe-2-guna-mengurangi-risiko-terjadinya-komplikasi>. [21 Oktober 2018]
- Solihin, I. 2009. *Pengantar Manejemen*. Jakarta: Erlangga.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Tjokroprawiro, A. 2015. *Pengobatan Pasien Diabetes Perlu Pendampingan Ahli Gizi*. [Serial Online]. Jawapos.com. [25 November 2018].
- Tumiwa, F.A. dan Langi, Y.A. 2010. Terapi Gizi Medis Pada Diabetes Melitus. *Jurnal Biomedik*, 2(2), 78-87.

Tumuwe, W.N. 2014. Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Ondong Siau Barat Kabupaten Sitaro. *Skripsi*. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.

Puspita, S.J. 2013. Kajian Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari Tahun 2013. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014. *Pemerintahan Daerah*. 2014. Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009. *Kesehatan*. 2009. Jakarta.

WHO. 2016. *Diabetes : Fakta dan Angka*. [serial online] www.searo.who.int/indonesia/topics/8-whd2016-diabetes-facts-and-numbers-indonesian.pdf [23 Juli 2018].

Wijayanti. 2008. *Manajemen*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.

Lampiran A. *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Umur :
Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi informan penelitian dari:

Nama : Fatimatuz Zahro
NIM : 142110101097
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul : Kajian Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan Puskesmas Kencong Tahun 2017

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan segala sesuatu mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang benar dan jelas. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan benar dan sejujur-jujurnya.

Jember, 2018

Informan

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci

Panduan Wawancara Informan Kunci (Kepala Puskesmas dan Seksi Keswa)

I. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

II. Identitas Responden

- Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :
Tanggal Wawancara :

III. Pertanyaan

1. Input

A. Man

- 1) Pengetahuan
 - a) Bagaimana pendapat anda terkait SPM yang baru mengenai pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - b) Bagaimana pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus di Puskesmas ?
 - c) Apa saja permasalahan/ kendala yang muncul dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - d) Adakah upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Usia
 - a) Berapa usia anda sekarang ?
 - b) Menurut anda apakah usia tenaga kesehatan berpengaruh saat memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?
- 3) Lama kerja
Menurut anda, apakah lama kerja berpengaruh saat memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?

- 4) Bagaimana ketersediaan sumberdaya manusia yang ada dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus ?

B. *Money*

- 1) Berasal dari mana saja dana yang digunakan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Bagaimana prosedur dalam pencairan/ penggunaan dana ?
- 3) Bagaimana pemanfaatan dana tersebut ?
- 4) Apakah dana yang ada sudah mencukupi ?
- 5) Apakah terdapat kendala mengenai pendanaan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?

C. *Material*

- 1) Media
 - a) Bagaimana media yang digunakan dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - b) Apakah media yang digunakan sekarang sudah efektif ?

D. *Machine*

- 1) Sarana
 - a) Bagaimana tempat yang digunakan dalam melaksanakan pelayanan penderita DM ?
 - b) Apakah sarana sudah mencukupi dalam pelaksanaan pelayanan penderita DM ?
 - c) Bagaimana rencana dalam meningkatkan/menjaga/melengkapi sarana yang ada ?

E. *Method*

- 1) Apakah terdapat pedoman/SOP/tata cara kerja dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Bagaimana dengan pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus yang dilakukan ? Apakah sudah sesuai ?

F. *Market*

Apa saja kendala yang dihadapi dalam mencapai sasaran cakupan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?

2. Pelaksanaan

- a) Pendataan Penderita DM
 - 1) Bagaimana metode dalam penentuan sasaran penderita DM ?
 - 2) Kapan pendataan dilakukan ?
 - 3) Siapa yang bertanggungjawab dalam melaksanakan pendataan ?
- b) Skrining faktor risiko DM
 - 1) Bagaimana pelaksanaan skrining faktor risiko DM di puskesmas ?
 - 2) Bagaimana tahapan atau langkah dari proses skrining yang dilaksanakan ?
 - 3) Bagaimana pencapaian skrining selama ini ?
 - 4) Adakah kendala atau hambatan saat melaksanakan skrining ?
- c) Penatalaksanaan DM
 - 1) Bagaimana pelayanan kesehatan yang diberikan bagi penderita DM ?
 - 2) Standar apa yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan ?
 - 3) Apakah pelayanan kesehatan bagi penderita DM sudah sesuai dengan standar yang ada ?
 - 4) Adakah hambatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penderita DM ?
- d) Melakukan rujukan FKRTL
 - 1) Bagaimana sistem rujukan untuk pelayanan penderita DM ?
 - 2) Bagaimana pelaksanaan sistem rujukan selama ini ?
 - 3) Apakah sistem rujukan yang ada mudah dipahami/dilakukan ?
 - 4) Apakah ada kendala untuk rujukan yang dilaksanakan ?
- e) Pelatihan teknis bagi nakes

Apakah dilakukan pelatihan khusus mengenai pelayanan kesehatan DM serta pelatihan surveilans DM berbasis *web* ?
- f) Penyediaan peralatan kesehatan DM
 - 1) Bagaimana prosedur puskesmas dalam memenuhi peralatan dibutuhkan dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - 2) Apakah jumlah dan kualitas peralatan cukup dan dalam kondisi yang baik ?
 - 3) Apakah terdapat kendala penyediaan peralatan kesehatan DM, termasuk HbA1C ?
- g) Penyediaan obat DM ?
 - 1) Bagaimana metode pemenuhan obat dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - 2) Apakah jumlah persediaan obat mencukupi dalam memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?
 - 3) Bagaimana dengan kualitas obat-obatan yang ada ?
 - 4) Apakah terdapat kendala dalam penyediaan obat DM di puskesmas ?

h) Pencatatan dan Pelaporan

Apakah terdapat kendala dalam pencatatan dan pelaporan jumlah penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan ?

i) Monitoring dan Evaluasi

1. Apakah sudah dilakukan pelaporan melalui laporan SP2TP, laporan surveilans PTM, laporan faskes yang memnerikan pelayanan DM sesuai standar, Sistem Informasi *P-Care* JKN ?
2. Apakah pelaporan dilakukan tepat waktu ?



Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama

**Panduan Wawancara Informan Utama (Penanggungjawab Program PTM
Puskesmas)**

I. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

II. Identitas Responden

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :
Tanggal Wawancara :

III. Pertanyaan

1. Input

A. Man

- 1) Pengetahuan
 - a) Bagaimana pendapat anda terkait SPM yang baru mengenai pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - b) Bagaimana pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus di Puskesmas ?
 - c) Apa saja permasalahan/ kendala yang muncul dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - d) Adakah upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Usia
 - a) Berapa usia anda sekarang ?
 - b) Menurut anda apakah usia tenaga kesehatan berpengaruh saat memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?
- 3) Lama kerja
Menurut anda, apakah lama kerja berpengaruh saat memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?

- 4) Bagaimana ketersediaan sumberdaya manusia yang ada dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus ?

B. Money

- 1) Berasal dari mana saja dana yang digunakan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Bagaimana prosedur dalam pencairan/ penggunaan dana ?
- 3) Bagaimana pemanfaatan dana tersebut ?
- 4) Apakah dana yang ada sudah mencukupi ?
- 5) Apakah terdapat kendala mengenai pendanaan dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?

C. Material

- 1) Media
 - a) Bagaimana media yang digunakan dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - b) Apakah media yang digunakan sekarang sudah efektif ?

D. Machine

- 1) Sarana
 - a) Bagaimana tempat yang digunakan dalam melaksanakan pelayanan penderita DM ?
 - b) Apakah sarana sudah mencukupi dalam pelaksanaan pelayanan penderita DM ?
 - c) Bagaimana rencana dalam meningkatkan/menjaga/melengkapi sarana yang ada ?

E. Method

- 1) Apakah terdapat pedoman/SOP/tata cara kerja dalam pelayanan penderita diabetes melitus ?
- 2) Bagaimana dengan pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus yang dilakukan ? Apakah sudah sesuai ?

F. Market

Apa saja kendala yang dihadapi dalam mencapai sasaran cakupan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?

2. Pelaksanaan

- a) Pendataan Penderita DM
 - 1) Bagaimana metode dalam penentuan sasaran penderita DM ?
 - 2) Kapan pendataan dilakukan ?
 - 3) Siapa yang bertanggungjawab dalam melaksanakan pendataan ?
- b) Skrining faktor risiko DM
 - 1) Bagaimana pelaksanaan skrining faktor risiko DM di puskesmas ?
 - 2) Bagaimana tahapan atau langkah dari proses skrining yang dilaksanakan ?
 - 3) Bagaimana pencapaian skrining selama ini ?
 - 4) Adakah kendala atau hambatan saat melaksanakan skrining ?
- c) Penatalaksanaan DM
 - 1) Bagaimana pelayanan kesehatan yang diberikan bagi penderita DM ?
 - 2) Standar apa yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan ?
 - 3) Apakah pelayanan kesehatan bagi penderita DM sudah sesuai dengan standar yang ada ?
 - 4) Adakah hambatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penderita DM ?
- d) Melakukan rujukan FKRTL
 - 1) Bagaimana sistem rujukan untuk pelayanan penderita DM ?
 - 2) Bagaimana pelaksanaan sistem rujukan selama ini ?
 - 3) Apakah sistem rujukan yang ada mudah dipahami/dilakukan ?
 - 4) Apakah ada kendala untuk rujukan yang dilaksanakan ?
- e) Pelatihan teknis bagi nakes

Apakah dilakukan pelatihan khusus mengenai pelayanan kesehatan DM serta pelatihan surveilans DM berbasis *web* ?
- f) Penyediaan peralatan kesehatan DM
 - 1) Bagaimana prosedur puskesmas dalam memenuhi peralatan dibutuhkan dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - 2) Apakah jumlah dan kualitas peralatan cukup dan dalam kondisi yang baik ?
 - 3) Apakah terdapat kendala penyediaan peralatan kesehatan DM, termasuk HbA1C ?
- g) Penyediaan obat DM ?
 - 1) Bagaimana metode pemenuhan obat dalam pelaksanaan pelayanan penderita diabetes melitus ?
 - 2) Apakah jumlah persediaan obat mencukupi dalam memberikan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus ?
 - 3) Bagaimana dengan kualitas obat-obatan yang ada ?
 - 4) Apakah terdapat kendala dalam penyediaan obat DM di puskesmas ?
- h) Pencatatan dan Pelaporan

Apakah terdapat kendala dalam pencatatan dan pelaporan jumlah penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan ?

i) Monitoring dan Evaluasi

1. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilakukan puskesmas ?
2. Apakah sudah dilakukan pelaporan melalui laporan SP2TP, laporan surveilans PTM, laporan faskes yang memnerikan pelayanan DM sesuai standar, Sistim Informasi *P-Care* JKN ?
2. Apakah pelaporan dilakukan tepat waktu ?



Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan

Panduan Wawancara Informan Tambahan (Penderita DM)

1) Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

2) Identitas Responden

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :
Tanggal Wawancara :

III. Pertanyaan

1. Skrining faktor risiko DM ?
Bagaimana skrining faktor risiko DM yang dilakukan puskesmas ?
2. Penatalaksanaan DM
 - a) Apa saja pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas ?
 - b) Apakah ada keluhan yang dirasakan mengenai pelayanan yang diberikan puskesmas ?
3. Rujukan ke FKRTL
 - a) Apakah pernah melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan ?
 - b) Bagaimana prosedur rujukan yang dilakukan ?
 - c) Apakah ada keluhan dalam pelaksanaan rujukan ?

