



**KUALITAS HIDUP PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS AJUNG DAN
SILO 1 KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**SITI AISAH
NIM 152110101056**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**KUALITAS HIDUP PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS AJUNG DAN
SILO 1 KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**SITI AISAH
NIM 152110101056**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan rasa syukur Alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua tercinta yaitu Ibu Sumiyem dan Bapak Yahmin yang telah memberikan kasih sayang, do'a, pengorbanan dan dukungan kepada penulis.
2. Kakak tersayang yaitu Yusmiati dan kakak ipar Dede Bahtiar serta kedua keponakan tersayang Natasya Indah Nuraini dan Ajie Raditya Bahtiar, yang telah memberikan do'a, motivasi dan dukungan kepada penulis.
3. Guru-guru saya semenjak sekolah dasar hingga perguruan tinggi, terimakasih atas semua ilmu, nasihat, dan bimbingan yang telah diberikan.
4. Almamater tercinta mulai dari SDN Kauman V Widodaren Ngawi, SMPN 1 Widodaren Ngawi, SMAN 1 Widodaren Ngawi, dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum hingga mereka mengubah diri mereka sendiri”

(terjemahan QS. Ar-Ra’d:11)*

“Rest when you’re weary. Refresh and renew yourself, your body, your mind, your spirit. Then get back to work.”

(Ralph Marston)**

* Departemen Agama Republik Indonesia, *Al-Qur’an dan Terjemahannya*, Bandung: Diponegoro, 2005, hlm. 199.

** Phil Parham dan Amy Parham, *The 90-Day Fitness Challenge*, Amerika Serikat: Harvest House Publisher, 2010, hlm. 159.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Aisah

Nim : 152110101056

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada instansi 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 dikemudian hari pernyataan tidak benar.

Jember, 07 Oktober 2019
Yang menyatakan,

Siti Aisah
NIM 152110101056

SKRIPSI

**KUALITAS HIDUP PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS AJUNG DAN
SILO 1 KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

Siti Aisah
NIM 152110101056

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota	: dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 15 Oktober 2019

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing Tanda Tangan

1. DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes
NIP : 198207232010121003 (.....)

2. DPA : dr. Ragil Ismi Hartati, M.Sc.
NIP : 198110052006042002 (.....)

Penguji

1. Ketua : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes
NIP : 197810162009122001 (.....)

2. Sekretaris : Dr. dr. Candra Bumi, M.Si
NIP : 197406082008011012 (.....)

3. Anggota : Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH.
NIP : 197608042006041015 (.....)

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember; Siti Aisah; 152110101056; 2019; 114 halaman; Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Kualitas hidup adalah salah satu masalah penting dalam hal perawatan kesehatan. Penyakit kronis (diabetes dan hipertensi) dan variabel sosiodemografi merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memiliki salah satu program promotif dan preventif bagi peserta JKN yang menderita penyakit kronis khususnya diabetes mellitus dan hipertensi yaitu Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). Prolanis secara khusus dikembangkan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang mengajak penderita diabetes mellitus dan hipertensi untuk mengelola penatalaksanaan kesehatan dan mencapai kualitas hidup yang optimal. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan studi *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 36 peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan 15 peserta Prolanis di Puskesmas Silo 1. Data dalam penelitian ini dikumpulkan dengan teknik wawancara menggunakan instrumen kualitas hidup *Short-Form 36 (SF-36)* dan dokumentasi. Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis multivariat dengan uji *Chi-Square* k sampel menggunakan *Kruskal Wallis Test* untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan independen.

