



**KORELASI ANTARA MUTU PELAYANAN PROLANIS BPJS
TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
di *UNEJ MEDICAL CENTER***

SKRIPSI

Oleh

**Adhang Isdyarsa
NIM. 132010101060**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**KORELASI ANTARA MUTU PELAYANAN PROLANIS BPJS
TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
di *UNEJ MEDICAL CENTER***

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

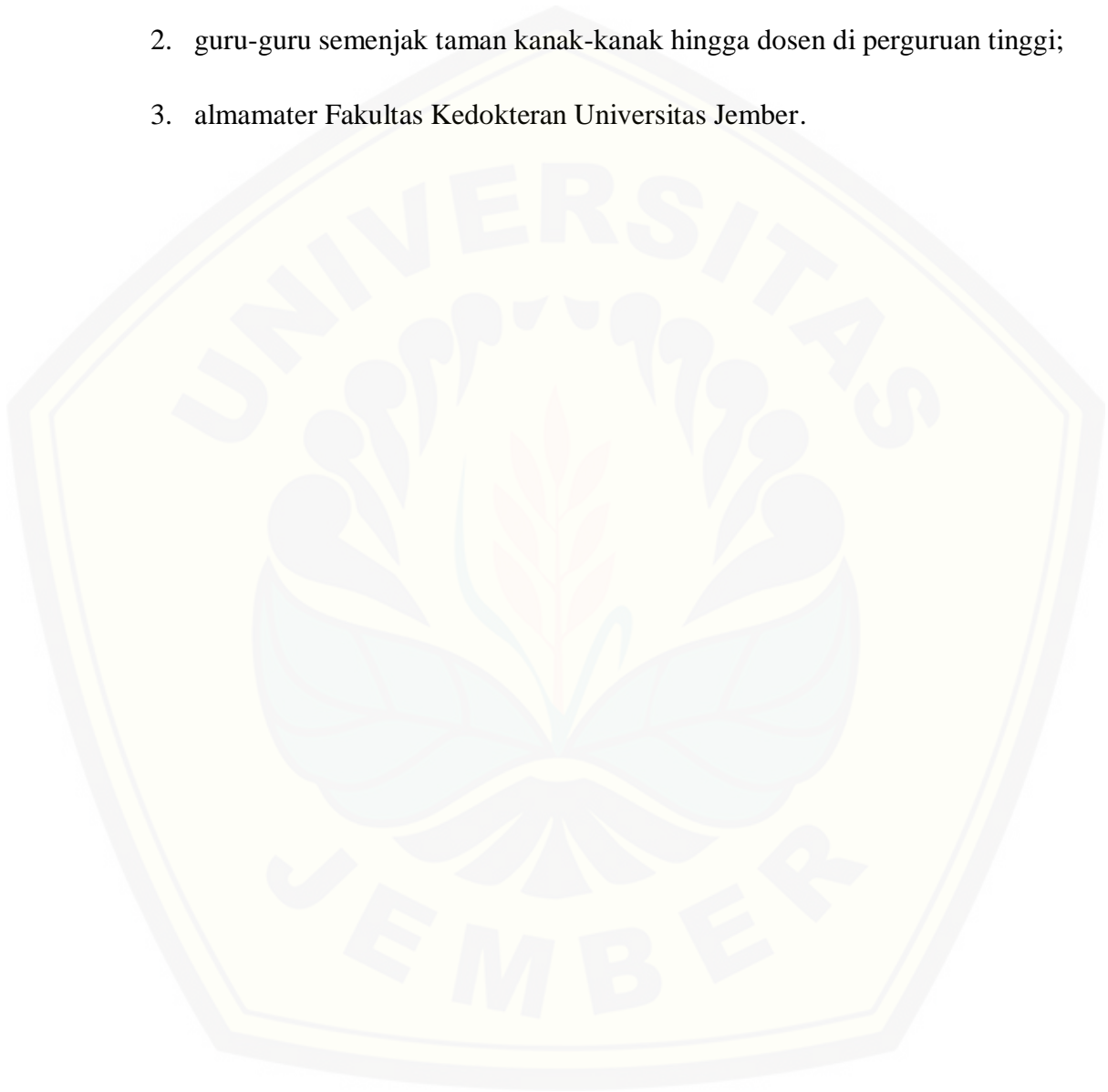
**Adhang Isdyarsa
NIM. 132010101060**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. kedua orang tua saya tercinta;
2. guru-guru semenjak taman kanak-kanak hingga dosen di perguruan tinggi;
3. almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



MOTO

Menjadi pribadi yang bermanfaat, meski hanya seperti butir debu dalam saku celana. “Dan sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia.”*



*) HR. Ahmad, ath-Thabrani, ad-Daruqutni. *Shahihul Jami'*. No:3289

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Adhang Isdyarsa

NIM : 132010101060

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis yang berjudul “Korelasi antara Mutu Pelayanan PROLANIS BPJS terhadap Kualitas Hidup Pasien di *Unej Medical Center*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya tuliskan sumbernya. Karya ini belum pernah diajukan pada institusi manapun dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 7 April 2017

Yang menyatakan

Adhang Isdyarsa

132010101060

SKRIPSI

**KORELASI ANTARA MUTU PELAYANAN PROLANIS BPJS
TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
di *UNEJ MEDICAL CENTER***

Oleh

Adhang Isdyarsa

NIM. 132010101060

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Cicih Komariah, Sp. M.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Korelasi antara Mutu Pelayanan PROLANIS BPJS terhadap Kualitas Hidup Pasien di *Unej Medical Center*” karya Adhang Isdyarsa telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 7 April 2017

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Anggota I,

dr. Yohanes Sudarmanto, M. Med. Ed

Dr. dr. Aris Prasetyo, M. Kes.

NIP. 19840119 200912 1 007

NIP. 19690203 199903 1 003

Anggota II,

Anggota III,

dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes

dr. Cicih Komariah, Sp. M.

NIP. 19820901 200812 2 001

NIP. 19740928 200501 2 001

Mengesahkan,

Dekan,

dr. Enny Suswati, M. Kes.

NIP. 19700214 199903 2 001

RINGKASAN

Korelasi antara Mutu Pelayanan PROLANIS BPJS terhadap Kualitas Hidup Pasien BPJS di *Unej Medical Center*; Adhang Isdyarsa, 132010101060; 2017; halaman; Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Semenjak diterapkannya program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS BPJS) pada tahun 2010, diharapkan dapat berjalan secara efektif terutama dalam penanganan dua jenis penyakit kronis yakni diabetes melitus (DM) tipe 2 dan hipertensi. Terlebih lagi rata-rata biaya manajemen pengobatan yang harus dikeluarkan pemerintah terbilang tinggi sekitar Rp 2.250.000,00 per orangnya. DM memiliki angka kematian cukup tinggi yaitu 184.985 jiwa (International Diabetes Federation, 2015). Setelah itu hipertensi adalah kondisi yang sering dijumpai pada pelayanan kesehatan primer dan memiliki prevalensi mencapai angka 25,8% (Kemenkes RI, 2014). Komplikasi dari kedua penyakit merubah segala persepsi kualitas hidup dari pasien. Kualitas hidup berperan terhadap produktifitas dari penderitanya yang akan menurun. Namun pada penelitian sebelumnya tentang efektifitas PROLANIS BPJS dalam penanganan pasien DM tipe 2 memiliki hasil kurang efektif dilihat dari beberapa indikator (Sari, 2014).

Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian deskripsi analitik. Metode yang digunakan adalah kuesioner dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di *Unej Medical Center* (UMC) dan rumah responden (*home visit*). Pengambilan sampel melalui *total sampling* dilakukan pada bulan Januari 2017. Data primer didapatkan melalui wawancara dengan kuesioner kepada 22 responden. Adapun responden tersebut merupakan 8 pasien DM tipe 2, 12 pasien hipertensi, dan 2 pasien DM tipe 2 dan hipertensi. Analisis statistik menggunakan *software SPSS* dengan uji korelasi statistik *Pearson*.

Data yang diambil berupa nilai gap mutu pelayanan yaitu selisih persepsi responden dengan harapan responden dikorelasikan dengan nilai kualitas hidup dari responden. Berdasarkan data yang didapat dilakukan uji normalitas *Saphiro Wilk* guna menentukan uji korelasi yang digunakan. Hasil uji normalitas didapatkan nilai signifikansi untuk kualitas hidup $p = 0,202$ dan untuk mutu pelayanan $p = 0,980$ sehingga nilai signifikansi keduanya bernilai $p > 0,05$. Hasil signifikansi tersebut menunjukkan bahwa distribusi data adalah normal sesuai dengan uji *Saphiro Wilk*. Selanjutnya dilakukan pengolahan pada uji korelasi *pearson* yang didapatkan nilai korelasi (p) $0,072$ dan nilai kekuatan korelasi (r) $0,391$. Nilai korelasi memiliki arti korelasi positif apabila $p < 0,05$. Hasil tersebut menunjukkan nilai positif namun tidak terdapat korelasi antara dua variabel. Sedangkan $r = 0,391$ memiliki arti lemahnya hubungan antar dua variabel. Berdasarkan hasil dari pengolahan data yang telah dilakukan oleh peneliti, dapat disimpulkan bahwa PROLANIS BPJS tidak memiliki hubungan terhadap kualitas hidup dari pasien di UMC secara umum. Namun terdapat korelasi pada dua dimensi kualitas hidup yakni dimensi fungsi fisik dan nyeri tubuh.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Korelasi antara Mutu Pelayanan PROLANIS BPJS terhadap Kualitas Hidup Pasien di *Unej Medical Center*”. Skripsi ini disusun untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, karena itu penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M. Kes. selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember beserta pimpinan;
2. dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes. selaku dosen pembimbing utama dan dr. Cicih Komariah, Sp. M. selaku dosen pembimbing anggota yang telah meluangkan waktu, perhatian, dan pikiran dalam penulisan skripsi ini;
3. dr. Yohanes Sudarmanto, M. Med. Ed dan Dr. dr. Aris Prasetyo, M. Kes. selaku dosen penguji yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
4. dr. Azham Purwandhono, M.Si. dan dr. Ika Rahmawati Sutejo, M. Biotech selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi dan bimbingan selama menjalani masa perkuliahan;
5. ayahanda Drs. Iskak Rokhmadi dan Ibunda Dra. Dyah Saraswati yang tak henti-hentinya mencurahkan segala kasih sayang, semangat, perhatian, dukungan moril maupun materiil serta do'a yang tulus dan tak pernah putus;
6. sahabat-sahabatku semenjak SD, hingga perguruan tinggi dan keluarga besar Vesalius angkatan 2013 yang memberikan rasa kebersamaan, keluarga, dan dukungannya;

7. civitas akademika fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah membantu banyak;
8. pihak *Unej Medical Center* yang telah banyak membantu selama penelitian ini;
9. beserta pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 7 April 2017

Penulis

DAFTAR ISI

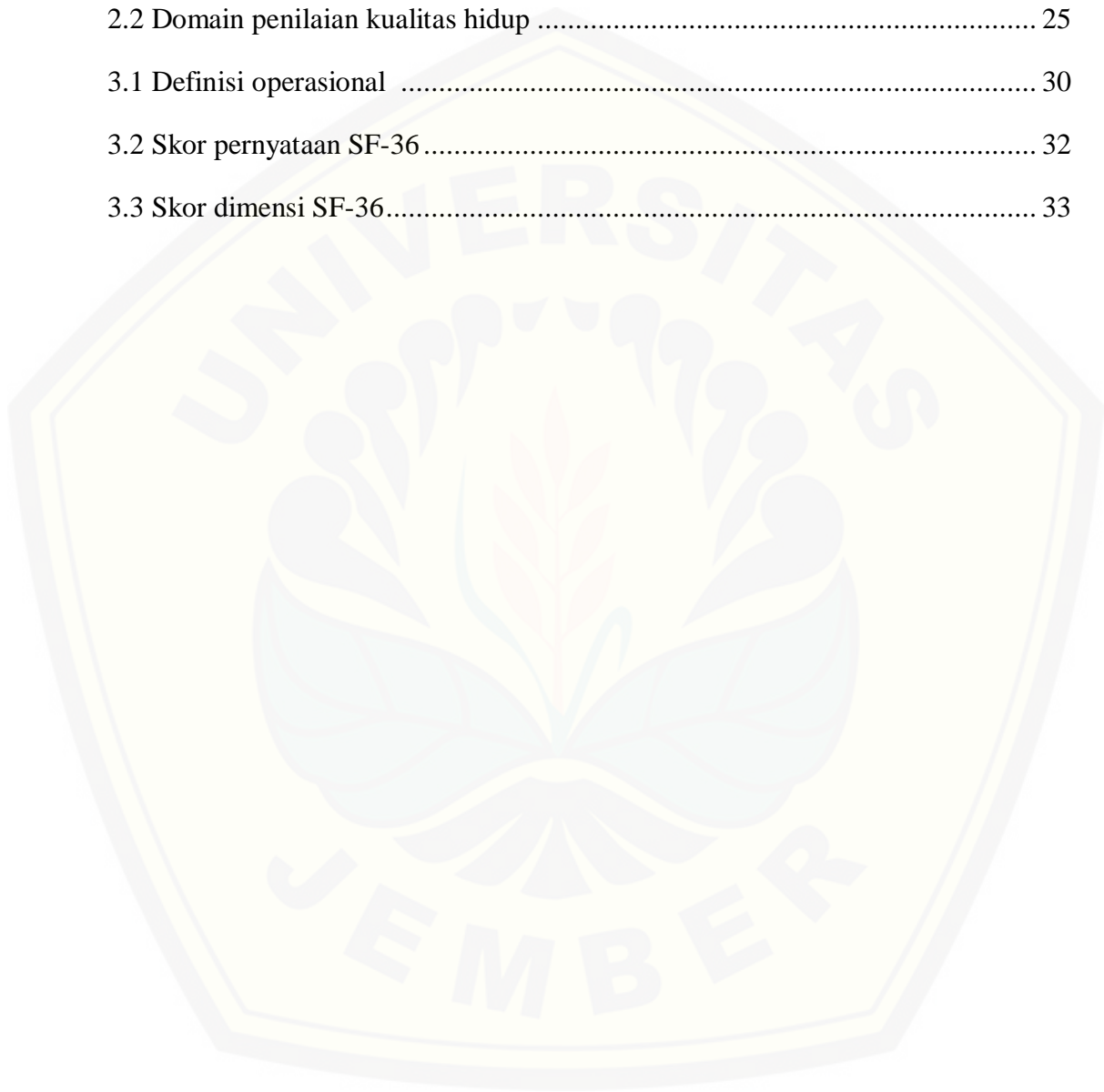
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	2
1.3. Tujuan	2
1.4. Manfaat	2
b. Manfaat bagi Insitusi	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1. Diabetes Melitus Tipe 2	4
2.1.1. Etiologi.....	4
2.1.2. Patofisiologi	5
2.1.3. Faktor risiko	8
2.1.4. Komplikasi	9
2.1.5. Diagnosis.....	9
2.1.6. Tatalaksana.....	9
2.2. Hipertensi	10
2.2.1. Klasifikasi Hipertensi	10