Lampiran E. Rangkuman Hasil Wawancara

No	Variabel	Jawaban
1	Man	
	Pengetahuan	<p>“Ya itu kan tentang penderita DM yang mendapatkan pelayanan standar. Nah standar yang dimaksud ini yang ketika diperiksa gula darah diatas 200 mg/dL dan capaian kinerja puskesmas harus 100% kalau SPM ini.”</p> <p>“Pelayanannya ya cuma pengobatan aja. Ya pas datang didaftarkan dulu kemudian ya kemudian dilakukan pengukuran standar berupa BB,TB, lingkaran perut, tensi. Kadang juga ada penyuluhan kalau ada dokternya, selain itu juga dilakukan penyuluhan individu oleh petugas kesehatan.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Ada dua pendapat ya jadi antara yang harus dilayani dengan yang ditemukan. Jadi kalau kita selama ini kan yang sakit harus disembuhkan ya targetnya berapa diantara populasi, tapi kalau di SPM ini kan setelah dipahami betul ternyata yang ditemukan harus dilayani 100%.”</p> <p>“Bisa dari kunjungan rawat jalan yang pertama dan yang kedua kita membuka posbindu di setiap desa satu kali dalam satu bulan.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Intinya kan pemeriksaan aja kalau SPM.” “Intinya SPM kan terutama penjaringannya toh.” (Informan Kunci 1, 11 Oktober 2018)</p> <p>“SPM kan harus 100% dan yang diambil pasien baru kan, pasien lama ndak boleh hehe.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Jadi yang dikatakan pelayanan standar itu pelayanan yang benar-bener sudah ke penderitanya.”</p> <p>“Semua kabupaten/kota harus 100% meskipun samean lihat sendiri berapa persen itu kan capaiannya itu kan apa ya istilahnya target yang terlalu berlebihan awal dibentuk kan 2017 trus langsung genjot 100% minimal 50% lah tapi ya mau gimana lagi kita yang dibawah di kabupaten harus nurut yang diatas tetep harus 100% kabupaten/kota tidak boleh menentukan target sendiri.”</p> <p>“Semua puskesmas tau, kan kita ada pertemuan di awal tahun 2017 untuk sosialisasi SPM yang baru ini.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>
	Usia dan Lama Bekerja	<p>“Tidak juga, tidak pengaruh kalau umur. Ya sikapnya, melihat pekerjaannya itu dari sisi positif atau negatifnya dan selalu dilihat apakah pekerjaannya itu hanya untuk kebutuhan dirinya sendiri atau demi kebaikan orang lain kalau hanya untuk diri sendiri akan selalu merasa terbebani terus atas pekerjaannya.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Ya memang dari individunya sendiri.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Pengaruh sekali, wes berumur wes bosan biasane kerja e gitu-gitu paling nyuruh yang muda-muda itu.”</p> <p>“Kadang-kadang jenuh juga gitu-gitu aja. Saiki program kayak gitu kayak gitu oleh sakmene ga diapa-apano oleh dhuwur yo ga diapa-apano yo podo ae reward nya nda ada.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p>

No	Variabel	Jawaban
		<p>“iya sih, nek wes rodok peyok yo pasti rodok loyo mbak.” “Kalau yang lama pasti lebih terampil timbang yang masih baru toh.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>
	Ketersediaan SDM	<p>“Kurang untuk pekerjaan seperti ini karena tugasnya overload.” “Sudah ada semuanya, dokter, perawat, ahli gizi. Kalau yang ngobatin itu dokter selain itu keputusan terapi juga dokter yang nentukan. Ahli gizi itu megang yang rawat inap aja tapi.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Cukup lah. Soalnya kadang satu kegiatan kita sinergi dengan beberapa program. Kalau misal ada posbindu sama posyandu lansia sama prolanis, jadi satu kegiatan ada 3 program yang jalan.” “Ada, kalau dokternya ya ya memang yang ngobatin semuanya dokter, Cuma disini dokternya kan ada 2 satu sebagai kepala puskesmas dan itu sering di KIA dan satunya lagi yang ini dokter internship yang memberikan pelayanan DM di BP sama di Posbindu. Tapi ya gitu di Posbindu kan setiap bulan ada 4 desa ndak mesti 4 desa itu pas ada dokternya, sebisanya dokternya. Kalau selama ini ahli gizi di rawat inap, jadi dokternya sendiri yang nyampaikan masalah diet ke pasien.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“ Iya cukup, disini kerjasama terpadu.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kurang mbak soale seng mlaku aku sama perawat satunya e.” “Piye yo nek gizinya disini ada, Cuma ya kalau disini rawat inap.” “Kalau yang kita keluar ya ndak ikut, mungkin gini kalau ada pasien dengan DM yang tidak terkontrol mereka sarannya suruh kesini aja, disini bisa dikonsulkan ke ahli gizi untuk makan dietnya gimana.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Sudah mencukupi, cuma di akhir 2017 ada pergantian, misalnya dari PTM petugas ponkesdes, dari PTM jadi petugas jiwa itu yang susah padahal kita sosialisasinya ke orang yang awal itu, kalau misalnya orangnya nyampaikan kalau ngga nyampaikan ya gatau apa-apa yang baru itu “Sudah cukup cuma keaktifannya itu aja.” (Informan Kunci 3, Perempuan, 29 Tahun)</p>
2	Money	<p>“Dari BOK dan JKN”.</p> <p>“BOK untuk kegiatan pertemuan, perjadiin kalau di posbindu” “JKN untuk jasa pelayanan untuk masing-masing petugas dan untuk kegiatan operasional seperti pembelian obat dan belanja bahan habis pakai ya semua kebutuhan puskesmas kecuali pembangunan gedung. Kalau stiknya kita dapat dari dinas” “Dilakukan setiap bulan, jadi petugas setelah melaksanakan kegiatan harus melaporkan hasil kegiatannya dalam bentuk SPJ kemudian dikumpulkan di Dinas Kesehatan untuk diklaim” “kalau SPJ nya bener ya cepet, kalau masih ada yang salah, diklarifikasi dikembalikan lagi ke dinas prosesnya bisa lebih panjang lagi. Tergantung kecepatan petugas juga mengerjakan SPJ nya. “Untuk sekarang ini bisa sampe 2 bulan.” “Cukup. Sangat cukup jika mau memanfaatkan secara baik.”</p>