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin paling banyak perempuan (56,9%), usia >65 tahun (39,2%), tingkat pendidikan SD dan sederajat (54,9%), status pekerjaan ibu rumah tangga (43,1%), mayoritas responden menikah (96,1%), dan kepatuhan minum obat responden adalah tidak pernah telat (51%). Aktivitas Prolanis dalam penelitian ini adalah responden yang mengikuti penyuluhan (58,8%), *home visit* tidak dilakukan (98%), *reminder* paling banyak melalui siaran di masjid (45,1%), sebagian besar responden mengikuti pemeriksaan kesehatan (71,4%), sebagian besar responden (84,3%)

diberi obat oleh petugas kesehatan, dan sebagian besar responden tidak rutin mengikuti senam Prolanis (62,7%). Terdapat hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup yang meliputi jenis kelamin dengan peran emosi ($p=0,019$) dan energi ($p=0,018$), usia dengan fungsi fisik ($p=0,001$) dan peran fisik ($p=0,000$), pendidikan dengan fungsi fisik ($p=0,032$), status pekerjaan dengan (fungsi fisik $p=0,012$, peran fisik $p=0,007$, energi $p=0,001$ dan kesehatan umum $p=0,049$), status pernikahan dengan peran emosi ($p=0,004$), dan kepatuhan minum obat dengan peran fisik ($p=0,039$). Terdapat hubungan antara keikutsertaan responden mengikuti penyuluhan kesehatan dengan energi ($p=0,014$), *home visit* dengan (fungsi fisik $p=0,031$, energi $p=0,001$ fungsi sosial $p=0,000$ dan kesehatan umum $p=0,000$), responden rutin mengikuti pemeriksaan kesehatan dengan peran fisik ($p=0,005$), dan senam Prolanis dengan fungsi fisik ($p=0,012$) dan peran fisik ($p=0,024$). Sedangkan, tidak ada hubungan antara aktivitas Prolanis pada kegiatan *reminder* dan pelayanan obat dengan kualitas hidup.

Berdasarkan hasil penelitian, kesimpulan adalah jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, dan kepatuhan minum obat memiliki hubungan dengan kualitas hidup peserta Prolanis. Sedangkan, keikutsertaan mengikuti penyuluhan kesehatan, pemeriksaan kesehatan, *home visit*, dan senam Prolanis memiliki hubungan dengan kualitas hidup peserta Prolanis. Kegiatan *reminder* dan pelayanan obat tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Saran yang dapat diberikan adalah peserta Prolanis diharapkan untuk meningkatkan keikutsertaannya dalam aktivitas Prolanis agar kesehatan mereka dapat dikontrol dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Saran lain yang dapat diberikan adalah petugas kesehatan di Puskesmas dan Puskesmas Silo 1 untuk menyetok obat lebih banyak lagi sehingga dapat memberikan obat kepada peserta untuk kebutuhan satu bulan, serta kegiatan senam Prolanis untuk lebih sering dilakukan yaitu 1 minggu sekali.

SUMMARY

Quality of Life Prolanis Participants at the Ajung and Silo 1 Primary Health Care in Jember Regency; Siti Aisah; 152110101056; 2019; 114 pages; Undergraduate Programme of Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

Quality of life is one the important issues in terms health care. Chronic illness (diabetes and hypertension) and sociodemographic variables are factors that affect quality of life. The Social Security Agency (BPJS) of Health has one of the promotive and preventive programs for JKN participants who suffer from chronic diseases especially diabetes mellitus and hypertension, namely the Chronic Disease Management Program (Prolanis). Prolanis is specifically developed at the Firs Level Health Facility (FKTP) which invites people with diabetes mellitus and hypertension to manage health management and achieve optimal quality of life. This study aims to analyze the quality of life of Prolanis participants at the Ajung and Silo 1 Primary health care, Jember Regency.

This study is an analytic study with cross sectional study. Sample in this study consisted of 36 Prolanis participants at the Ajung Primary health care and 15 Prolanis participants at the Silo 1 Primary health care. Data in this study were collected by interview techniques using the Short-Form 36 (SF-36) quality of life instrument and documentation. Data analysis in this study was univariate analysis and multivariate analysis with Chi-Square test k samples using the Kruskal Wallis Test to determine the relationship between the dependent and independent variables.