1.2.2. Etiologi dan Patofisiologi.....	10
1.2.3. Faktor risiko	11
1.2.4. Tatalaksana.....	12
2.3. Mutu Pelayanan Kesehatan	13
2.3.1. Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan	13
2.3.2. Dimensi mutu pelayanan kesehatan.....	13
2.4. Kualitas Hidup Pasien.....	14
2.4.1. Definisi kualitas hidup	14
2.4.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien.....	14
2.4.3. Pengukuran kualitas hidup pasien	16
2.5. Konsep Dasar PROLANIS BPJS	17
2.5.1. Definisi PROLANIS BPJS.....	17
2.5.2. Tujuan PROLANIS BPJS	17
2.5.3. Jenis Pelayanan.....	18
2.5.4. Aktifitas PROLANIS BPJS.....	18
2.5.5. Pengelolaan PROLANIS BPJS	20
2.6. Kerangka Teori.....	24
2.7. Hipotesis.....	24
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	25
3.1. Jenis Penelitian	25
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	25
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	25
3.3.1. Populasi.....	25
3.3.2. Sampel Penelitian	26
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	26
3.4.1. Kriteria Inklusi	26
3.4.2. Kriteria Eksklusi.....	26
3.5. Teknik Pengambilan Sampel.....	26
3.6. Identifikasi Variabel	26
3.7. Definisi Operasional	27
3.8. Prosedur Penelitian	28

3.8.1. Pengumpulan Data.....	28
a. Sumber Data.....	28
b. Teknik Pengumpulan Data.....	28
c. Alat Pengumpulan Data	28
3.8.2 Analisis Data	29
3.9. Uji Statistik.....	31
3.10. Pengolahan Data.....	32
3.10.1. Editing.....	32
3.10.2. Entry/Processing.....	32
3.10.3. Cleaning	32
3.11. Etika Penelitian.....	32
3.11.1 Informed consent	32
3.11.2. Kerahasiaan	32
3.11.3. Keanoniman	33
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	34
4.1 Hasil Penelitian.....	34
4.1.1 Pengukuran mutu pelayanan	34
4.1.2 Pengukuran kualitas hidup	35
4.2 Analisis data	36
4.3 Pembahasan	37
4.4 Hambatan dan Kelemahan	39
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	40
5.1 Kesimpulan.....	40
5.2 Saran	40
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	46

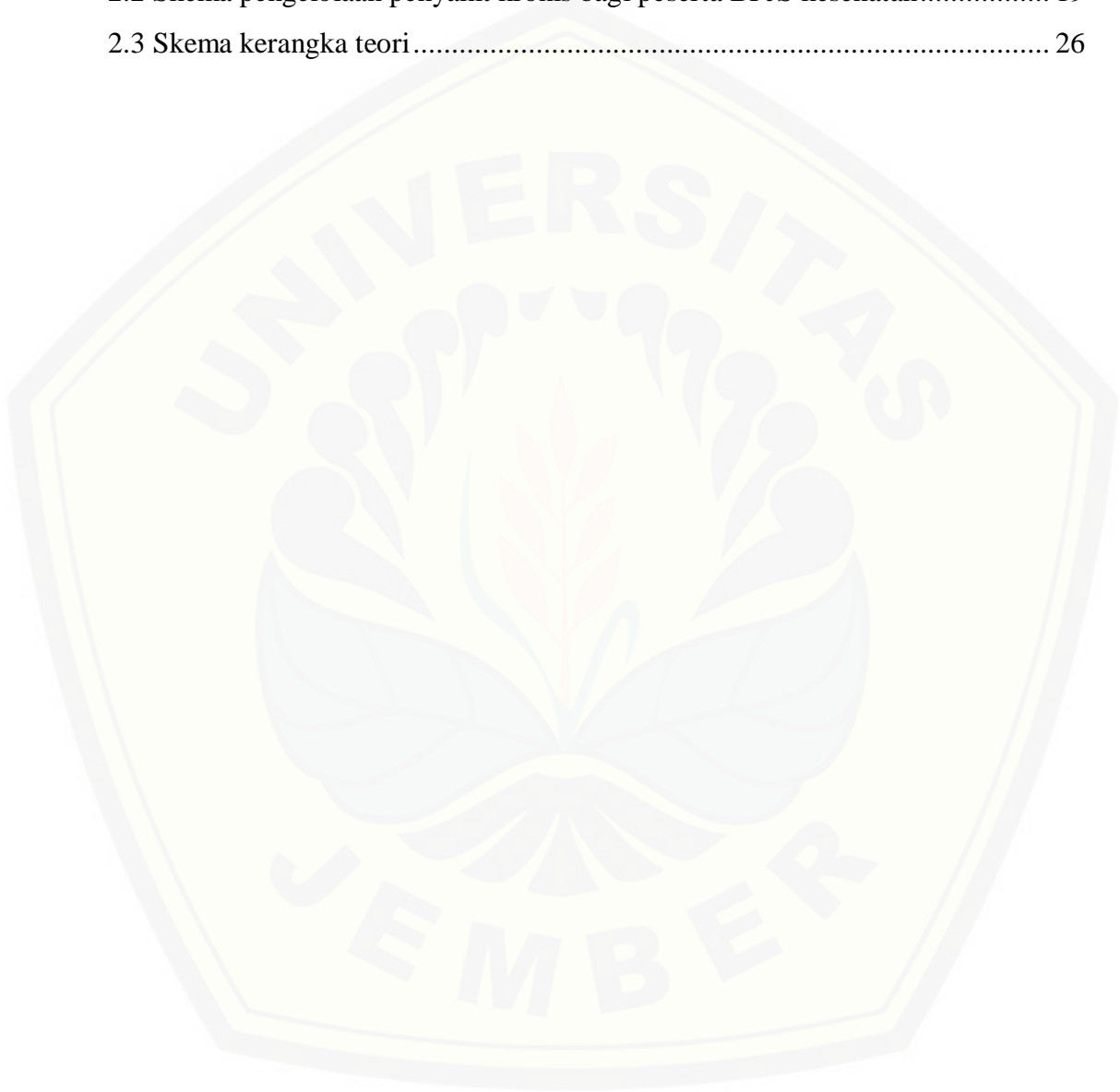
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC VII.....	12
2.2 Domain penilaian kualitas hidup	25
3.1 Definisi operasional	30
3.2 Skor pernyataan SF-36.....	32
3.3 Skor dimensi SF-36.....	33



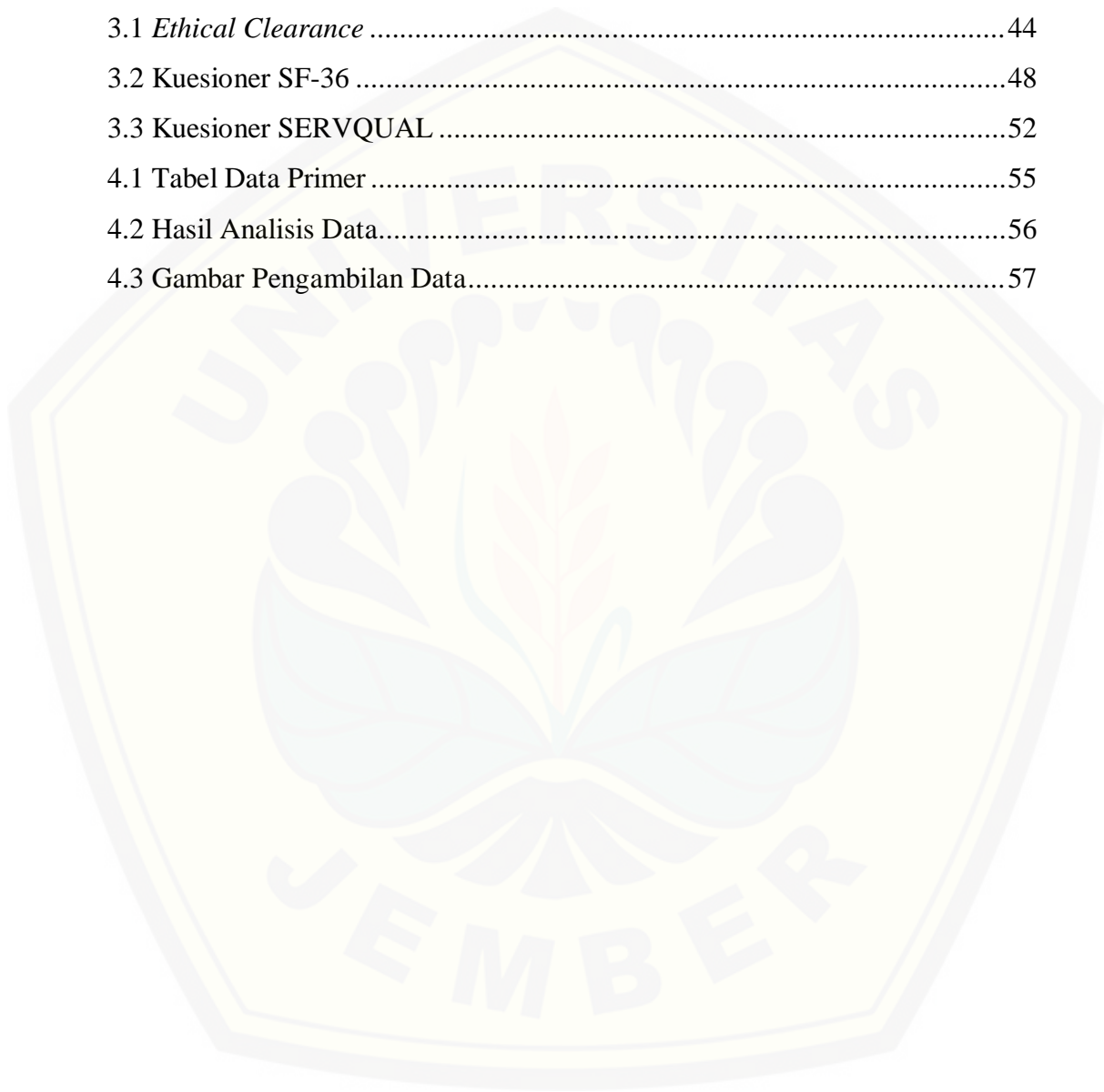
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Skema patofisiologi DM tipe 2	8
2.2 Skema pengelolaan penyakit kronis bagi peserta BPJS kesehatan.....	19
2.3 Skema kerangka teori.....	26



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 <i>Ethical Clearance</i>	44
3.2 Kuesioner SF-36	48
3.3 Kuesioner SERVQUAL	52
4.1 Tabel Data Primer	55
4.2 Hasil Analisis Data.....	56
4.3 Gambar Pengambilan Data.....	57



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) adalah sebuah program nasional yang dijalankan oleh badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS). PROLANIS BPJS ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup dari penderita penyakit kronis diabetes melitus (DM) tipe 2 dan hipertensi (BPJS Kesehatan, 2014). Penurunan kualitas hidup penderita, manajemen diabetes dan hipertensi yang sangat mahal memaksa pemerintah menerapkan program ini.

Semenjak diterapkannya PROLANIS BPJS pada tahun 2010, diharapkan dapat berjalan secara efektif. Terlebih lagi rata – rata biaya manajemen pengobatan yang harus dikeluarkan pemerintah terbilang tinggi sekitar Rp 2.250.000,00 per orangnya (International Diabetes Federation, 2015). Tahun 2015 pemerintah telah melakukan pengkajian terhadap laporan keuangan yang diajukan oleh BPJS. Berdasarkan pada laporan tersebut didapatkan bahwa penghematan biaya yang dilakukan semenjak berjalannya PROLANIS BPJS dan beberapa program BPJS yang lain sebesar Rp 1, 58 triliun. Angka tersebut tidaklah sedikit terutama untuk bidang pelayanan kesehatan (PPJK, 2015).

Selain itu hipertensi dan DM tipe 2 adalah penyakit kronis yang paling sering kita jumpai dimasyarakat, oleh karena itu dengan berjalannya PROLANIS BPJS di Indonesia diharapkan dapat menekan atau mengurangi kejadian dari dua penyakit tersebut. Berdasarkan data yang didapat tahun 2015 Indonesia memiliki sekitar 10 juta penduduk dewasa antara usia 20 – 79 tahun menderita diabetes. Angka kematian di Indonesia sendiri cukup tinggi yaitu 184.985 jiwa. DM tipe 2 sendiri mendominasi sekitar 90% dari seluruh kasus diabetes melitus di dunia (*International Diabetes Federation, 2015*). Setelah DM tipe 2, hipertensi merupakan tantangan besar di Indonesia karena hipertensi adalah kondisi yang sering dijumpai pada pelayanan kesehatan primer. Prevalensi dari hipertensi sendiri mencapai angka 25,8% yang terbilang tinggi (Kemenkes RI, 2014).