No	Variabel	Jawaban
		<p>(Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Ada dari BOK untuk honor kita. Nah untuk kadernya ini ndak ada. Itu dapetnya dari kita pribadi.”</p> <p>“Nanti dari kegiatan itu kan kita ada hasilnya, nah itu nanti sistemnya klaim. Nggakap hasilnya apa nanti disetor di dinkes.”</p> <p>“Keluarnya ndak pas, misalnya kegiatan oktober kita ngklaim oktober kan yaa kadang keluaranya sek 2 bulan lagi 3 bulan lagi tergantung dari dinasnya kayak gimana ndak pas tiap bulan langsung cair.”</p> <p>“Biasanya SPJ itu ribet di hasil kadang kurang, terus masalah foto. Kan sudah ditentukan dari dinas tanggal berapa, kan kita sehari-hari juga ada seragam kadang ada yang nggak sesuai, biasane itu kesulitane. Kadang kegiatane hari senin, hari senin kan kayak gini kadang di SPJ nya ketentuan hari selasa jadi sek bingung nyari foto lagi buat seragam hari selasa. “</p> <p>(Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>Dari BOK untuk uang transport</p> <p>“kan sudah ada menunya dari sana, apa yang kita kerjakan disini sesuai ngga dengan menu2nya baru kita ngajukan kesana, pencairannya kalau sana sudah kode sudah cepet buat SPJnya, ndak tiap bulan itu keluar.”</p> <p>“BOK itu kayak gitu sekarang kerja baru mungkin 3 atau 4 bulan lagi uangnya ada.”</p> <p>(Informan Kunci 1, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau dananya, stiknya kan diadakan dari dinas kalau kayak posbindu kita keluaranya dapat dari BOK untuk perjadiannya. Sama alatny kita dapat supply dari dinas. Selama ini stok stik dan alat kita masih terpenuhi dari dinas. Jadi belum ngajukan ke JKN.”</p> <p>“Iya dari BOK saja, soale ke JKN kadang e ada seh ndak tau kalau ke JKN sudah ngusulkan karena dari dinas sudah dapat ya sudah dari dinas itu aja yang dipake dulu takutnya kan kalau banyak yang kita nyetok kayak alat GDA itu kalau ndak anu kan takut expired kan pernah stok2an dari dinas hampir expired kan eman. Memang diupayakan kalau ndak BOK memang diajukan ke JKN.</p> <p>“Kalau BOK itu dapetnya nanti berapa bulan tergantung kan ngeklaimnya, soalnya cairnya ndak mesti ya nanti pokok cair ya dikasihkan. Kalau di posbindu disini kan dapet dari dana BOK.”</p> <p>BOK untuk perjadiin, kader.</p> <p>“Cukup lah sudah lumayan kok.”</p> <p>(Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau dana itu terkait itu kan kita, kalau DM stiknya itu dari APBD kabupaten sama JKN puskesmas. Jadi tiap tahun kita dapat jatah anggaran untuk dikelola. Kalau yang BOK itu untuk perjalanan dinas, perjalanan dinas petugasnya. APBD untuk stik dan cetak KIE, untuk obat-obatan sudah disediakan semuanya sama IFK (Instalasi Farmasi Kabupaten), tapi selama ini obat-obatan untuk PTM ndak ada masalah ndak sampe kehabisan.”</p> <p>“Kalau BOK itu kan yang dibiayai untuk perjalanan dinas, prosedurnya puskesmas harus mengerjakan SPJnya dulu, jadi uang bensin mereka pakai uang pribadi dulu baru nanti SPJnya dikerjakan. SPJ itu terkait dengan surat tugas, stempel desa ketika posbindu di desa baru nanti berkasnya dikirim ke dinas untuk dicairkan, itupun cairnya ndak langsung ke petugasnya cairnya</p>

No	Variabel	Jawaban
		<p>lewat bendahara BOK nya nanti bendahara BOK lapor ke puskesmas, kepala puskesmasnya yang ngatur.</p> <p>“Lama itu, karena banyak verifnya. Ada verifikasi di sekret BOK kemudian verif di keuangan lalu diajukan ke pemda lalu keluar surat pengantar untuk transfer ke dinas</p> <p>“Mengenai PMK itu ya ini lebih dek soalnya apa ya terkait kendala petugas juga soalnya kadang petugas ndal langsung SPJ kan karena sibuk kan itu baru seminggu dua minggu lebih dikerjakan kalau sudah agak longgar, kadang dikerjakan nanti nyampe di verif BOK itu SPPD gaada ttd, balik lagi ke puskesmas, setelah balik sana ndak ada ttg kepala puskesmas nya ya balik lagi, itu yang susah administrasinya di kelengkapan berkas itu</p> <p>Kalau disini langsung diverif, kalau kumulatif itu biasanya nunggu misalnya sudah mau pencairan, jadi pencairan itu kayaknya ndak langsung SPJ selesai di verif semua langsung ditransfer gitu ndak, jadi nunggu beberapa. Kalau ndak salah sekali transfer 500 juta baru berangkat ke bank. Kadang petugas e nda isok di oyok-oyok dek, semua BOK itu perjadinnya jadi satu setiap bulan. BOK masih ngepul perjadin sebulan itu. Kalau yang sini verif cepet, perbaikan administrasi yang lama. (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>
3	Material	<p>“Pakai leaflet”</p> <p>“Sebetulnya kalau dilihat dari tingkat pendidikan masyarakat ndak begitu efektif ya, lebih cocok pakai visual dan disampaikan berulang-ulang. Jadi ya harus banyak ngomong kita. Jadi ketika kita berbicara kita juga minta umpan balik mengenai apa yang sudah kita jelaskan jadi ada dua arah agar kita ketahui seberapa terserap informasi yang kita sampaikan.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Kita pakai leaflet”</p> <p>“Kayaknya mereka ndak paham, wong dokternya nerangkan kayak nggak ngerti, karena dokternya pakai bahasa. Soalnya kan juga sudah tua-tua.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Kadang ya pakai leaflet itu.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kita disini pakai leaflet itu mbak.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>
4	Sarana	<p>“Kondisinya cukup untuk memberikan pelayanan, cuman tenaga yang membantu petugas yaitu kader. Sementara selama ini yang dihitung kader posyandu balita, sedangkan kader posbindu belum mendapat honor.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Cukup lah kita difasilitasi kok.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Sudah cukup. Sarana kan cuma stik sama alat GDA saja.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Cukup sih mbak menurutku.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>
5	SOP	<p>“SOP pelayanan Posbindu serta Permenkes yang menjadi acuan utama.”</p> <p>“Ya belum sesuai.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Ada buku panduan posbindu PTM, SOP pelaksanaan Posbindu. Setiap kegiatan kan harus ada SOP, KAK.” (Informan Utama 1, 8</p>