Characteristics of respondents in this study were the most sexes of women (56.9%), age >65 years (39.2%), elementary school education level and equivalent (54.9%), work status of housewives (43.1 %), the majority of respondents were married (96.1%), and compliance with taking medication for respondents was never late (51%). Prolanis activities in this study were respondents who attended counseling (58.8%), home visits were not conducted (98%), most reminders were broadcast in mosques (45.1%), most respondents attended health checks (71.4 %), the majority of respondents (84.3%) were given medication by health workers,

and the majority of respondents did not routinely attend Prolanis gymnastics (62.7%). There is a relationship between the characteristics of respondents with quality of life which includes sex with the role of emotions ($p = 0.019$) and energy ($p = 0.018$), age with physical function ($p = 0.001$) and physical role ($p = 0.000$), education with physical function ($p = 0.032$), employment status with (physical function $p = 0.012$, physical role $p = 0.007$, energy $p = 0.001$ and general health $p = 0.049$), marital status with emotional role ($p = 0.004$), and medication adherence with physical role ($p = 0.039$). There is a relationship between the participation of respondents attending health education with energy ($p = 0.014$), home visit with (physical function $p = 0.031$, energy $p = 0.001$ social function $p = 0,000$ and general health $p = 0,000$), respondents routinely attend health checks with roles physical ($p = 0.005$), and Prolanis exercises with physical function ($p = 0.012$) and physical role ($p = 0.024$). Meanwhile, there is no relationship between Prolanis activities on reminder activities and drug services with quality of life.

Based on the results of the study, the conclusions are gender, age, education, marital status, employment status, and medication adherence have a relationship with the quality of life of Prolanis participants. Meanwhile, participation in health education, health checks, home visits, and Prolanis exercises has a relationship with the quality of life of Prolanis participants. Reminder activities and drug services have no relationship with quality of life. The advice that can be given is that Prolanis participants are expected to increase their participation in Prolanis activities so that their health can be controlled and improve their quality of life. Other suggestions that can be given are health workers at Ajung and Silo 1 Primary health care to supply more drugs so that they can provide medicine to participants for one month's needs, as well as Prolanis gymnastics activities to be carried out more frequently, that is, once a week.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember”. Proposal skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam rangka menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes, selaku ketua Program Studi (S1) Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
4. dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
5. Abu Khoiri, S.KM., M.Kes, (Alm.) Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes., Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si., dan Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjalani perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
6. Yennike Tri Herawati S.KM., M.Kes., Dr. dr. Candra Bumi, M.Si., dan Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH., selaku tim penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun untuk skripsi ini;
7. Bapak/Ibu dosen, Pegawai dan Staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
8. Kedua orang tua saya tercinta, yang telah memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam penyusunan skripsi ini;

9. Teman-teman saya, Emilda, Sylvia, Fitri, Ahid, Lambang, Mbak Shelly, dan Citra yang telah meluangkan waktu dan membantu dalam penelitian skripsi saya,
10. Teman-teman kelompok PBL 15 desa Prajekan Lor Kabupaten Bondowoso,
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah ditulis secara optimal, kerja keras, dan dengan upaya terbaik. Namun, tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Selanjtnya, penulis menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Jember, 12 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