Tingginya angka kejadian dari kedua penyakit tersebut berdampak pula pada kualitas hidup penderitanya. Banyaknya komplikasi yang ditimbulkan dapat merubah segala persepsi kualitas hidup dari pasien. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan lingkungan dimana mereka berada (WHO, 1997). Masalah-masalah tersebut yang pada akhirnya mengganggu produktifitas dan kualitas hidup dari para penderitanya.

Sejalan dengan pentingnya kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi maka dari itu peran pelayanan yang diberikan sangatlah penting. Selain itu juga PROLANIS BPJS merupakan program yang termasuk dalam mutu pelayanan kualitas medik dari BPJS, dimana tenaga medislah yang menjadi ujung tombak dalam pelaksanaannya. Akan tetapi pada penelitian yang telah dilakukan oleh Sari pada tahun 2014 menyatakan bahwa PROLANIS BPJS dinilai kurang efektif dilihat dari beberapa indikator, seperti perubahan kadar gula darah puasa, kadar HbA1c, dan indeks masa tubuh. Berdasarkan penjelasan diatas, peneliti ingin meneliti tentang korelasi PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup ditinjau dari aspek mutu pelayanan sehingga peneliti mengambil judul penelitian korelasi antara mutu pelayanan PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup pasien di *Unej Medical Center (UMC)*.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang pada penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup pasien penderita DM tipe 2 dan hipertensi di UMC ?”

1.3. Tujuan

Mengetahui hubungan mutu pelayanan PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi di UMC.

1.4. Manfaat

a. Manfaat bagi Peneliti

1. Mengetahui secara lebih dalam tentang PROLANIS BPJS.

2. Mengetahui seberapa pengaruh PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi.
- b. Manfaat bagi Insitusi
1. BPJS
Mengetahui pengaruh dan keberhasilan PROLANIS BPJS terhadap pasien DM tipe 2 dan hipertensi di layanan tingkat pertama pada sebuah lembaga pendidikan.
 2. UMC
Mengetahui peran aktif UMC sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama pada sebuah lembaga pendidikan terhadap keberlangsungan PROLANIS BPJS.
 3. Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Menjadi salah satu literatur tambahan serta referensi untuk bidang keilmuan dari lingkup penelitian ini.
- c. Manfaat bagi Masyarakat
Masyarakat mendapat informasi mengenai seberapa pengaruh PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Diabetes Melitus Tipe 2

Dua ratus dua puluh juta manusia di seluruh negara menderita diabetes pada tahun 2004. World Health Organisation memperkirakan bahwa akan terjadi peningkatan jumlah penderita diabetes pada tahun 2030. Separuh kematian yang diakibatkan oleh diabetes terjadi pada usia produktif yaitu dibawah 70 tahun. Kasus kematian yang diakibatkan oleh diabetes dialami oleh negara dengan pendapatan rendah hingga menengah mencapai 80% (WHO, 2010).

Diabetes melitus tipe 2 adalah kumpulan dari berbagai disfungsi oleh karena hiperglikemia dan akibat dari resistensi kombinasi aksi insulin, insulin yang adekuat, dan sekresi glukagon yang tidak semestinya. Ketiadaan penatalaksanaan yang baik berakibat pada komplikasi di mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati. Tidak seperti pasien diabetes melitus tipe 1, pasien dengan tipe 2 tidak benar-benar tergantung pada insulin untuk hidup. Perbedaan ini adalah dasar istilah untuk membedakan diabetes tipe 1 dan 2, tergantung insulin dan tidak bergantung pada insulin (Khardori, 2016).

2.1.1. Etiologi

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan antara lain yaitu :

a. Usia

Manusia pada umumnya mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin (Sujono *et al.*, 2008).

b. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas

disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak (Sujono *et al.*, 2008).

c. Riwayat Keluarga

Anggota keluarga dekat pasien DM tipe 2 dan pada kembar non identik, risiko menderita penyakit ini 5 hingga 10 kali lebih besar daripada subjek dengan usia dan berat yang sama yang tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarganya. Penyakit ini tidak berkaitan dengan gen HLA tidak seperti diabetes melitus tipe 1. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa diabetes tipe 2 tampaknya terjadi akibat sejumlah defek genetik, masing-masing memberi kontribusi pada risiko dan masing-masing juga dipengaruhi oleh lingkungan (Robbins *et al.*, 2007).

d. Gaya hidup

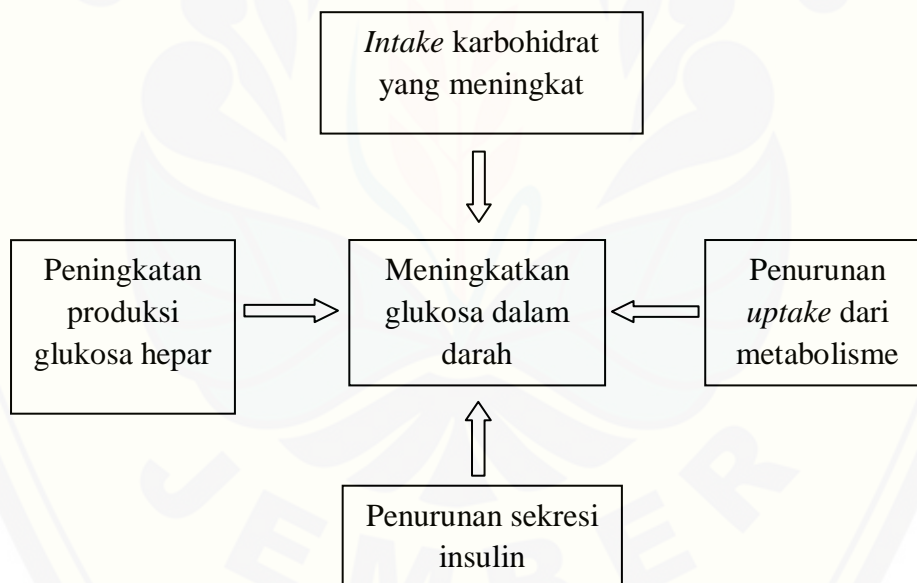
Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin (Smeltzer *et al.*, 2008).

2.1.2. Patofisiologi

Diabetes melitus tipe 2 disertai dengan adanya resistensi insulin perifer dan sekresi insulin yang tidak memadai oleh sel beta pankreas. Resistensi insulin yang telah dikaitkan dengan peningkatan kadar asam lemak bebas dan sitokin proinflamasi dalam plasma, menyebabkan penurunan transport glukosa ke dalam sel otot, produksi glukosa hepatic meningkat, dan peningkatan pemecahan lemak. Peran dari glukagon yang berlebih tidak bisa dianggap remeh. Diabetes tipe 2 terjadi parakrinopati pada pulau Langerhans dimana hubungan timbal balik antara sel alfa yang mensekresi glukagon dan sel beta tidak mensekresi insulin, menyebabkan hiperglukagonemia. Munculnya DM tipe 2 adalah terjadinya resistensi insulin dan sekresi insulin yang tidak memadai. Seluruh individu yang kelebihan berat badan memiliki resistensi insulin, tetapi diabetes hanya

berkembang pada mereka yang tidak bisa meningkatkan sekresi insulin yang memadai untuk mengkompensasi resistensi insulin mereka sendiri adalah beberapa contoh dari resistensi dan sekresi insulin yang tidak memadai. Konsentrasi insulin mereka mungkin tinggi, namun tidak cukup rendah untuk masuk pada kriteria glikemia (Khardori, 2016).

Secara sederhana, *intake* karbohidrat yang meningkat dapat meningkatkan glukosa dalam darah, begitu juga dengan penurunan *uptake* dari metabolisme dimana berpengaruh pada peningkatan glukosa darah. Penurunan sekresi insulin serta peningkatan produksi glukosa hepar juga ikut andil dalam terjadinya peningkatan glukosa dalam darah. Skema yang ditunjukkan dalam gambar 2.1 merupakan skema yang disederhanakan untuk patofisiologi metabolisme glukosa abnormal pada diabetes melitus tipe 2 digambarkan seperti dibawah ini :



Gambar 2.1 Skema patofisiologi DM tipe 2 (Khardori, 2016)

Beberapa faktor yang menjadi patofisiologi dari diabetes melitus tipe 2 antara lain :

a. Disfungsi sel beta

Disfungsi sel beta merupakan faktor utama di seluruh spektrum prediabetes dan diabetes. Disfungsi sel beta berkembang pada awal proses patologis dan tidak

selalu mengikuti tahap resistensi insulin. Teori fokus singular yang berbunyi “*be all and end all*” secara bertahap telah bergeser dan pilihan pengobatan yang merujuk pada patologi sel beta akan muncul untuk terapi tahap awal (Philippe *et al.*, 2014).

b. Resistensi insulin

Progresifitas toleransi glukosa dari keadaan normal hingga menjadi keadaan yang abnormal, yang pertama terjadi adalah kenaikan level dari glukosa darah postprandial. Hiperglikemia saat puasa pada akhirnya berkembang sebagai faktor penekan dari kegagalan glukoneogenesis hepatic. Selama induksi resistensi insulin (seperti yang terjadi karena diet tinggi kalori, pemberian steroid, atau aktivitas fisik), meningkatkan kadar glukagon dan meningkatkan kadar *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* (GIP) bersamaan dengan intoleransi glukosa. Namun, respon dari postprandial *glucagonlike peptide-1* (GLP-1) tidak menunjukkan adanya perubahan (Hansen *et al.*, 2011).

c. Faktor genomik

Genome, studi yang luas menyangkut *single nucleotide polymorphisms* (SNPs) telah mengidentifikasi beberapa varian genetik yang berhubungan dengan fungsi sel-beta dan resistensi insulin. Beberapa dari SNPs menunjukkan peningkatan pada risiko DM tipe 2. Lebih dari 40 independen lokus menunjukkan adanya hubungan dengan keanaikan risiko untuk DM tipe 2. Selain itu DM tipe 2 juga dapat memberikan efek pada variasi genetik seperti peningkatan hormon, dimana pelepasan dari sel endokrin di usus dan menstimulasi sekresi insulin sebagai respon kepada makanan yang dicerna. Contohnya, penurunan fungsi sel beta yang berhubungan dengan gen yang mengode reseptor dari GIPR (*gastric inhibitory polypeptide*). Mobilitas yang tinggi pada protein grup A1 (HMGA1) adalah kunci regulasi dari INSR (*insulin receptor gene*). Sedangkan variasi fungsi dari gen HMGA1 sangat berhubungan dengan peningkatan risiko dari diabetes itu sendiri (Leiter *et al.*, 2011).

d. Metabolisme asam amino

Metabolisme asam amino mungkin menjadi kunci dari perkembangan DM tipe 2 pada fase awal. Wang *et al.*, 2008 menjelaskan bahwa risiko dari diabetes

yang mendatang, setidaknya empat kali lebih tinggi pada individu yang berstatus normoglikemi dengan konsentrasi plasma puasa dari 3 asam amino (isoleucine, phenylalanine, dan tyrosine). Konsentrasi dari ketiga asam amino ini meningkat hingga 12 tahun dari onset diabetes itu sendiri. Dalam studi tersebut asam amino, amino, dan substansi metabolik polar lainnya telah tergambar menggunakan chromatography bersamaan dengan mass spectrometry.

2.1.3. Faktor risiko

Faktor risiko dari DM tipe 2 tidak lepas dari patofisiologi yang terjadi pada penderitanya. Beberapa faktor risiko yang mayor pada DM tipe 2 adalah :

- a. Usia diatas 45 tahun, meskipun seiring berjalannya waktu DM tipe 2 sudah mulai menyerang individu pada usia muda
- b. Berat badan melebihi 120% dari berat badan normal
- c. Riwayat penyakit DM tipe 2 pada keluarga
- d. RAS seperti Hispanic, Natif Amerika, Afrika Amerika, Asia Amerika, atau kepulauan Pasifik
- e. Riwayat IGT (*impaired glucose tolerance*) atau IFG (*impaired fasting glucose*)
- f. Hipertensi (>140/90 mmHg) atau dislipidemia (HDL kolesterol <40 mg/dL atau trigliserida >150 mg/dL)
- g. Riwayat diabetes melitus gestasional atau melahirkan bayi dengan berat lebih dari 4,5 kg
- h. Polisistik ovarian sindrom

Diluar faktor risiko mayor tadi juga masih terdapat faktor risiko lain, seperti akibat dari keturunan atau gen dari kerabat dan keluarga. Status kesehatan mental pun menjadi perhatian seperti depresi dan skizofrenia. Selain itu juga preeklamsi dan hipertensi gestasional menjadi salah satu faktor risiko dari DM tipe 2 ini (Feig *et al.*, 2013). Dalam penelitian lain yang dilakukan di daerah sekitar Jember faktor gaya hidup yang berkaitan erat dengan insidensi DM adalah banyaknya makan dalam sehari dan kebiasaan merokok sehingga menunjang tingginya angka kejadian DM di pedesaan sekitar wilayah Jember (Astuti, 2016).

2.1.4. Komplikasi

Komplikasi akibat dari DM tipe 2 sangatlah banyak dibahas dalam berbagai macam studi. Hal ini mengacu pada kelainan metabolik atau sistemik yang terjadi akibat ketidak seimbangan ataupun ketidak normalan dari kadar glukosa dalam darah. Berdasarkan pada ADA komplikasi diabetes tipe 2 dikategorikan menjadi 14 kategori mulai dari komplikasi pada kulit, komplikasi pada mata, neuropati, komplikasi pada kaki, penyakit paru, gangguan saluran cerna, gangguan vaskularisasi, infeksi, ketoasidosis, penyakit ginjal, hipertensi, stroke, hiperosmolar hiperglikemi nonketotik sindrom (HHNS) gastroparesis, penyakit jantung, kesehatan mental, dan kandungan (American Diabetes Association, 2010).