No	Variabel	Jawaban
		Oktober 2018)
		“Iyo, soale aku seng ngerjakno, seng nggae SOP aku dewe. Kan SOP ini digae segampang mungkin supaya kita iso nglakoni berdasar SOP.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)
		“Sudah sesuai ya dengan pedoman karena acuannya dari kemenkes ya. Langkah-langkahnya juga sudah sesuai.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)
6	Sasaran	“Nggak ada ketentuan ya yang mau datang ya dilayani.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)
		“Ya surveilans, cari dan kunjungan. Cuma aku ngga kerja sendiri kerjasama sama kader kan yang lebih tau kader jadi nanti misalnya nyari lah ya kalau yang sudah datang ke posbindu kan kita sudah tau, kadang ada yang punya penyakit tapi gamau ke posbindu ya kita datang ke rumahnya.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)
		“Ya pelayanannya di Posbindu sama Puskesmas itu.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)
		“Memang kalau itu gampang bisa titip, tapi kenyataannya kita nitip di UKS. Misalnya kelas 1 samean ngerti dewe udah berapa ratus kalau SMA, apalagi kayak SMK. SMK itu jumlah muridnya 1000 berapa itu yang kelas 1 kalau harus minimal tercapai harusnya kan di tensi semuanya berarti kelas 1 2 3. Ya itu kita yang belum sanggup.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)
7	Pendataan penderita	“Pakai metode skrining. Jadi setiap pengunjung baru kita lakukan skrining. Skrining berupa wawancara, ada riwayat-riwayat penyakitnya, nah kalau mengarah pada gejala diabet ya itu kita lakukan pemeriksaan darah untuk memastikan.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)
		“Dari kegiatan kita posbindu, kan kita ada registernya dari register disalin ke itu. Dari register BP kalau di puskesmas.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)
		“Dari LB1 dek. Semua laporan masuk kesitu, dari pustu dari polindes pokoknya semua masuk kesitu sebelum di setor ke jember, nah datanya ya dari situ. Kalau dari pustu itu jarang, mungkin ada yang di pusling. Tapi itu ya semua dimasukkan pasien lama dan pasien baru, ga cuma pasien baru tok hehehe sama dari register Posbindu itu” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)
		“Pendataan FKTP, jadi pendataan penderita PTM setiap bulan itu ada namanya Laporan Bulanan PTM per byname jadi ada nama, diagnosa dm termasuk.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)
8	Skrining	“Wawancara menggunakan KMS pada setiap kunjungan baru di puskesmas dan di posbindu.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)
		“Kalau skrining menggunakan KMS, iya yang punya, kan kadang pasien kalau dikasih trus hilang, ada yang kemarin ndak datang sekarang baru ndak punya, bingung juga sebenarnya. Pokok acuannya kohort itu wes. Jadi meskipun nda punya KMS ya kan di kohort ada, jadi yang lengkap itu di kohortnya.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)
		“Yawes ditanyain pake KMS.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)
		“Iya pakai KMS itu mbak.”
		“KMS nya kan aku seng nggowo ngga tak kasihkan, ngko lek

No	Variabel	Jawaban
		<p>dikekno pasti ilang.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau skrining menggunakan KMS. Posbindu setiap orang punya, puskesmas pakai FKTP.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p> <p>“Iya itu mba, diukur tinggi sama berat trus tensi sama periksa darah.” “Saya mesti bawa itu mba kalau kartu, lawong disuruh sama petugasnya bawa.” (Informan Tambahan 1, 9 Oktober 2018)</p> <p>“Ya dateng trus antri dulu abis itu diukur tinggi, berat, tensinya habis itu diperiksa gulanya.” “Ini tadi pas kebetulan ga bawa, saya cari ga nemu, tapi biasanya saya bawa.” (Informan Tambahan 2, 9 Oktober 2018)</p> <p>“Kayak tadi ini wes mba abis senam, trus petugasnya dateng ya cek tensi sama cek kadar gula.” (Informan Tambahan 3, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau yang diukur itu tensi sama gula darah itu.” (Informan Tambahan 4, 11 Oktober 2018)</p>
9	Penatalaksanaan	<p>“Dilakukan penyuluhan, senam tiap bulan di posbindu dan ada juga di puskesmas.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Keseringan itu, meskipun Posbindu itu DM HT cuman yang sering kan kalau sudah tua linu ya kita kasih materi Asam Urat, sesuai kebutuhan seh.” Misalnya kayak ngurangin manis ya gitu itu dek, pola makan, pola hidup.” Aktivitas fisik itu ada di kohort, kadang juga ada senam di posbindu Kadang kan kalau orang sini biasa yo ke kebun, cari kayu ya kita anggep lah ya kan itu jalan kaki kadang itu ke saben jadi kita kira-kira wes. Kalau disini ya standar gliben sama metformin, kita kan lihat riwayatnya dia orang itu biasanya minum apa terus kadar gulanya berapa. Kalau pengobatan awal kita biasanya gliben, metformin itu yo seng wes rodok dedel. Kadang ada yang kombinasi gliben sama metformin. Kalau penyaku tak kasih, ditulis di kohort cuman di kohort itu ndak tertera nda ada kolom untuk obat itu ndak ada, jadi tak tambahi sendiri kolom obatnya apa. (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Saya kira ndak semua dilakukan, aktivitas fisik iku seng uwangel kalau nutrisi nya bisa, pengobatannya bisa. Edukasi aktivitas fisik yang susah sehati harus sekian menit ya itu susahnya disitu.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Dilihat dulu riwayat gula darahnya, kalau sudah hasilnya diatas normal Jenis edukasi Mmmm yo akeh, jenis makanan iku maksute makanan manis-manis itu harus dikurangi.” “Kadang yo tak tanyakan, buk nek isuk-isuk iku mlaku-mlaku ga ? kadang kalau orang-orang tani biasae mereka kan jalan setiap hari, masak, wira-wiri itu kan sudah ada aktivitas fisiknya itu kan kadang wes termasuk ya.” “Soalnya kalau posbindu kan ngga boleh bawa obat, jadi waktu pusling itu yang bisa karena pusling kan pengobatan. Kalau yang di posbindu ga dapat obat suruh ke pusling.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>