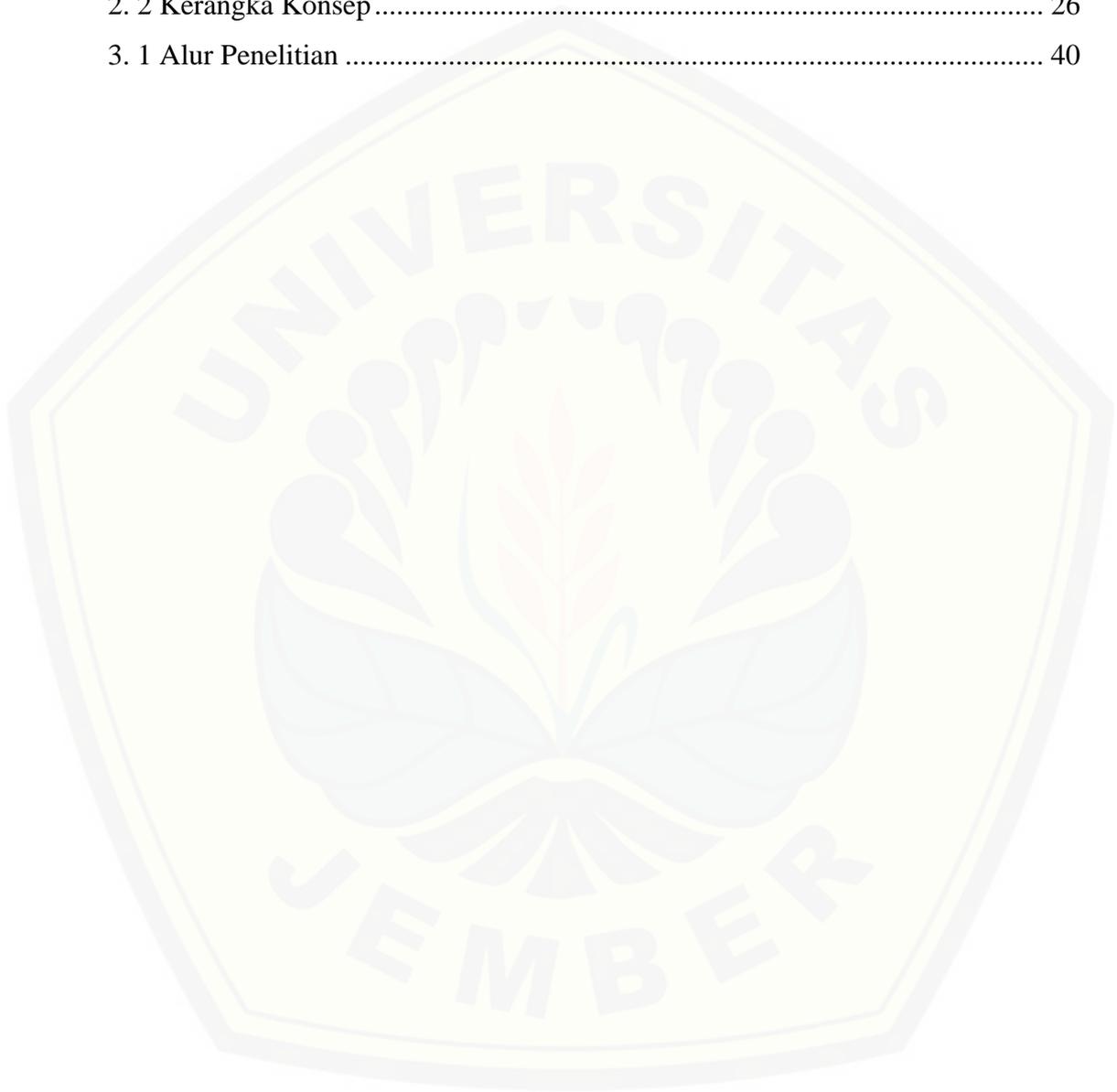
	Halaman
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN.....	iv
SKRIPSI.....	v
PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY.....	ix
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
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 Kualitas Hidup.....	7
2.1.1 Indeks Kualitas Hidup yang Berhubungan dengan Kesehatan.....	8
2.1.2 Aspek Kualitas Hidup.....	11
2.1.3 Faktor-faktor yang Berkaitan dengan Kualitas Hidup.....	13
2.2 Prolanis.....	15

2.2.1 Definisi Prolanis	15
2.2.2 Bentuk dan Langkah-langkah Pelaksanaan Prolanis	16
2.3 Penyakit Kronis.....	18
2.3.1 Diabetes Mellitus	19
2.3.2 Hipertensi.....	21
2.4 Instrumen Kualitas Hidup.....	22
2.5 Short Form-36 (SF-36).....	23
2.5.1 Menghitung Skor SF-36	24
2.6 Kerangka Teori.....	26
2.7 Kerangka Konsep.....	26
2.8 Hipotesis Penelitian.....	27
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	28
3.1 Jenis Penelitian.....	28
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	28
3.2.1 Tempat penelitian	28
3.2.2 Waktu Penelitian.....	28
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	28
3.3.1 Populasi Penelitian.....	28
3.3.2 Sampel Penelitian	29
3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel	31
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	31
3.4.1 Variabel Penelitian.....	31
3.4.2 Definsi Operasional	31
3.5 Data dan Sumber Data.....	36
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	36
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	36
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	37
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data.....	37
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	37
3.7.2 Penyajian Data.....	38
3.7.3 Analisis Data.....	38