2.1.5. Diagnosis

Diagnosis klinis DM ditegakkan bila ada gejala khas DM berupa poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Jika terdapat gejala khas dan pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu (GDS) ≥ 200 mg/dl diagnosis DM sudah dapat ditegakkan. Hasil pemeriksaan Glukosa Darah Puasa (GDP) ≥ 126 mg/dl juga dapat digunakan untuk pedoman diagnosis DM. Untuk pasien tanpa gejala khas DM, hasil pemeriksaan glukosa darah abnormal satu kali saja belum cukup kuat untuk menegakkan diagnosis DM. Diperlukan investigasi lebih lanjut yaitu GDP ≥ 126 mg/dl, GDS ≥ 200 mg/dl pada hari yang lain atau hasil Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) ≥ 200 mg/dl (Ndraha, 2014).

2.1.6. Tatalaksana

Diabetes melitus tipe 2 lebih bersifat kronis, sehingga banyak komplikasi kronik yang terjadi dan sebagian besar mengenai organ vital yang dapat berakibat fatal. Oleh karena itu tatalaksana DM tipe 2 memerlukan terapi agresif untuk mencapai kendali glikemik dan kendali faktor risiko terutama kardiovaskular. Tercatat pada konsensus tahun 2011 pengelolaan DM dititik beratkan pada 4 pilar penatalaksanaan, yaitu: edukasi, terapi gizi, latihan jasmani dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2011).

2.2. Hipertensi

Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejala itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinitus), dan mimisan. Penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hampir 85 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya (American Heart Association, 2017).

2.2.1. Klasifikasi Hipertensi

Definisi hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat. Joint National Committee menetapkan empat tingkatan dalam pengklasifikasian tekanan darah. Klasifikasi hipertensi menurut JNC tertera dalam tabel 2.1 berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC VII

Klasifikasi Darah	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi <i>Stage 1</i>	140 – 159	90 – 99
Hipertensi <i>Stage 2</i>	160 atau >160	100 atau > 100

Sumber : Joint National Committee, 2003.

1.2.2. Etiologi dan Patofisiologi

Klasifikasi dan jenis hipertensi tebagi lagi menjadi beberapa macam yang nantinya dapat digunakan dalam membagi dan membedakan setiap jenisnya:

- a. Berdasarkan penyebab
 1. Hipertensi primer/hipertensi esensial

Jenis hipertensi idiopatik atau tidak diketahui penyebabnya, meskipun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti in-aktifitas dan pola makan. Jenis ini terjadi pada 90% penderita hipertensi.

2. Hipertensi sekunder/hipertensi non esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Terjadi pada 5-10% penderita hipertensi, biasanya terjadi karena penyakit gagal ginjal. Kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu seperti pil KB menyebabkan sekitar 1-2%.

b. Berdasarkan bentuk hipertensi

Hipertensi diastolik, hipertensi campuran yaitu sistol dan diastol yang meninggi, dan hipertensi sistolik. Jenis hipertensi yang lain adalah hipertensi pulmonal yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru yang menyebabkan sesak nafas, pusing dan pingsan saat beraktivitas. Jenis lain yang kedua adalah hipertensi pada kehamilan, dimana dibagi lagi menjadi empat jenis antara lain :

- a. Preeklampsia-eklampsia atau yang diakibatkan kehamilan/keracunan kehamilan.
- b. Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang sudah ada sejak sebelum ibu mengandung janin.
- c. Preeklampsia pada hipertensi kronik, merupakan gaungan preeklampsia dengan hipertensi kronik.
- d. Hipertensi gestasional atau hipertensi yang sesaat (Kemenkes RI, 2014).

1.2.3. Faktor risiko

Hipertensi adalah penyakit yang bersifat multifaktorial, disebut multifaktor karena memiliki banyak faktor risiko dan penyebabnya. Faktor risiko hipertensi antara lain jenis kelamin, usia, riwayat keluarga, genetik dimana faktor genetik adalah faktor yang tidak dapat diubah/dikontrol. Kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol adalah faktor risiko akibat dari kesalahan dalam pola hidup atau *lifestyle* dari penderita. Obesitas, kurang aktifitas fisik, stres,

penggunaan estrogen merupakan faktor pencetus lain dari penderita hipertensi itu sendiri (Kemenkes RI, 2014).

1.2.4. Tatalaksana

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat ataupun dengan cara memodifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam tidak lebih dari $\frac{1}{4} - \frac{1}{2}$ sendok teh (6 gram/hari), menurunkan berat badan, hindari minum-minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olah raga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, jogging, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3 - 5x/minggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stress.

Ada pun makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh penderita hipertensi adalah:

- a. Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
- b. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biscuit, crackers, keripik dan makanan kering yang asin).
- c. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, soft drink).
- d. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
- e. Susu full cream, mentega, margarine, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
- f. Bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
- g. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

Di Indonesia terdapat pergeseran pola makan, yang mengarah pada makanan cepat saji dan yang diawetkan yang kita ketahui mengandung garam tinggi, lemak

jenuh, dan rendah serat mulai menjamur terutama di kota-kota besar di Indonesia (Kemenkes RI, 2014).

2.3. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pengguna jasa layanan kesehatan (Kemenkes, 2012).

2.3.1. Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan

Berdasarkan pada buku yang dibuat oleh Muninjaya tahun 2014, layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu masukan/input, proses dan lingkungan. Terdapat tiga pendekatan penilaian mutu yaitu :

a. *Input*

Aspek struktur meliputi segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. Input fokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

b. *Proses*

Merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen.

c. *Output*

Aspek keluaran adalah mutu pelayanan yang diberikan melalui tindakan dokter, perawat yang dapat dirasakan oleh pasien dan memberikan perubahan ke arah tingkat kesehatan dan kepuasan yang diharapkan pasien.

2.3.2. Dimensi mutu pelayanan kesehatan

Dimensi mutu jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Muninjaya (2014) menuliskan dalam bukunya, terdapat lima aspek komponen mutu

pelayanan dikenal dengan nama *Servqual (Service Quality)*. Dimensi mutu menurut terdiri dari :

a. *Tangibility* (bukti fisik)

Bukti fisik yaitu mutu pelayanan dapat dirasakan langsung terhadap penampilan fasilitas fisik serta pendukung pendukung dalam pelayanan.

b. *Reliability* (kehandalan)

Kehandalan adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditetapkan.

c. *Responsiveness* (daya tanggap)

Daya tanggap yaitu kesediaan petugas untuk memberikan pelayanan yang cepat sesuai prosedur dan mampu memenuhi harapan pelanggan.

d. *Assurance* (jaminan)

Jaminan yaitu berhubungan dengan rasa aman dan kenyamanan pasien karena adanya kepercayaan terhadap petugas yang memiliki kompetensi, kredibilitas dan ketrampilan yang tepat dalam memberikan pelayanan dan pasien memperoleh jaminan pelayanan yang aman dan nyaman

e. *Empathy* (perhatian)

Perhatian yang dimaksud berhubungan dengan kepedulian dan perhatian petugas kepada setiap pelanggan dengan mendengarkan keluhan dan memahami kebutuhan serta memberikan kemudahan bagi seluruh pelanggan dalam menghubungi petugas.

2.4. Kualitas Hidup Pasien

2.4.1. Definisi kualitas hidup

Kualitas hidup didefinisikan dengan berbagai arti dan istilah, WHO pada tahun 1997 mendefinisikan bahwa kualitas hidup sebagai persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada (norma) (WHO, 2011).

2.4.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien

Pengobatan dan DM tipe 2 serta hipertensi itu sendiri dapat mempengaruhi dari kualitas hidup pasien. Kualitas hidup ini sangatlah penting bagi pasien

diabetes dan pemberi layanan kesehatan. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien khususnya dan telah diteliti antara lain :

a. Usia

Diabetes melitus tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak terjadi yaitu sekitar 90-95% dari seluruh penderita DM dan banyak didapati pada usia dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan karena resistensi insulin pada DM tipe 2 cenderung meningkat pada usia 40-65 tahun, riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan (Smeltzer *et al.*, 2008).

b. Jenis kelamin

Kedua penyakit ini memberikan efek yang kurang baik terhadap kualitas hidup penderita. Wanita memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien laki-laki secara bermakna. Sementara pada penelitian yang dilakukan oleh Wu pada tahun 2007 melaporkan bahwa pasien laki-laki lebih banyak mendapatkan dukungan dari anggota keluarga.

c. Tingkat pendidikan

Kualitas hidup yang rendah memberikan hasil yang signifikan berhubungan dengan tingkat pendidikan yang rendah serta kebiasaan aktifitas fisik yang kurang (Spasic, 2014).

d. Status sosial ekonomi

Pendapatan yang rendah, tingkat pendidikan yang kurang berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup penderita (Isa *et al.*, 2006). Kualitas hidup yang rendah juga memberikan hasil yang signifikan berhubungan dengan sosial ekonomi yang rendah dan tingkat pendidikan yang rendah (Gautam *et al.*, 2009)

e. Lama menderita

Ditemukan bahwa pasien yang telah menderita DM dan hipertensi ≥ 11 tahun memiliki efikasi diri yang baik daripada pasien yang telah menderita DM < 10 tahun. Hal ini disebabkan oleh karena pasien telah berpengalaman mengelola penyakitnya (Wu, 2006).

f. Komplikasi diabetes melitus

Pasien pada umumnya menunjukkan kualitas hidup yang cukup baik berdasarkan kuesioner WHO tentang kualitas hidup. Kualitas hidup yang rendah

dihubungkan dengan berbagai komplikasi dari DM tipe 2 seperti hipertensi, gangren, katarak, obesitas, penurunan berat badan, perubahan fungsi seksual, serta komplikasi yang merupakan keadaan gawat darurat layaknya hipoglikemi dan hiperglikemi (Gautam *et al.*, 2009).

2.4.3. Pengukuran kualitas hidup pasien

Pengukuran kualitas hidup pasien menggunakan SF-36 (*short form 36*) guna mengukur kualitas hidup dari pasien yang telah digunakan pada dua penelitian dengan kedua penyakit yaitu hipertensi dan DM tipe 2. Penelitian yang pertama dilakukan oleh Mizan Kahirun Nissa pada tahun 2013 dengan penelitian yang menjadikan pasien DM tipe 2 sebagai subjeknya. Penelitian kedua dilakukan oleh Franciska Melani pada tahun 2016 dengan subjek penelitiannya adalah pasien yang menderita hipertensi.

Terdapat 8 dimensi yang diukur pada kualitas hidup. Domain penilaian kualitas hidup tersebut dapat dilihat pada tabel kualitas hidup berikut,

Tabel 2.2 Domain penilaian kualitas hidup

No	Domain	Aspek yang dinilai
1	Fungsi fisik	Kemampuan untuk menyelesaikan suatu aktifitas yang dibutuhkan untuk hidup mandiri
2	Kesehatan fisik	Keterbatasan peran sehari-hari oleh karena keterbatasan secara fisik
3	Nyeri tubuh	Nyeri yang timbul oleh karena dampak penyakit yang sedang diderita
4	Kesehatan secara umum	Persepsi responden terhadap keadaan kesehatan yang dirasakan saat ini
5	Vitalitas	Kemampuan atau keinginan untuk bertahan hidup
6	Fungsi sosial	Masalah sosial yang ditimbulkan oleh karena masalah emosi atau fisik
7	Kesehatan emosional	Keterbatasan peran sehari-hari oleh karena keterbatasan secara emosional
8	Kesehatan mental	Persepsi responden terhadap keadaan kejiwaan yang dirasakan saat ini

Sumber : Ware *et al.*, 2004

2.5. Konsep Dasar PROLANIS BPJS

2.5.1. Definisi PROLANIS BPJS

PROLANIS BPJS (program pengelolaan penyakit kronis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS (badan penyelenggara jaminan sosial) Kesehatan. Program ini dilaksanakan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Program tersebut memadukan sistem pelayanan kesehatan dan komunikasi kepada populasi yang memiliki kondisi dimana kemandirian diri merupakan hal utama (BPJS Kesehatan, 2014). Berdasarkan peraturan BPJS Kesehatan nomor 2 tahun 2015, PROLANIS BPJS adalah suatu sistem yang memadukan antara penatalaksanaan pelayanan kesehatan dan komunikasi bagi sekelompok peserta dengan kondisi penyakit tertentu melalui upaya penanganan penyakit secara mandiri. Program tersebut merupakan salah satu program promotif preventif yang dijalankan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diusung kerjasama dengan BPJS Kesehatan di antara program lain seperti penyuluhan kesehatan, imunisasi, Keluarga Berencana (KB), dan skrining kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

2.5.2. Tujuan PROLANIS BPJS

Fokus utama dari program ini adalah untuk mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki hasil baik pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM tipe 2 dan hipertensi sesuai panduan klinis terkait. Secara tidak langsung hal ini dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit dari kedua penyakit kronis tersebut. Selain itu tujuan dibuatnya PROLANIS BPJS adalah untuk mendorong kemandirian peserta, meningkatkan kepuasan peserta, meningkatkan kualitas kesehatan peserta, dan mengendalikan biaya pelayanan kesehatan dalam jangka panjang (BPJS Kesehatan, 2014).

2.5.3. Jenis Pelayanan

Terdapat enam jenis pelayanan yang diberikan oleh BPJS melalui PROLANIS BPJS, yaitu :

- a. konsultasi kesehatan atau edukasi
- b. klub PROLANIS BPJS
- c. *reminder*
- d. *home visit*
- e. pelayanan obat rutin
- f. pemantauan kesehatan

2.5.4. Aktifitas PROLANIS BPJS

Aktifitas yang dijalankan pada PROLANIS BPJS yaitu konsultasi medis, edukasi kelompok peserta PROLANIS BPJS, *reminder*, *homevisit*, pelayanan obat secara rutin, dan pemantauan kesehatan. Jadwal konsultasi medis peserta PROLANIS BPJS disepakati bersama antara peserta dengan faskes pengelola. Peserta dapat menyampaikan keluhan yang dirasakan kepada pelayanan kesehatan sehingga keadaan pasien dapat terkontrol oleh faskes pengelola. Selain itu untuk menjaga kebugaran peserta PROLANIS BPJS diadakan program olahraga rutin oleh faskes pengelola seperti senam PROLANIS BPJS.