No	Variabel	Jawaban
		<p>“Edukasi langsung seketika itu setelah hasilnya keluar, kan kalau GDA 2-3 menit udah keluar. Edukasinya secara personal langsung ke penderita. Kalau yang penyuluhan itu tergantung banyaknya penyakit apa disitu.”</p> <p>“Aktivitas fisik itu maksudnya aktivitas fisik yang dilakukan orangnya, ada sih senam biasanya senam diabet di posbindu. Kalau dari kemenkes itu standar aktivitas fisik seminggu 5 hari masing-masing setengah jam.”</p> <p>“Farmakologis kalau di FKTP ya langsung dikasihkan.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>
		<p>“Periksa gula darah itu wes. Biasane setelah itu ya dikasih tau kurangin makan yang manis-manis.” (Informan Tambahan 1, 9 Oktober 2018)</p>
		<p>“Ya periksa, ya dikasih obat.”</p> <p>“Iya dikasih tau bu dokter itu makannya harus teratur.” (Informan Tambahan 2, 9 Oktober 2018)</p>
		<p>“Di cek kadar gulanya, nah kalau tinggi itu biasanya rodok dimarahin petugasnya hehe ya dikasih tau jaga pola makan.” (Informan Tambahan 3, 11 Oktober 2018)</p>
		<p>“Tes gula darah itu sih mbak terus diingatkan jaga makanannya lalu dikasih obat.” (Informan Tambahan 4, 11 Oktober 2018)</p>
10	Melakukan rujukan ke FKRTL	<p>“Jika sudah dilakukan penyuluhan, kemudian diobati dan tidak membaik kondisinya maka dirujuk untuk periksa di puskesmas. Kalau ada komplikasi dan puskesmas tidak mampu menangani maka dirujuk ke rumah sakit.”</p> <p>“Kalau yang lebih sulit itu kenapa tidak perlu dirujuk, terkadang ada pasien yang ingin mendapat pelayanan spesialis, kadang ada golongan masyarakat yang merasa lebih tau.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Kita cek GDA ya. Kalau GDA sudah high sudah berapa sudah bukan porsinya posbindu kita rujuk ke puskesmas pakai surat pengantar.”</p> <p>“Tapi kadang pasiennya nggak nyampe ke puskesmas, meskipun sudah kita kasih pengantar ke puskesmas tapi yo gak kesini. Alasannya ndak ada yang nganter, wes alasannya banyak lah ya tapi kebanyakan ya itu nda ada yang nganter soale kan wes tuek-tuek anake yo gaonok, kecuali kalau kita yang bawa ya nyampe puskesmas. (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Ya dari posbindu ke puskesmas nah kalau perlu rujukan ya ke rumah sakit.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Iya kalau dari posbindu kondisinya tidak membaik ya disuruh ke puskesmas.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Yang gula darahnya selama 3 bulan berturut-turut diatas 200 itu dirujuk ke puskesmas.”</p> <p>“Ya kendala geografis, biasanya tempatnya jauh akhirnya lepas, lalu bulan depannya dibawakan obat petugasnya.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p> <p>“Iya dulu pernah pas kena 560 itu diabet, ya ke puskesmas dua kali. Itu dari posbindu dulu trus dikasih rujukan.” (Informan Tambahan 2, 9 Oktober 2018)</p> <p>“Iya mbak. Kalau gulanya tinggi ya disuruh ke puskesmas sama dikasih surat itu itu buat kesananya.” (Informan Tambahan 3, 11 Oktober 2018)</p>

No	Variabel	Jawaban	
11	Pelatihan teknis	<p>“Pertemuan mungkin petugasnya di Dinas kesehatan.”</p> <p>“Ya petugasnya sendiri yang ikut pelatihan ya itu yang nginput.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Ndak pernah ada gitu-gitu.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Ndak ada ya.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Belum. Belum pernah ada pelatihan.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Di 2017 gaada pelatihan untuk kader dan petugas Hanya sosialisasi terkait program, karena kalau skrining kan sudah mahir semua .”</p> <p>“Kalau pelatihan murni bunyinya pelatihan belum, kalau pertemuan iya. Dipertemuan mesti kita ingatkan mengenai caranya. Itu wajib itu, ngrefreshing laporan, cara melaporkan, cara ngisi di pertemuan itu. Pertemuan itu dilakukan setahun 3 kali. Bentuk monitoring dari kita ya kita lihat dari laporannya. Laporan itu tepat atau tidak isinya, sesuai atau tidak .” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>	
12	Penyediaan peralatan	<p>“Ya seperti biasa, tensi, stetoskop, pengukur TB, BB, Lingkar Perut kemudian alat pemeriksa kadar gula darah, buku pencatatan pelaporan.”</p> <p>“Stiknya sering kehabisan, proses pengadaan yang terbatas atau bahkan untuk pengadaan sendiri mengalami kesulitan.”</p> <p>“Kalau alatnya cukup, nah refill stiknya ini yang sering kosong.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Ya itu pengecekannya. Kadang itu kita kan terbatas stiknya dapatnya. Itu kan bukan pengadaan, itu kita dapat dari dinkes. Kalau itu kosong yowes kita ndak bisa ndemplongi, yawes ga ada pemeriksaan GDA.”</p> <p>“Ya konfirmasi ke dinkes. Lah kemarin itu sudah konfirmasi, kita memang dapetnya sedikit untuk Silo I, ada yang kelebihan dapet ndak tau ya itu puskesmas mana, jadi yang kelebihan itu dimintain dan dikembalikan ke kita.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Ya Cuma stik aja untuk menemukan penderita. Nah kalau sedang kosong di dinas ya terkendala disini kan kita ngambil aja, dari JKN ya angel sekarang, prosedur e cek duowone. Bisa sebenarnya kalau ada kekurangan ngambil dari JKN.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Nah kalau HbA1C kita yang gabisa mbak. Soalnya HbA1C kan kebanyakan yang punya BPJS yang ditanggung soalnya kalau orang umum ndak punya BPJS itu kan mahal HbA1C kita ndak ada alatnya HbA1C masih an.”</p> <p>“Kan dapatnya dari Dinas GDA aja bukan HbA1C, memang yang valid itu HbA1C jadi bisa tau dia riwayat dari orang tuanya atau dari gaya hidupnya bisa ketauan kalau dari HbA1C.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p>	
		<p>“Kalau alatnya tersedia banyak, stiknya yang habis. “</p> <p>“Kalau pengadaan stik itu ndak usah mereka ngusulkan ke kita, karena kita sudah ada rencana pengadaan, misalnya ada uang sekian nah itu bisa dibelanjakan stik berapa misalnya dapat 1000 stik nah 1000 stik itu kita bagi ke 50 puskesmas berdasarkan sasarannya</p> <p>Puskesmas juga bisa ngusulkan stik ke JKN, JKN itu untuk</p>	