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	39
3.9 Alur Penelitian.....	40
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	41
4.1 Hasil Penelitian.....	41
4.1.1 Karakteristik Responden.....	41
4.1.2 Aktivitas Prolanis.....	42
4.1.3 Kualitas Hidup Responden	45
4.1.4 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup ...	46
4.1.5 Hubungan antara Aktivitas Prolanis dengan Kualitas Hidup	52
4.1.6 Indikator Kualitas Hidup yang Memiliki Hubungan Paling Kuat.....	59
4.2 Pembahasan.....	59
4.2.1 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup ...	59
4.2.2 Hubungan antara Aktivitas Prolanis dengan Kualitas Hidup	90
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	101
BAB 5 PENUTUP	102
5.1 Kesimpulan.....	102
5.2 Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104
LAMPIRAN.....	1

DAFTAR GAMBAR

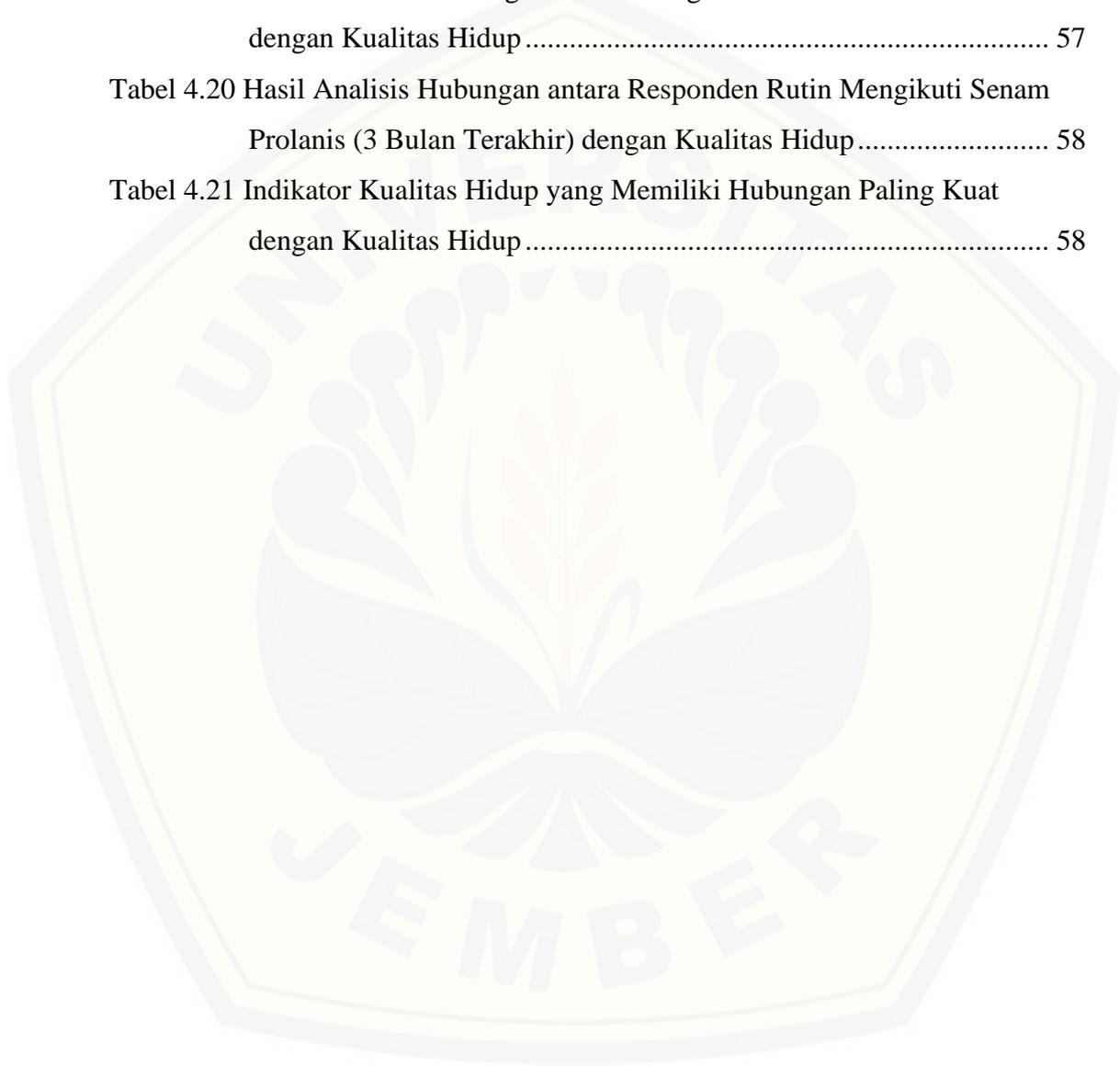
2. 1 Kerangka Teori.....	26
2. 2 Kerangka Konsep.....	26
3. 1 Alur Penelitian	40