Edukasi kelompok peserta PROLANIS BPJS (edukasi klub risti) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta PROLANIS BPJS. Sasaran dari klub PROLANIS BPJS adalah terbentuknya kelompok peserta klub PROLANIS BPJS yang minimal satu fasilitas kesehatan (faskes) mengelola satu klub. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan edukasi. Langkah pertama yang dilakukan untuk edukasi kelompok peserta PROLANIS BPJS yaitu mendorong faskes pengelola melakukan identifikasi peserta terdaftar sesuai tingkat severitas penyakit DM Tipe 2 dan hipertensi yang disandang. Faskes pengelola melakukan skrining terhadap pasien tersebut untuk diketahui tingkat atau derajat dari penyakit yang dialami. Kemudian memfasilitasi koordinasi antara

faskes pengelola dengan organisasi profesi atau dokter spesialis di wilayahnya dan memfasilitasi penyusunan kepengurusan dalam klub. Selanjutnya memfasilitasi penyusunan kriteria duta PROLANIS BPJS yang berasal dari peserta. Duta PROLANIS BPJS bertindak sebagai motivator dalam kelompok PROLANIS BPJS (membantu faskes pengelola melakukan proses edukasi bagi anggota klub yang lainnya). Langkah selanjutnya yaitu memfasilitasi penyusunan jadwal dan rencana aktifitas klub minimal 3 bulan pertama, kemudian melakukan monitoring aktifitas edukasi pada masing-masing faskes pengelola yaitu dengan menerima laporan aktifitas edukasi dari faskes pengelola dan menganalisis data. Setelah itu dilakukan penyusunan umpan balik kinerja faskes PROLANIS BPJS dan membuat laporan kepada kantor divisi regional / kantor pusat dengan tembusan kepada organisasi profesi terkait di wilayahnya.

Aktivitas PROLANIS BPJS selanjutnya yaitu *reminder* melalui *SMS gateway*. *reminder* adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada faskes pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke faskes pengelola tersebut. Sasaran *SMS gateway* adalah tersampainya reminder jadwal konsultasi peserta ke masing-masing faskes pengelola. Langkah – langkah yang dilakukan untuk *SMS gateway* adalah melakukan rekapitulasi nomor *handphone* peserta PROLANIS BPJS atau keluarga peserta per masing-masing faskes pengelola, kemudian memasukan data nomor *handphone* kedalam aplikasi *SMS gateway*, dan melakukan rekapitulasi data kunjungan dari peserta per faskes pengelola. Selanjutnya dilakukan pemasukan data jadwal kunjungan dari peserta per faskes pengelola, kemudian melakukan monitoring aktifitas *reminder* (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat *reminder*), melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat reminder dengan jumlah kunjungan, dan membuat laporan kepada kantor divisi regional atau kantor pusat.

Home Visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta PROLANIS BPJS untuk pemberian informasi atau edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta PROLANIS BPJS dan keluarga. Sasaran *home visit* yaitu peserta PROLANIS BPJS dengan kriteria peserta baru terdaftar, peserta tidak

hadir terapi di Dokter Praktek Perorangan/Klinik/Puskesmas 3 bulan berturut-turut, peserta dengan GDP/GDPP di bawah standar 3 bulan berturut-turut (PPDM), peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut (PPHT), dan peserta pasca opname. Langkah–langkah yang harus dikerjakan saat melakukan *home visit* yaitu melakukan identifikasi sasaran peserta yang perlu dilakukan. *Home visit*, memfasilitasi faskes pengelola untuk menetapkan waktu kunjungan, bila diperlukan dilakukan pendampingan pelaksanaan *home visit*, melakukan administrasi *home visit* kepada faskes pengelola dengan berkas formulir *home visit* yang mendapat tanda tangan peserta/keluarga peserta yang dikunjungi dan lembar tindak lanjut dari *home visit*/lembar anjuran faskes pengelola. Kemudian dilakukan monitoring aktifitas *home visit* (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat *home visit*), melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat *home visit* dengan jumlah peningkatan angka kunjungan dan status kesehatan peserta, dan membuat laporan kepada kantor divisi regional atau kantor pusat.

Aktifitas PROLANIS BPJS lain yaitu pelayanan obat secara rutin termasuk kaitannya dengan program rujuk balik (PRB) dan pemantauan kesehatan. Program rujuk balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di faskes tingkat pertama atas rekomendasi atau rujukan balik dari dokter spesialis atau sub spesialis yang merawat (BPSJ Kesehatan, 2014).

2.5.5. Pengelolaan PROLANIS BPJS

Berdasarkan pada buku panduan PROLANIS BPJS yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2014, persiapan pelaksanaan PROLANIS BPJS dijelaskan sebagai berikut:

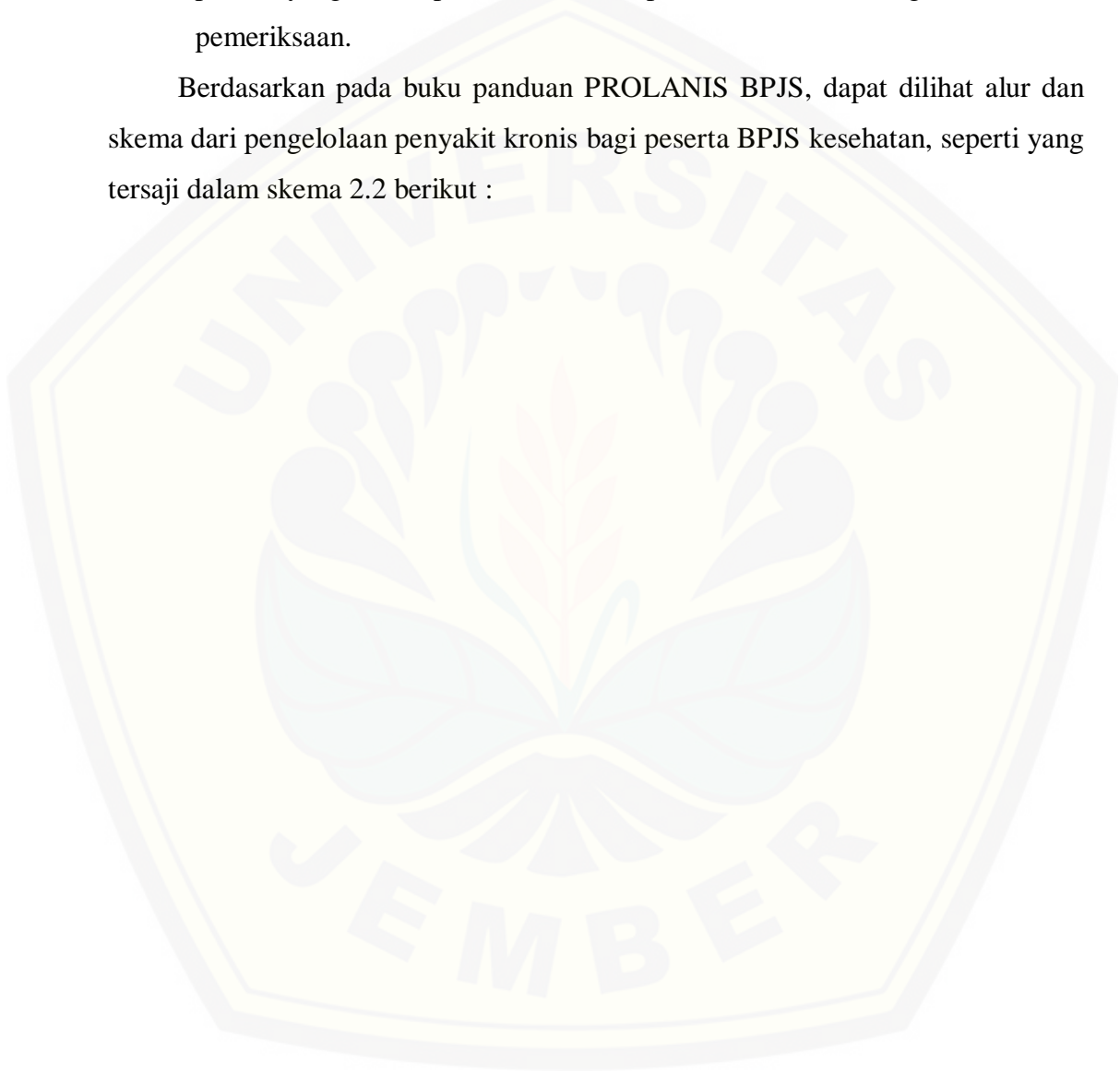
a. Pengelolaan oleh BPJS:

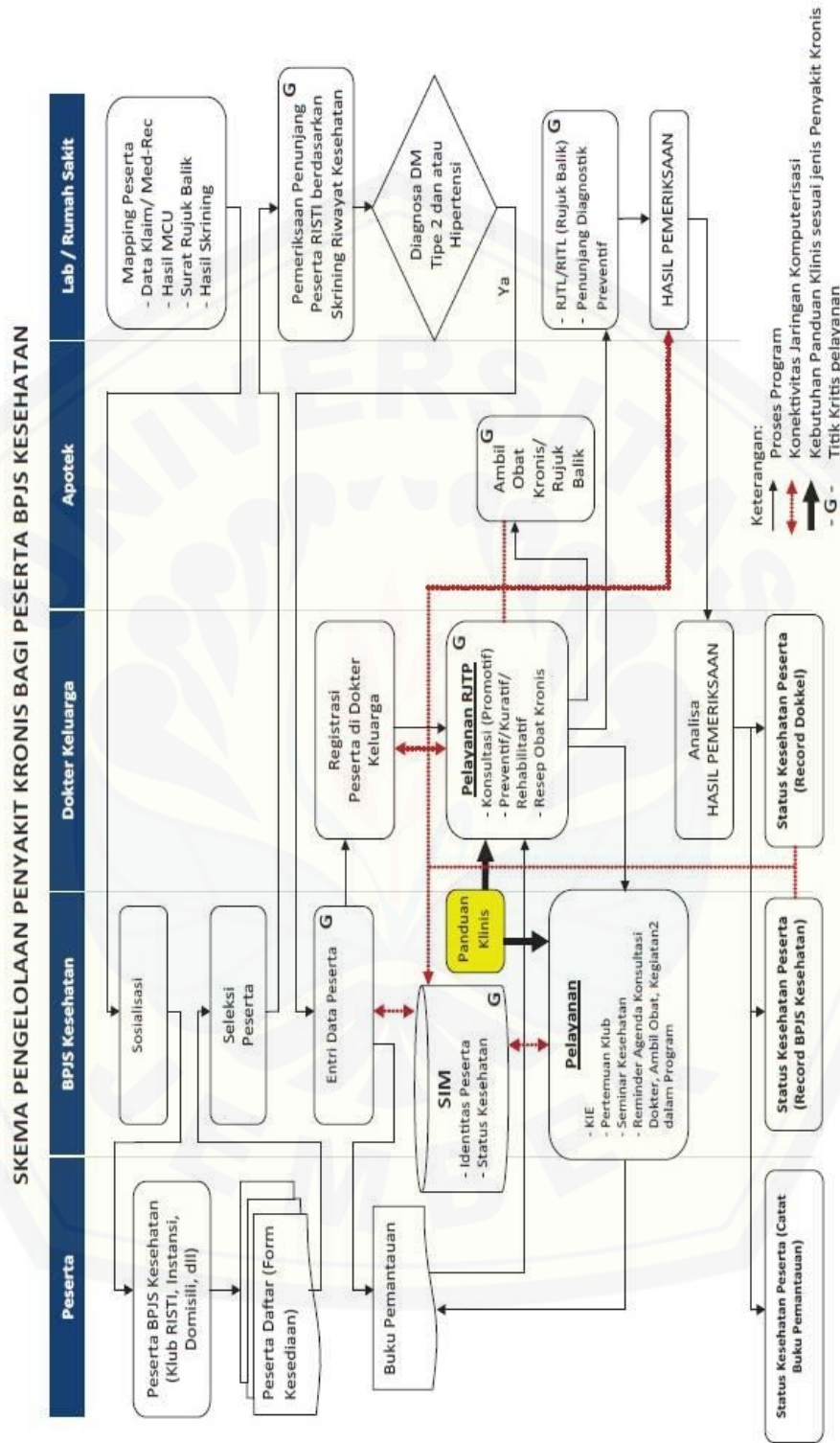
1. Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:
 - hasil skrining riwayat kesehatan dan atau

- hasil diagnosa DM tipe 2 dan hipertensi (pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rumah sakit)
2. Menentukan target sasaran.
 3. Melakukan pemetaan faskes dokter keluarga/ puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta.
 4. Menyelenggarakan sosialisasi PROLANIS BPJS kepada faskes pengelola.
 5. Melakukan pemetaan jejaring faskes pengelola (apotek, laboratorium).
 6. Permintaan pernyataan kesediaan jejaring faskes untuk melayani peserta PROLANIS BPJS.
 7. Melakukan distribusi data peserta PROLANIS BPJS sesuai faskes pengelola.
 8. Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per faskes pengelola (data merupakan luaran Aplikasi P-Care).
 9. Melakukan Monitoring aktifitas PROLANIS BPJS pada masing-masing faskes pengelola:
 - Menerima laporan aktifitas PROLANIS BPJS dari faskes pengelola.
 - Menganalisa data.
 10. Menyusun umpan balik kinerja faskes PROLANIS BPJS.
 11. Membuat laporan kepada kantor divisi regional/ kantor pusat.
- b. Pengelolaan oleh pihak faskes:
1. Melakukan sosialisasi PROLANIS BPJS kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronis di RS, dan lain-lain).
 2. Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang DM tipe 2 dan hipertensi untuk bergabung dalam PROLANIS BPJS.
 3. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta PROLANIS BPJS.
 4. Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar PROLANIS BPJS.
 5. Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar.