No	Variabel	Jawaban
		operasionalnya puskesmas. Selain itu bisa juga dari posbindu pemeriksaan gula darah, posbindu kan ada yang mandiri jadi kadernya sendiri yang beli stik.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)
13	Penyediaan obat	<p>“Setiap 2 bulan kita melakukan permintaan ke Dinas Kesehatan, selain itu melakukan pengadaan sendiri menggunakan dana JKN.”</p> <p>“Kalau di puskesmas ada glibenklamid sama metformin.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau pengadaan obat kita ke apotik sini, jadi selalu ada ndak pernah kekurangan.”</p> <p>“Dari apotik langsung, kita pengajuan ke apotik. Nanti kan nulis resep, resepnya kita serahkan ke apotik. Nanti apotik ngasih sesuai jumlah yang kita butuhkan, misalnya ada sisa kita kembalikan. Kita kan ada catatannya, setiap pasien satu resep jadi kita serahkan untuk ganti obat-obat yang sudah dipake. Jadi kita ngambilnya tiap mau posbindu, nanti selesai dikembalikan.”</p> <p>“Kalau apotik puskesmas ngajukan ke dinas.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Obat ya dari dinas sama JKN bisa.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau anu ya tergantung yang ada disini, kadang kalau ada ya Gliben, metformin, glimepirid untuk pasien DM, tapi kalau pusling itu semua obat dibawa.”</p> <p>“Kalau pengadaan obat dari posbindu ndak pernah minta soalnya ngga boleh pengobatan, yang puslingnya dari petugas pusling yang minta.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Selama ini obat-obatan ndak pernah ada kekurangan. Puskesmas ngusulkan ke IFK pakai LPLPO itu stok apa saja yang habis.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>
14	Pencatatan dan pelaporan	<p>“Menggunakan buku register itu nanti di entry menggunakan online.”</p> <p>“Petugas itu dilihat kemampuannya juga. Ada yang sukanya melayani, meriksa tapi pada saat membuat pencatatan dan pelaporan itu yang kurang ini. Pada kenyataannya begitu, sudah dikerjakan tapi tidak dilaporkan.”</p> <p>“Kalau PTM itu ada lagi sistem pelaporan harus elektronik, setelah kita tulis di register itu harus di entry lewat komputer, jadi online laporannya. Jadi selama ini itu yang tidak diinput yang online itu karena memang banyak yang harus diinputkan ya dari banyaknya pasien dan juga yang harus diukur, jadi kan doble pekerjaan.”(Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Untuk kemarin ada kendala beberapa bulan ndak ada pelaporan.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Ndak ada kendala.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau ke dinas biasanya ngirim lewat email laporannya, kadang ada yang hard copy sebagai buktinya. Kalau posbindu itu lewat portal, jadi kita punya offlinenya terus diunggah ke web. Kalau laporan SPM yang sekarang kan ada formnya tapi di emailkan.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Laporan FKTP per by name untuk DM. Itu online dilaporkan ke p2ptm.go.id. Datanya dari induk itu, dari induk, pusling dan sebagainya. Jadi mereka selain ada rekapan jumlahnya juga by</p>

No	Variabel	Jawaban
		name nya juga ikut Kelemahane kadang puskesmas entry nya ga setiap bulan, borongan kadang 3 bulan sekali kadang 2 bulan sekali.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)
15	Monitoring dan evaluasi	<p>“SP2TP ada. Web ada. Faskes gaada. P-Care ada. Kalau P-Care kan pelaporannya otomatis.” (Informan Kunci 1, 6 Oktober 2018)</p> <p>“Iya ada dek.” (Informan Utama 1, 8 Oktober 2018)</p> <p>“Sistem validasi-validasi kayak itu yang dipanggil langsung PJ program.” (Informan Kunci 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Kalau yang SP2TP sama portal ada.” “Laporan standartnya ndak ada, cuma laporan berapa kasus DM yang ada di puskesmas tiap bulan itu aja.” “Kalau P-care itu bukan cuma untuk rawat inap saja, rawat jalan juga ada, pokoknya pasien BPJS yang melakukan kunjungan ke puskesmas itu dimasukkan ke P-Care semua.” (Informan Utama 2, 11 Oktober 2018)</p> <p>“Iya itu SP2TP masuk ke bagian surveillans dan imunisasi. Kalau kita memantau naik turunnya penyakit di puskesmas. Yang FKTP itu tadi per by name. Faskes kalau laporannya itu laporan SPM itu. P-Care itu khusus pemilik BPJS.” (Informan Kunci 3, 25 Oktober 2018)</p>