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Domain SF-36 dan Item Pertanyaan	24
Tabel 2. 2 Skor kuesioner SF-36.....	25
Tabel 3. 1 Pembagian sampel di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember	30
Tabel 3. 2 Definisi Operasional	32
Tabel 4. 1 Distribusi Karakteristik Responden	41
Tabel 4. 2 Distribusi Aktivitas Konsultasi Medis/Edukasi	42
Tabel 4. 3 Distribusi Home Visit	43
Tabel 4. 4 Distribusi Reminder	43
Tabel 4. 5 Distribusi Pemantauan Status Kesehatan.....	44
Tabel 4. 6 Distribusi Pelayanan Obat.....	44
Tabel 4. 7 Distribusi Senam Prolanis.....	45
Tabel 4. 8 Distribusi Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Delapan Domain SF-36	45
Tabel 4. 9 Hasil Analisis Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup	46
Tabel 4. 10 Hasil Analisis Antara Usia dengan Kualitas Hidup.....	47
Tabel 4. 11 Hasil Analisis Hubungan Antara Pendidikan Dengan Kualitas Hidup	48
Tabel 4. 12 Hasil Analisis Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Kualitas Hidup.....	49
Tabel 4.13 Hasil Analisis Hubungan antara Status Pernikahan Responden dengan Kualitas Hidup.....	50
Tabel 4. 14 Hasil Analisis Hubungan antara Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup.....	51
Tabel 4. 15 Hasil Analisis Hubungan antara Keikutsertaan Responden Mengikuti Penyuluhan dengan Kualitas Hidup	53
Tabel 4. 16 Hasil Analisis Hubungan antara Home Visit dengan Kualitas Hidup	54

Tabel 4. 17 Hasil Analisis Hubungan antara Reminder dengan Kualitas Hidup..	55
Tabel 4. 18 Hasil Analisis Hubungan antara Responden Rutin Mengikuti Pemeriksaan Kesehatan Setiap Bulan (3 Bulan Terakhir) dengan Kualitas Hidup.....	56
Tabel 4. 19 Hasil Analisis Hubungan antara Petugas Kesehatan Memberi Obat dengan Kualitas Hidup	57
Tabel 4.20 Hasil Analisis Hubungan antara Responden Rutin Mengikuti Senam Prolanis (3 Bulan Terakhir) dengan Kualitas Hidup.....	58
Tabel 4.21 Indikator Kualitas Hidup yang Memiliki Hubungan Paling Kuat dengan Kualitas Hidup	58



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lembar Persetujuan Responden.....	1
Lembar Kuesioner Penelitian.....	2
Hasil Uji Statistik SPSS.....	9
Surat Ijin Penelitian.....	13
Dokumentasi Penelitian.....	14
Data Peserta Prolanis di Kabupaten Jember.....	17