6. Melakukan entri data peserta dan pemberian flag peserta PROLANIS BPJS.
7. Melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, tekanan darah, IMT, HbA1C. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan.

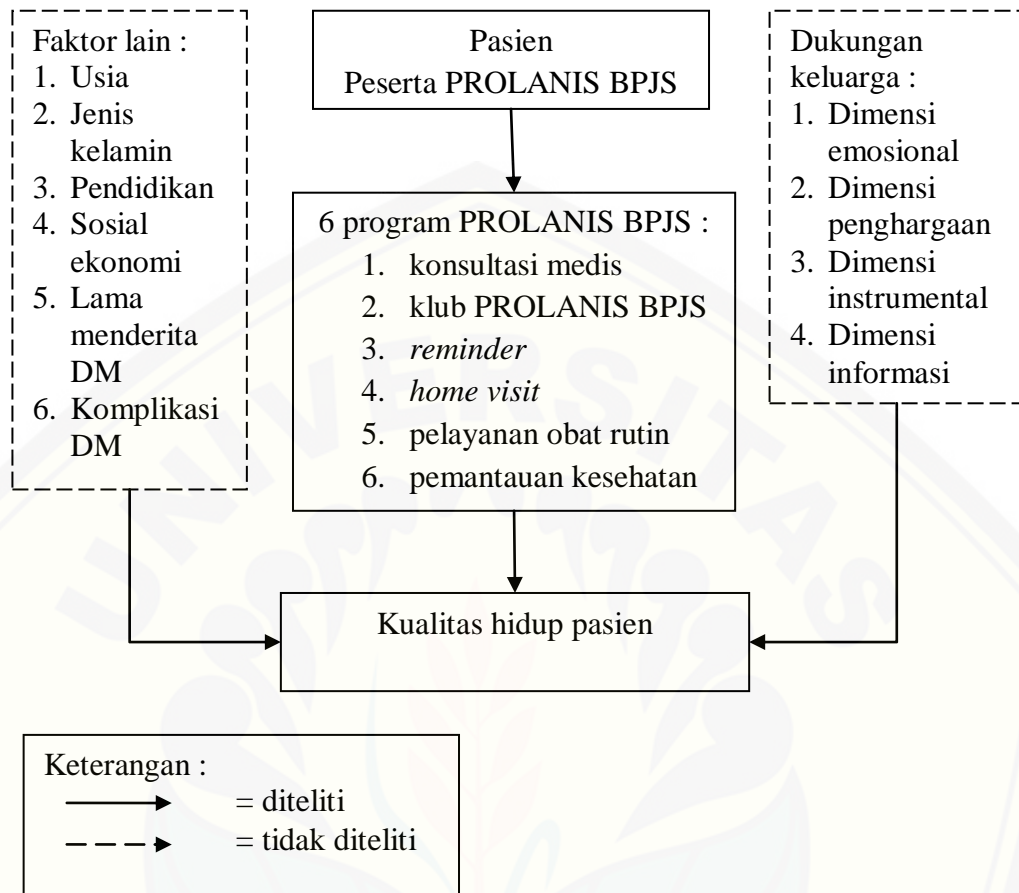
Berdasarkan pada buku panduan PROLANIS BPJS, dapat dilihat alur dan skema dari pengelolaan penyakit kronis bagi peserta BPJS kesehatan, seperti yang tersaji dalam skema 2.2 berikut :





Gambar 2.2 Skema pengelolaan penyakit kronis bagi peserta BPJS kesehatan

2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Skema kerangka teori

2.7. Hipotesis

Dari pendahuluan serta tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas dapat diambil hipotesis, mutu pelayanan PROLANIS BPJS memiliki hubungan terhadap kualitas hidup pasien peserta PROLANIS BPJS.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian deskripsi analitik. Metode yang digunakan adalah kuesioner dengan pendekatan *cross-sectional* yaitu mengambil data pada satu waktu. Penelitian dengan pendekatan *cross sectional* berusaha mempelajari hubungan atau fenomena antara variabel independen sebagai penyebab dengan dampak pada variabel dependen. Faktor dan dampaknya akan diobservasi pada saat yang sama (Budiharto, 2008).

Peneliti memilih untuk menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena untuk mengidentifikasi ada tidaknya korelasi atau hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen dalam satu kali pengukuran. Alat ukur yang digunakan oleh peneliti adalah berupa kuesioner. Sedangkan tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis korelasi mutu pelayanan PROLANIS BPJS terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan hipertensi di UMC.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di tempat dan waktu yang berbeda sesuai dengan kesanggupan dari responden, yaitu :

- a. *home visit* dengan mendatangi rumah responden yang dilakukan mulai tanggal 16 Januari 2017;
- b. *Unej Medical Center* bersamaan dengan aktifitas klub PROLANIS BPJS pada tanggal 27 Januari 2017.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari subjek yang memenuhi seperangkat kriteria yang ditentukan peneliti (Siswojo dalam Setiadi, 2007). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien DM tipe 2 dan hipertensi yang terdaftar dalam PROLANIS BPJS kesehatan di UMC, Kecamatan Sumbersari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur.

3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah bagian dari populasi pasien DM tipe 2 dan hipertensi yang juga pengguna layanan kesehatan BPJS di UMC. Sampel penelitian ini menggunakan metode *total sampling*.

3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Peserta PROLANIS BPJS di UMC selama minimal 4 minggu
2. Dapat berkomunikasi secara lisan
3. Bersedia menjadi responden penelitian

3.4.2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien dalam keadaan tidak sadar atau mengalami kelemahan kondisi fisik sehingga tidak memungkinkan untuk berkomunikasi.

3.5. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan peneliti mengambil teknik *total sampling* dikarenakan jumlah populasi yang kurang dari 100, sehingga seluruh populasi dijadikan sampel penelitian. Responden dipilih berdasarkan keikutsertaanya dalam PROLANIS BPJS. Responden akan menjawab langsung pertanyaan kuesioner dari peneliti. Jumlah total responden dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi adalah 22 orang.

3.6. Identifikasi Variabel

a. Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menyebabkan terjadinya perubahan pada variabel lain. Variabel bebas pada penelitian ini adalah mutu pelayanan yang didapatkan melalui kuesioner SERVQUAL. SERVQUAL meliputi : *tangibility* (bukti fisik), *Reliability* (handal),

responsiveness (tanggap), *assurance* (jaminan), *empathy* (perhatian). Responden diminta untuk menjawab pertanyaan melalui wawancara dengan bantuan kuesioner. Didapatkan hasil nilai harapan dan nilai persepsi mutu pelayanan.

b. Variabel terikat

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien yang didapatkan melalui wawancara dengan menggunakan *Short Form 36* (SF-36). Hasil wawancara didapatkan nilai kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi peserta BPJS di UMC.

3.7. Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian berikut ini dapat dijelaskan dalam tabel 3.1 berikut :

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Skala	Hasil ukur
1	Kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan hipertensi	Persepsi atau pandangan subjektif pasien DM tipe 2 dan hipertensi terhadap kepuasan dan dampak yang dirasakan baik pada kemampuan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan yang dialami pada empat minggu terakhir.	Kuesioner SF-36 yang sudah divalidasi dan digunakan pada penelitian sebelumnya oleh Mizan Khairun Nissa pada tahun 2013 dan Franciska Melani tahun 2016	Numerik	Hasil dari jumlah kumulatif skor yang diberikan oleh responden tentang kualitas hidup meliputi dampak dan kepuasan.

No	Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Skala	Hasil ukur
2	Mutu pelayanan	Pelayanan yang diberikan oleh pihak BPJS Kesehatan melalui PROLANIS BPJS yang meliputi <i>tangibility, Reliability, responsiveness, assurance, dan empathy</i>	Kuisisioner SERVQUAL (<i>Service Quality</i>)	Numerik	Skor kumulatif dari masing-masing aspek dengan skor tertinggi 5 dan terendah 1.

3.8. Prosedur Penelitian

3.8.1. Pengumpulan Data

a. Sumber Data

Data penelitian ini merupakan data primer yang didapatkan dengan mewawancarai responden dengan bantuan pihak lain. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua bagian yaitu: bagian pertama berhubungan dengan mutu pelayanan dari program PROLANIS BPJS berdasarkan SERVQUAL (Service Quality), bagian kedua yang berhubungan dengan kualitas hidup berdasarkan pada kuesioner SF-36.

b. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan teknik wawancara dengan kuesioner untuk mendapatkan data primer dari responden. Wawancara dilakukan oleh orang lain yang dipercaya peneliti dan diberi pengenalan dan pelatihan dalam memahami alat yang digunakan.

c. Alat Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan lembar kuesioner sebagai alat pengumpulan data. Lembar kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis yaitu lembar kuesioner untuk informasi mutu PROLANIS BPJS dan lembar kuesioner kualitas hidup dari pasien DM tipe 2 dan hipertensi. Kedua kuesioner saling terkait agar nantinya dapat dihubungkan hasilnya menjadi korelasi kualitas hidup pasien dengan efektivitas PROLANIS BPJS dalam bidang mutu pelayanan.

Peneliti menggunakan SERVQUAL sebagai instrumen dikarenakan peneliti menginginkan nilai dari pelayanan baik dari segi program yang dijalankan dan UMC sebagai fasilitator. Penggunaan SF-36 didasarkan pada beberapa penelitian sebelumnya yang telah menggunakan kuesioner ini guna meneliti kedua jenis penyakit yaitu DM tipe 2 dan hipertensi.

3.8.2 Analisis Data

Data yang didapat kemudian diolah sesuai dengan standar masing-masing kuesioner. Data-data yang diolah tersebut sebelumnya dikonversi menjadi nilai skor dengan hasil numerik. Penilaian skor kedua kuesioner adalah sebagai berikut:

a. SERVQUAL

Dalam penelitian ini SERVQUAL digunakan untuk meneliti mutu pelayanan dari PROLANIS BPJS. Mutu pelayanan didapatkan dari sebuah gap yang disebut gap 5. Gap 5 adalah selisih antara nilai persepsi responden dari pelayanan yang diterima dikurangi dengan nilai harapan responden terhadap pelayanan yang diinginkan. Nilai persepsi adalah nilai yang didapatkan dari pasien terhadap pelayanan yang mereka terima. Nilai harapan adalah nilai yang diberikan pasien untuk fasilitas kesehatan berdasarkan pada keinginan mereka. Pertanyaan yang diajukan adalah sama dengan alat yang sama. Langkah pertama adalah memberikan pertanyaan guna mendapatkan persepsi pasien, yang kedua untuk mendapatkan harapan pasien (Roohi *et al.*, 2011).

Nilai gap didapatkan dari masing lima dimensi disetiap aspek persepsi dan harapan kemudian dijumlahkan lalu diambil rata-rata nilai total gap. Skor dalam kuesioner ini berdasarkan dengan skala *Likert*, seperti berikut:

sangat buruk	= 0;
buruk	= 25;
cukup baik	= 50;
baik	= 75;
sangat baik	= 100.

Nilai gap yang didapatkan memiliki arti jika bernilai positif atau mendekati nol, maka tingkat kepuasan atau mutu pelayanan berdasarkan persepsi pelanggan

semakin baik. Nilai negatif memiliki arti bahwa mutu pelayanan masih belum memenuhi harapan atau kepuasan dari pasien (Pena *et al.*, 2013).

Dalam penggunaan SERVQUAL, peneliti telah mengklasifikasikan tentang setiap dimensi dengan aspek pelayanan. Berdasarkan klasifikasi dimensi dan aspek pelayanan tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 3.2 Klasifikasi dimensi dan aspek pelayanan

Dimensi SERVQUAL	Aspek pelayanan
<i>Reliability</i>	Pelayanan obat rutin
<i>Assurance</i>	Konsultasi medis/edukasi
<i>Tangibility</i>	Fasilitator (UMC)
<i>Empathy</i>	<i>Reminder, home visit</i>
<i>Responsiveness</i>	Pemantauan kesehatan, klub PROLANIS BPJS

b. SF-36

Short Form-36 digunakan untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan hipertensi. Berdasarkan pedoman yang digunakan, pembagian skor SF-36 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3 Skor pertanyaan SF-36

Nomor pertanyaan	Jumlah pilihan jawaban	Interval
1, 2, 20, 22, 32, 33, 34, 35, 36	5	25
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	3	50
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	2	100
21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	6	20

Sumber: *Quality of Life Research*, Hawthorne *et al.*, 2007

Setelah nilai dari masing-masing pertanyaan telah ditentukan maka dikelompokkan berdasarkan dengan dimensi masing-masing. Pada tabel 3.3 menunjukkan nomor pertanyaan di setiap dimensinya, seperti berikut:

Tabel 3.4 Skor dimensi SF-36

Subvariabel	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan dari tabel 3.2
Fungsi fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Keterbatasan fisik	4	13, 14, 15, 16
Nyeri tubuh	2	21, 22
Kesehatan secara umum	6	1, 2, 33, 34, 35, 36
Vitalitas	4	23, 27, 29, 31
Fungsi sosial	2	20, 32
Kesehatan emosional	3	17, 18, 19
Kesehatan mental	5	24, 25, 26, 28, 30

Sumber: *Quality of Life Research*, Hawthrone *et al.*, 2007

Nilai skor akhir ditentukan dengan jumlah total konversi dari tabel 3.2 kemudian dikelompokkan berdasarkan tabel 3.3 dan dibagi dengan jumlah pertanyaan tiap dimensi.