Lampiran F. Gambaran Lokasi Penelitian

a. Puskesmas Silo I

1) Kondisi Geografis

Luas wilayah pelayanan Puskesmas Silo I secara keseluruhan adalah sekitar 10.581,267 Ha, atau 106 km² dengan mencakup 4 desa yaitu Desa Sempolan, Sumberjati, Garahan dan Sidomulyo, merupakan dataran tinggi dan dapat dijangkau dengan kendaraan baik roda dua dan roda empat. Ditinjau dari letak astronomi, kecamatan Silo kurang lebih berada pada koordinat 08°11' 11,72" Lintang Selatan, 113°52'36,03" Bujur Timur sebelah Timur Kota Jember, dengan batas-batas wilayah Kabupaten Jember :

- a) Sebelah Utara : Kecamatan Ledokombo Kabupaten Jember
- b) Sebelah Timur : Kecamatan Kalibaru Kabupaten Banyuwangi
- c) Sebelah Selatan : Desa Silo Kecamatan Silo Kabupaten Jember
- d) Sebelah Barat : Desa Sumber Kejayan Kecamatan Mayang Kabupaten Jember

2) Kondisi Demografi

- a) Jumlah penduduk : 44.092 orang
- b) Laki-laki : 21.670 orang
- c) Perempuan : 22.422 orang
- d) Jumlah KK : 14.354 KK
- e) Jumlah keluarga miskin : 11.247 jiwa
- f) Jumlah bayi : 645 bayi
- g) Jumlah balita : 2.686 anak
- h) Jumlah APRAS : 1.393 orang
- i) Jumlah PUS : 9.008 pasang
- j) Jumlah WUS : 4.504 orang
- k) Jumlah bumil : 747 orang
- l) Jumlah bulin : 650 orang
- m) Jumlah bufas : 650 orang
- n) Jumlah buteki : 957 orang

3) Visi dan Misi

a) Visi

“Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan”

b) Misi

- 1) Menjadikan Puskesmas Silo I sebagai pilihan utama masyarakat Silo dalam pelayanan kesehatan
- 2) Memberdayakan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan di wilayahnya
- 3) Bersama lintas sektor berupaya agar menjadi penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
- 4) Meningkatkan akses masyarakat dengan mengoptimalkan jaringan dan jejaring puskesmas

b. Puskesmas Kencong

1) Kondisi Geografis

Kecamatan Kencong mempunyai luas wilayah 41,88 km². Adapun batas wilayahnya yaitu :

- a) Sebelah utara : Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember
- b) Sebelah timur : Kecamatan Gumukmas Kabupaten Jember
- c) Sebelah selatan : Kecamatan Gumukmas Kabupaten Jember
- d) Sebelah barat : Kecamatan Jombang Kabupaten Jember


2) Kondisi Demografis

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kencong adalah cukup besar yaitu 40.147 jiwa, dimana 19.735 adalah penduduk laki-laki dan 20.412 adalah penduduk perempuan. Data kependudukan di Puskesmas Kencong yaitu :

- a) Jumlah kepala keluarga : 12.109 KK
- b) Jumlah keluarga miskin : 11.195 jiwa
- c) Jumlah bayi : 589 bayi
- d) Jumlah balita : 2985 anak
- e) Jumlah PUS : 6.798 pasang
- f) Jumlah bumil : 658 orang

- g) Jumlah bulin : 534 orang
- h) Jumlah bufas : 526 orang
- i) Jumlah buteki : 1.150 orang
- 3) Visi dan Misi
 - a) Visi
“Penggerak Pembangunan Kesehatan Menuju Masyarakat Kencong Sehat, Mandiri dan Berkeadilan”
 - b) Misi
 - 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat yang berkualitas dan terjangkau dengan mengedepankan pelayanan yang bersifat promotif, preventif, dan rehabilitatif
 - 2) Meningkatkan kemampuan dan kualitas sumber daya manusia sebagai tenaga kesehatan yang profesional dalam meningkatkan pelayanan dan mutu kesehatan
 - 3) Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat serta kesehatan lingkungan yang paripurna
 - 4) Menciptakan keadilan masyarakat melalui pemberdayaan UKBM untuk membangun kemandirian serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Lampiran G. Surat Izin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 17 September 2018

Nomor : 440 /67469/311/ 2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. PIt. Kepala Puskesmas Kencong
3. PIt. Kepala Puskesmas Silo I

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2106/415/2018, Tanggal 4 September 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Fatimatuz Zahro
NIM : 142110101097
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
> Kajian Standar Pelayanan Minimal Penderita
Diabetes Melitus di Puskesmas Silo I dan
Puskesmas Kencong Tahun 2017
Waktu Pelaksanaan : 17 September 2018 s/d 30 November 2018


Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**


dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran H. Dokumentasi



Wawancara dengan Informan Kunci 1
Kepala Puskesmas Silo I



Wawancara dengan Informan Utama 1
Penanggungjawab Program PTM
Puskesmas Silo I



Wawancara dengan Informan
Tambah Penderita DM di wilayah
Silo I



Wawancara dengan Informan
Tambah Penderita DM di wilayah
Silo I



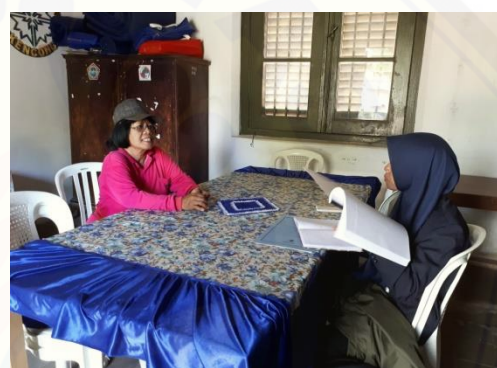
Wawancara dengan Informan Kunci 2
Kepala Puskesmas Kencong



Wawancara dengan Informan
Tambahan 2 Pelaksana Program PTM
Puskesmas Kencong



Wawancara dengan Informan
Tambahan Penderita DM di wilayah
Kencong



Wawancara dengan Informan
Tambahan Penderita DM di wilayah
Kencong



Wawancara dengan Informan Kunci 3
Pemegang Program PTM Dinas
Kesehatan Kabupaten Jember



Ruang Rawat Jalan Sementara
Puskesmas Silo I