3.9. Uji Statistik

Data dianalisis menggunakan program SPSS. Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi variabel bebas dan variabel terikat. Selanjutnya dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *Saphiro Wilk* dikarenakan jumlah sampel dibawah 50 orang. Analisis bivariant digunakan untuk melihat korelasi hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji yang digunakan untuk menguji korelasi dua sampel dependen dan independen dengan bentuk data numerik adalah uji korelasi *Pearson*. Uji tersebut dilakukan dengan syarat data terdistribusi normal. Uji korelasi juga dilakukan pada delapan dimensi kualitas hidup untuk mengetahui dimensi yang memiliki korelasi dengan mutu pelayanan.

3.10. Pengolahan Data

3.10.1. Editing

Jawaban kuesioner dari responden secara langsung diolah, tapi perlu diperiksa terlebih dahulu terkait kelengkapan jawaban (Setiadi, 2007). Proses *editing* penelitian ini dilakukan sendiri oleh peneliti.

3.10.2. Entry/Processing

Data dari responden dimasukkan ke dalam tabel berupa pengkodean dengan program statistik SPSS yang ada di komputer (Setiadi, 2007). Data-data tersebut berkaitan dengan variabel penelitian yaitu data tentang kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan hipertensi yang ikut serta dalam PROLANIS BPJS kesehatan.

3.10.3. Cleaning

Notoatmojo (2010) mengungkapkan bahwa kesalahan-kesalahan dalam pengkodean, ketidaklengkapan data, dan lain-lain yang berhubungan dengan data dapat terjadi setelah semua data dari responden dimasukkan. Oleh sebab itu perlu dilakukan *Cleaning* untuk pembersihan data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan (Setiadi, 2007).

3.11. Etika Penelitian

3.11.1 Informed consent

Responden penelitian diberikan informasi yang lengkap tentang penelitian yang dilakukan melalui *informed consent*. Definisi dari *informed consent* adalah suatu izin atau pernyataan responden yang diberikan secara bebas, sadar, dan rasional setelah mendapat informasi dari peneliti. *Informed consent* tersebut dapat melindungi pasien dari segala kemungkinan perlakuan yang tidak disetujui responden, sekaligus melindungi peneliti terhadap kemungkinan akibat penelitian yang bersifat negatif (Achadiat, 2006). Pada penelitian ini dilakukan pemberian informasi terkait dengan penelitian oleh peneliti. Kemudian diberikan *informed consent* secara lisan dan tertulis apakah responden bersedia.

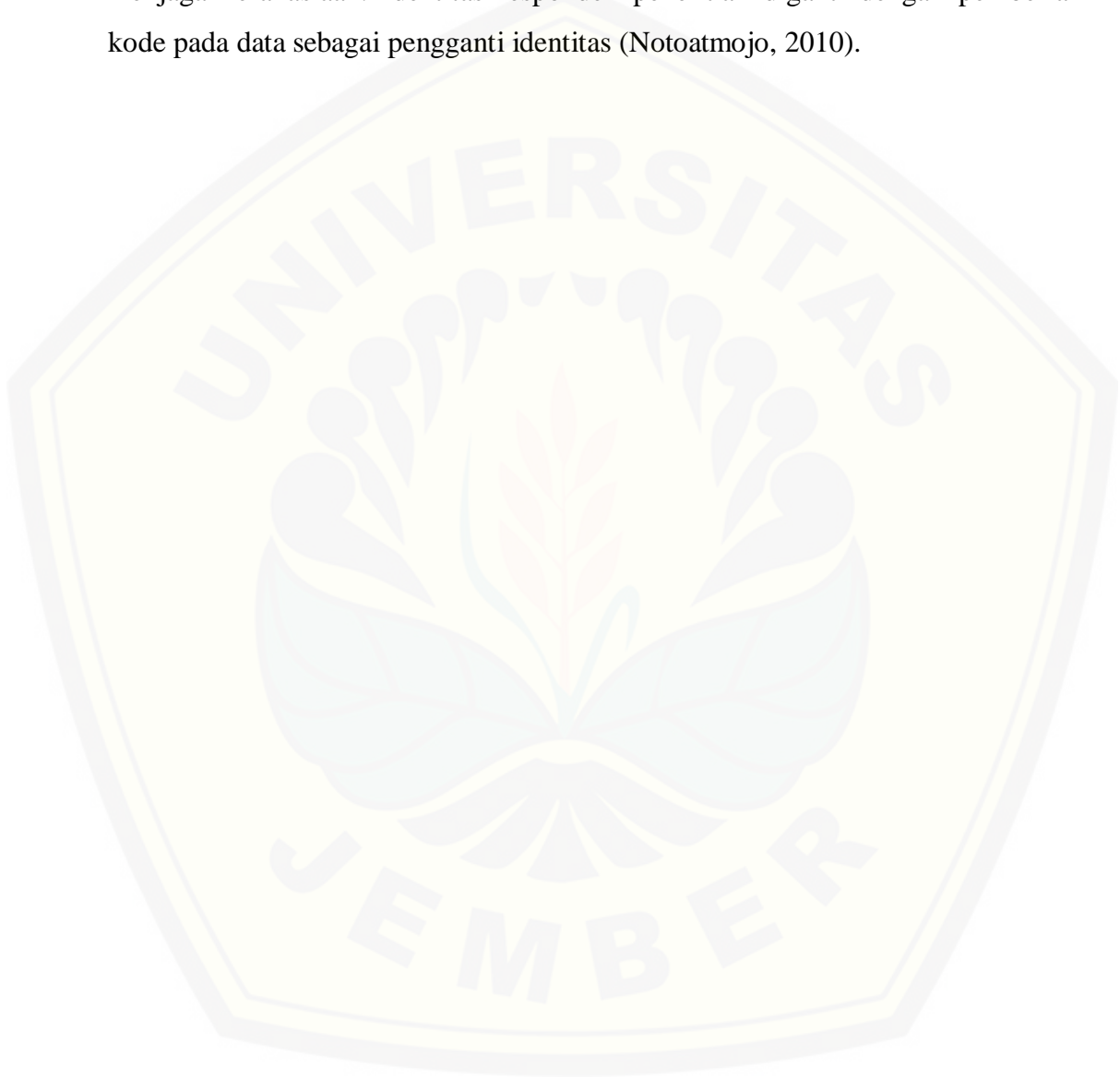
3.11.2. Kerahasiaan

Peneliti menjamin semua informasi yang diberikan oleh responden tidak dilaporkan dengan cara apapun agar orang lain selain peneliti tidak mampu

mengidentifikasi responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada hasil penelitian.

3.11.3. Keanoniman

Peneliti tidak mencantumkan identitas responden pada penelitian untuk menjaga kerahasiaan. Identitas responden penelitian diganti dengan pemberian kode pada data sebagai pengganti identitas (Notoatmojo, 2010).



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan yang diberikan oleh PROLANIS BPJS tidak memiliki hubungan terhadap kualitas hidup dari pasien di UMC secara umum.
2. Terdapat korelasi antara mutu pelayanan pada dua dimensi kualitas hidup yakni dimensi fungsi fisik dan nyeri tubuh.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, penulis dapat memberikan beberapa saran untuk instansi dan penelitian berikutnya sebagai berikut.

a. Instansi terkait:

Berdasarkan hasil wawancara terdapat beberapa masukan terkait pelayanan yang diberikan oleh pihak UMC dan BPJS terhadap responden penelitian ini.

Beberapa masukan tersebut antara lain:

1. Kebersihan dari sarana dan prasarana di UMC sendiri.
2. Letak laboratorium yang berbelok-belok dan licin apabila hujan turun.
3. Belum adanya tanda larangan merokok di sekitar lingkungan UMC.
4. Program *home visit* dirasa tidak efektif oleh responden karena memiliki jangka waktu yang lama yakni 3 bulan.
5. Namun hampir seluruh pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat, dokter, dan staff yang lain.

b. Penelitian selanjutnya:

Berdasarkan pada hasil penelitian ini penulis dapat memberikan beberapa saran untuk penelitian selanjutnya:

1. Pada penelitian selanjutnya akan lebih baik bila ada penelitian pendahulu sebagai penelitian pembandingan, seperti keterlaksanaannya program PROLANIS BPJS.
2. Pada penelitian selanjutnya lebih baik bila menggunakan jumlah sampel yang lebih banyak dengan populasi yang lebih luas tidak hanya satu instansi namun dapat dikembangkan hingga instansi lain.

3. penelitian selanjutnya akan lebih baik bila dapat memfokuskan pada satu jenis penyakit yang diteliti antara DM tipe 2 atau hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, C. M. 2006. *Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran dalam Tantangan Zaman*. Jakarta: EGC.
- American Diabetes Association. 2010. Diagnosis and Classification of Diabetes Melitus. *Diabetes Care*: 33(1): 562-9.
- American Heart Association. 2016. The Facts About High Blood Pressure : https://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/GettheFactsAboutHighBloodPressure/The-Facts-About-High-Blood-Pressure_UCM_002050_Article.jsp. [Diakses pada : 27 Januari 2017].
- Astuti, I. S. W. 2016. Karakteristik Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Insidensi Diabetes Mellitus Diwilayah Kerja Puskesmas Mayang Dan Ledokombo. *Makalah Orasi Ilmiah*. Jember: Pertemuan Ilmiah Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Jember. 15 Maret.
- BPJS Kesehatan. 2014. *Panduan Praktis PROLANIS BPJS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis)*. Jakarta.
- Budiharto. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan dengan Contoh Bidang Ilmu Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta: Aditya Media.
- De Vries, J. & Van Heck, G.L. 1997. The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. *Validation Study with the Dutch Version*. *European Journal of Psychological Assessment*. Vol. 13(3): 164-178.
- Feig, D. S., B. R. Shah, L. L. Lipscombe, C. F. Wu, J. G. Ray, J. Lowe. 2013. Preeclampsia as A Risk Factor for Diabetes: A Population-based Cohort Study. *PloS Med*.
- Fitriani, R. N. 2010. Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Penderita Diabetes Melitus Melakukan Senam Diabetes Di Persadia RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Skripsi FKM Universitas Airlangga Surabaya
- Gautam, Y., A. Sharma, A. Agarwal, M. Bhatnagar, R. Trehan. 2009. A Cross-sectional Study of QOL of Diabetic Patients at Tertiary Care Hospitals in Delhi. Vol. 34 (4): 346- 350. *Indian Journal of Community Medicine*.
- Hansen A. M., T. B. Bodvarsdottir, D. N. Nordestgaard, R. S. Heller, C. F. Gotfredsen, K. Maedler, J.J. Fels, J. J. Holst, A. E. Karlsen. 2011. Upregulation of alpha cell glucagon-like peptide 1 (GLP-1) in Psammomys obeseus. DOI: 10.1007/s00125-011-2080-1. Vol. 54 (6): 1379-1387. PubMed.

- International Diabetic Federation. 2015. *Urban Rural Prevalence Estimates*. Western Pasific.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; Hipertensi*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Laporan Akuntabilitas Kinerja*. Jakarta.
- Khardori, R. 2016. Type 2 Medscape : Diabetes Melitus. <http://emedicine.medscape.com/article/117853-overview>. [Diakses pada 27 Oktober 2016].
- Robbins S. L., V. Kumar, R. S. Cotran. 2007. Buku Ajar Patologi Robbins. Jakarta: EGC. Edisi 7(1).
- Leiter, A. B., H. J. Li, S. K. Ray, N. K. Singh, B. Johnston. 2011. Basic helix-loop-helix transcription factors and enteroendocrine cell differentiation. DOI: 10.1111/j.1463-1326.2011.01438.x. Vol. 1 : 5-12. PubMed.
- Mardiati, R., S. Joewana, H. Kurniadi, Isfandari, R. Sarasvita. 2004. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Bref. Jakarta.
- Muninjaya, G. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mosadeghrad, A.M. 2014. Factors Influencing Healthcare Service Quality. DOI: 10.15171/ijhpm.2014.65. PubMed.
- Ndraha, S. 2014. Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini. [http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE Diabetes Melitus Tipe 2 dan tata laksana terkini.pdf](http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Melitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf). [Diakses pada 16 Oktober 2016].
- NHS England & Public Health England. 2015. National NHS Diabetes Prevention Programme. <https://www.gov.uk/government/news/national-nhs-diabetes-initiative-launched-in-major-bid-to-prevent-illness>. [Diakses pada 11 Oktober 2016].
- NIH American Diabetes Association. 2012 Financial Help for Diabetes Care. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/financial-help-diabetes-care> [Diakses pada 11 Oktober 2016].
- Ningtyas, D., P. Wahyudi, dan I. Prasetyowati. 2013. Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. *Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa*.

- Nissa, M. K. 2013. Hubungan Kadar Glukosa Darah Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Cilegon Periode Januari – Mei 2013. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pena, M. M., Silva, E. M. S., Tronchin, D. M. R., & Melleiro, M. M. 2013. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500030. Vol. 47 (5): 1227-1232.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: Pengurus Besar Perkeni.
- Philippe A. H., Polonsky, K. S., Bowden, D. W., Hawkins, M. A., Ling, C., Mather, K. J., Powers, A.C., Rhodes, C. J., Sussel, L., & Weir, G. C. 2014. b-Cell Failure in Type 2 Diabetes: Postulated Mechanisms and Prospects for Prevention and Treatment. DOI: 10.2337/dc14-0396. Vol. 37: 1751-1758.
- Purnamasari D. 2009. Diagnosis dan klasifikasi diabetes melitus. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jakarta: Interna Publishing. Edisi 5(3).
- Putri, A. E. 2014. Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Nasional. Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Roohi, G., Hamid, A., Ali, A. A., & Ali, A. 2011. Evaluation of Client's Expectation and Perception Gap Regarding the Quality of Primary Healthcare Service in Healthcare Centers of Gorgan. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. Vol. 09 (03).
- Sari, A. N. 2014. Efektivitas Pelaksanaan Program Penyakit Kronis (PROLANIS BPJS) Dalam Penanganan Diabetes Melitus Tipe 2 Oleh Dokter Keluarga di Kecamatan Turi, Sleman. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.
- Setiadi. 2007. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C., B. G. Bare. 2008. *Brunner And Sudarth's textbook Of medical-surgical nursing*. Agung. Jakarta: EGC.
- Spasic, Radovanovic, Dordevic, Stefanovic, Cvetkovic. 2014. Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis*. DOI: 10.2478/afmnai-2014-0024. Vol. 31 (3): 193-200.
- Sujono, R., dan Sukarmin. 2008. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Suyono S. 2006. *Diabetes Melitus di Indonesia*. Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Pusat penerbitan Ilmu Penyakit dalam FK UI. Edisi IV.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004. *Sistem Janiman Sosial Nasional*. Jakarta.
- Wang, J., R. Luben, K. T. Khaw, S. Bingham, N. J. Wareham, N. G. Forouhi. 2008. Dietary Energy Density Predicts the Risk of Incident Type 2 Diabetes: the European Prospective Investigation of Cancer (EPIC).
- World Health Organization, 2011. Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> [Diakses pada 11 Desember 2016]
- Yang, Dall, Halder, Gallo, Kowal, Hogan. 2012. Economic Cost of Diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. DOI: 10.2337/dc12-2625. Vol. 36 (4): 1033-1046.
- Yusra, A. 2011. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. *Tesis*. Depok: Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran 3.1 *Ethical Clearance*



The image shows a scanned document titled 'KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK' (Ethical Clearance Certificate) from the Universitas Jember Research, Technology, and Higher Education Commission. The document is dated January 11, 2017, and is signed by dr. Rini Riyanti, Sp.PK, the Chair of the Research Ethics Committee. The certificate approves a research protocol titled 'EFEKTIFITAS PROLANIS BJPS TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI UNEJ MEDICAL CENTER'. The principal investigator is Adhang Isdyarsa (NIM.132010101060) from the Faculty of Medicine, Universitas Jember. The document includes the university's logo, contact information, and a large watermark of the university's emblem in the background.

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
KOMISI ETIK PENELITIAN
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :
fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVA
Nomor : 1 109 /H25.1.11/KE/2016

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

EFEKTIFITAS PROLANIS BJPS TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI UNEJ MEDICAL CENTER

Nama Peneliti Utama : Adhang Isdyarsa (NIM.132010101060)
Name of the principal investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 11 Januari 2017
Ketua Komisi Etik Penelitian


dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lain.

Saran Komisi Etik :

- Subyek penelitian menandatangani informed consent
- Saran : adanya kompensasi bagi subyek penelitian
- Peneliti mendapat ijin dari pimpinan institusi tempat penelitian.
- Peneliti ikut menjaga kerahasiaan data rekam medik dan data penelitian lainnya serta hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian ini
- Jalannya penelitian tidak mengganggu pelayanan
- Hasil penelitian disampaikan pada pimpinan institusi tempat penelitian

Jember, 11 Januari 2017



(dr. Rini Riyanti, Sp.PK)



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

KOMISI ETIK PENELITIAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :
fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVA

Nomor : 1.109 /H25.1.11/KE/2016

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

**EFEKTIFITAS PROLANIS BJPS TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN DI UNEJ
MEDICAL CENTER**

Nama Peneliti Utama : Adhang Isdyarsa (NIM.132010101060)
Name of the principal investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 23 Maret 2017
Ketua Komisi Etik Penelitian



dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

- Subyek penelitian menandatangani informed consent.
- Saran : adanya kompensasi bagi subyek penelitian.
- Peneliti mendapat izin dari pimpinan institusi tempat penelitian.
- Peneliti menjaga kerahasiaan data rekam medis dan data lainnya serta hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian ini.
- Jalannya penelitian tidak mengganggu pelayanan.
- Hasil penelitian disampaikan pd pimpinan institusi tempat penelitian.

Jember 11/03/2017
Reviewer

Nama : dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Lampiran 3.2 Kuesioner SF-36

KUESIONER (QUESTIONAIRE)**KUALITAS HIDUP SF-36****(SF-36 QUALITY OF LIFE)**

1. Bagaimana anda mengatakan kondisi kesehatan anda saat ini ?

- Sangat baik sekali = 1
- Sangat baik = 2
- Baik = 3
- Cukup baik = 4
- Buruk = 5

2. Bagaimana kesehatan anda saat ini dibandingkan satu tahun yang lalu ?

- Sangat lebih baik = 1
- Lebih baik = 2
- Sama saja = 3
- Lebih buruk = 4
- Sangat buruk = 5

Dalam 4 minggu terakhir apakah keadaan kesehatan anda sangat membatasi aktifitas yang anda lakukan dibawah ini ?

Keterangan :

SM = Sangat Membatasi

SdM = Sedikit Membatasi

TM = Tidak Membatasi

No.	Pernyataan	SM	SdM	TM
3.	Aktifitas yang membutuhkan banyak energi, mengangkat benda berat, melakukan olah raga berat.			
4.	Aktifitas ringan seperti memindahkan meja, menyapu, jogging/jalan santai.			
5.	Mengangkat atau membawa barang ringan (misalnya belanjaan, tas)			
6.	Menaiki beberapa anak tangga			
7.	Menaiki satu tangga			
8.	Menekuk leher/tangan/kaki, bersujud atau membungkuk			
9.	Berjalan lebih dari 1,5 km			
10.	Berjalan melewati beberapa gang/1km			
11.	Berjalan melewati satu gang/0,5 km			
12.	Mandi atau memakai baju sendiri.			

Selama 4 minggu terakhir apakah anda mengalami masalah-masalah berikut dibawah ini dengan pekerjaan anda atau aktifitas anda sehari-hari sebagai akibat dari masalah anda ?

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
13.	Menghabiskan seluruh waktu anda untuk melakukan pekerjaan atau aktifitas lain.		
14.	Menyelesaikan pekerjaan tidak tepat pada waktunya.		
15.	Terbatas pada beberapa pekerjaan atau aktifitas lain.		
16.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas-aktifitas lain (misalnya yang membutuhkan energi ekstra seperti mendongkrak/bertukang, mencuci).		

Selama 4 minggu terakhir apakah pekerjaan atau aktifitas sehari-hari anda mengalami beberapa masalah dibawah ini sebagai akibat dari masalah emosi anda (seperti merasa sedih/tertekan atau cemas).

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
17.	Menghabiskan seluruh waktu anda untuk melakukan pekerjaan atau aktifitas lain.		
18.	Menyelesaikan pekerjaan tidak lama dari biasanya.		
19.	Dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain tidak berhati-hati sebagaimana biasanya.		

20. Dalam 4 minggu terakhir seberapa besar kesehatan fisik anda atau masalah emosional mengganggu aktifitas sosial anda seperti biasa dengan keluarga, teman, tetangga atau perkumpulan anda ?

- Tidak mengganggu = 1
- Sedikit mengganggu = 2
- Cukup mengganggu = 3
- Mengganggu sekali = 4
- Sangat mengganggu sekali = 5

21. Seberapa besar anda merasakan nyeri pada tubuh anda selama 4 minggu terakhir

- Tidak ada nyeri = 1
- Nyeri sangat ringan = 2
- Nyeri ringan = 3
- Nyeri sedang = 4
- Nyeri sekali = 5
- Sangat nyeri sekali = 6

22. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar rasa sakit/nyeri mengganggu pekerjaan anda sehari-hari (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan didalam rumah)?

- Tidak mengganggu sedikitpun = 1
- Sedikit mengganggu = 2
- Cukup mengganggu = 3
- Sangat mengganggu = 4
- Sangat mengganggu sekali = 5

Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini adalah tentang bagaimana perasaan anda dalam 4 minggu terakhir, untuk setiap pertanyaan silahkan beri 1 jawaban yang paling sesuai dengan perasaan anda.

Keterangan :

- S = Selalu
- HS = Hampir Selalu
- CS = Cukup Sering
- KK = Kadang-kadang
- J = Jarang
- TP = Tidak Pernah

No.	Pernyataan	S	HS	CS	KK	J	TP
23.	Apakah anda merasa penuh semangat ?						
24.	Apakah anda orang yang sangat gugup ?						
25.	Apakah anda merasa sangat tertekan dan tak ada yang menggembirakan anda ?						
26.	Apakah anda merasa tenang dan damai ?						
27.	Apakah anda memiliki banyak tenaga?						
28.	Apakah anda merasa putus asa & sedih ?						
29.	Apakah anda merasa bosan ?						
30.	Apakah anda seorang yang periang ?						
31.	Apakah anda merasa cepat lelah ?						

32. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering kesehatan fisik anda atau masalah emosi mempengaruhi kegiatan sosial anda (seperti mengunjungi teman, saudara dan lain-lain) ?

- Selalu = 1
- Hampir selalu = 2
- Kadang-kadang = 3
- Jarang = 4
- Tidak pernah = 5

Petunjuk berikut dimaksud untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan no.33-36. Menurut anda, sejauh mana kebenaran pernyataan berikut menggambarkan keadaan kesehatan anda.

Keterangan :

B = Benar

BS = Benar Sekali

TT = Tidak Tahu

S = Salah

SS = Salah Sekali

No.	Pernyataan	B	BS	TT	S	SS
33.	Saya merasa sepertinya sedikit mudah menderita sakit.					
34.	Saya sama sehatnya seperti orang lain.					
35.	Saya merasa kesehatan saya makin memburuk.					
36.	Kesehatan saya sangat baik.					

Lampiran 3.3 Kuesioner SERVQUAL

KUESIONER (QUESTIONNAIRE)**MUTU PELAYANAN****(SERVICE QUALITY)**

No.	Pertanyaan tentang kepuasan	Sangat buruk	buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
<i>Tangibility</i> (bukti fisik) :						
1	Ruang tertata rapi dan bersih					
2	Ruang rawat nyaman					
3	Memiliki alat-alat medis yang cukup lengkap					
4	Penampilan dokter bersih dan rapi					
5	Penampilan perawat bersih dan rapi					
6	Peralatan medis disiapkan dalam keadaan rapi, bersih dan siap pakai.					
<i>Reliability</i> (handal) :						
7	Prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat dan tidak berbelit-belit					
8	Dokter datang tepat waktu					
9	Kesiapan dokter melayani pasien					
10	Dokter cepat bertindak					
11	Kesiapan perawat dan staff melayani pasien					
12	Staff melaporkan segala					

	detail perubahan pasien kepada dokter sewaktu melakukan kunjungan					
13	Perawat selalu memberi obat pasien sesuai prosedur pemberian obat					
14	Staff segera menghubungi dokter menenai obat dan makanan pasien					
<i>Responsiveness (tanggap) :</i>						
16	Dokter selalu menanyakan keluhan pasien					
17	Dokter memberikan kesempatan bertanya kepada pasien					
18	Dokter memberi penjelasan tentang penyakit					
19	Staff bersikap ramah dan sopan					
20	Staff memperhatikan kebutuhan dan keluhan pasien					
21	Staff memperhatikan keluhan keluarga pasien					
<i>Assurance (jaminan) :</i>						
22	Tersedia dokter spesialis					
23	Perilaku dokter menimbulkan rasa aman					
24	Staff terdidik dan mampu melayani pasien					

25	Biaya perawatan terjangkau					
26	Menjaga kerahasiaan pasien selama mengikuti PROLANIS BPJS					
Empathy (perhatian) :						
27	Dokter berusaha menenangkan rasa cemas pasien terhadap penyakit pasien					
28	Staff meluangkan waktu khusus untuk berkomunikasi dengan pasien					
29	Waktu untuk berkonsultasi keluarga terpenuhi					
30	Menghibur dan memberikan dorongan kepada pasien dan mendoakan mereka					

Lampiran 4.1 Tabel Data Primer

Tabel data kasus mutu pelayanan dan kualitas hidup

No	Nama	L/P	DM 2	HT	Persepsi	Harapan	GAP 5	Kualitas hidup	Rata- rata kualitas hidup
1	DM01	P	√		1525	2175	-650	535,33	66,92
2	DM02	P	√		1925	2350	-425	641,50	80,19
3	DM03	P	√		2150	2300	-150	583,33	72,92
4	DM04	L	√		1925	2200	-275	527,17	65,90
5	DM05	L	√		2050	2375	-325	590,33	73,79
6	DM06	L	√		1700	2250	-550	464,83	58,10
7	DM07	L	√		2025	2300	-275	522,50	65,31
8	DM08	P	√		1450	2025	-575	504,00	63,00
9	DMHT01	L	√	√	1875	2300	-425	470,67	58,83
10	DMHT02	P	√	√	1550	2075	-525	277,17	34,65
11	HT01	L		√	2125	2400	-275	449,00	56,13
12	HT02	P		√	1725	2250	-525	463,67	57,96
13	HT04	P		√	2025	2350	-325	475,50	59,44
14	HT05	P		√	1425	1925	-500	493,83	61,73
15	HT06	L		√	1325	2025	-700	439,67	54,96
16	HT07	P		√	1800	2175	-375	617,67	77,21
17	HT08	P		√	1900	2325	-425	586,00	73,25
18	HT09	L		√	1775	2200	-425	428,83	53,60
19	HT10	L		√	1825	2275	-450	473,83	59,23
20	HT11	L		√	1775	2250	-475	506,33	63,29
21	HT12	P		√	1675	2050	-375	538,50	67,31
22	HT13	L		√	1425	2000	-575	431,50	53,94

Lampiran 4.2 Analisis Data Penelitian

Hasil analisis data dengan program SPSS. Hasil uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk*.

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Gap	,103	22	,200*	,986	22	,980
Persepsi	,097	22	,200*	,959	22	,470
Harapan	,167	22	,114	,930	22	,124
Kualitas Hidup	,135	22	,200*	,940	22	,202

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Hasil uji korelasi data dengan uji korelasi *Pearson*

Correlations			
		Gap	Kualitas Hidup
Gap	Pearson Correlation	1	,391
	Sig. (2-tailed)		,072
	N	22	22
Kualitas Hidup	Pearson Correlation	,391	1
	Sig. (2-tailed)	,072	
	N	22	22

Lampiran 4.3 Gambar Pengambilan Data

Pengambilan data di UMC



Pengambilan data *home visit*