DAFTAR SINGKATAN

%	= persen
>	= lebih dari
<	= kurang dari
DM	= Diabetes Mellitus
IDF	= International Diabetes Federation
WHO	= World Health Organization
Riskesmas	= Riset Kesehatan Dasar
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CDC	= Centers for Disease Control and Prevention
Prolanis	= Program Pengelolaan Penyakit Kronis
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
SF-36	= <i>Short-Form 36</i>
FF	= Fungsi Fisik
PF	= Peran Fisik
PE	= Peran Emosi
KM	= Kesehatan Mental
FS	= Fungsi Sosial
KU	= Kesehatan Umum
SD	= Sekolah Dasar
SMA	= Sekolah Menengah Atas
WA	= WhatsApp
Lansia	= Lanjut usia

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini, kualitas hidup adalah salah satu masalah terpenting dalam hal perawatan kesehatan, sehingga peningkatan kesehatan individu menjadi salah satu inti dari kesehatan dan sebagai faktor penting dalam menilai kesehatan masyarakat (Patinan, *et al.*, 2017). Kualitas hidup biasanya berfokus pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan kinerja fungsional individu, namun kualitas hidup dapat diukur dalam rentang yang luas (Wong, *et al.*, 2018:2). Dari sudut pandang yang relevan, bahwa penyakit kronis mempengaruhi semua aspek kehidupan (Patinan, *et al.*, 2017). Dalam beberapa tahun terakhir, semakin banyak orang mengalami penyakit kronis yang mungkin dapat mengubah kualitas hidup penderita penyakit kronis. Peningkatan penyakit kronis tidak hanya merubah kualitas hidup, tetapi juga menyebabkan kematian (Shofany, 2017:387).

Penyakit kronis berbeda dengan penyakit akut. Penyakit akut gejalanya dirasakan dalam kurun waktu 1 menit hingga kurang dari 1 bulan atau berkembang sangat cepat (Dewi, 2015:75). Penyakit akut membutuhkan penanganan segera, tanpa peran aktif pasien, dan dapat diatasi oleh dokter dengan efektif dan efisien (Cahyono, 2013:97). Sedangkan, penyakit kronis merupakan kondisi jangka panjang lebih dari 6 bulan yang dapat dikendalikan tetapi tidak dapat disembuhkan, memerlukan perawatan medis berkelanjutan, dan menyebabkan perubahan pada fungsi biologis, psikologis serta sosiokultural (Dewi, 2015:75 dan Salzman, *et al.*, 2012:16).

Menurut *World Health Organization/WHO* (2004) penyakit kronis merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Tingkat kondisi penyakit kronis meningkat secara global, meningkat di setiap wilayah, dan meliputi semua kelas sosial ekonomi. Kematian, morbiditas, dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit kronis mencakup hampir 60% dari semua kematian dan 43% dari beban penyakit global. Pada tahun 2020, kontribusi penyakit kronis diperkirakan akan meningkat menjadi 73% dari semua kematian dan 60% dari

beban penyakit global. Selain itu, 79% dari kematian disebabkan oleh penyakit kronis dinegara-negara berkembang.

Hasil penelitian Chen dan Ching-Min Chen (2017), menunjukkan bahwa 49,6% orang dewasa yang lebih tua dengan penyakit kronis memiliki risiko kecacatan yang lebih tinggi. Risiko kecacatan berkorelasi dengan kualitas hidup dalam kesehatan fisiologis, status psikologis, hubungan sosial, dan faktor lingkungan. Hipertensi dan diabetes mellitus adalah salah satu penyakit yang paling sering menyebabkan penurunan kualitas hidup dan hasilnya menjadi sangat vital, karena hipertensi dan diabetes mellitus yang sifatnya seumur hidup dan membutuhkan pengelolaan diri sehari-hari (Somrothong *et al.*, 2016 dan ElShazly & N.N. Hegazy, 2017).

Hasil penelitian dari Preto, *et al.* (2016), bahwa penyakit kronis (hipertensi dan diabetes) berdampak buruk terhadap kualitas hidup. Variabel sosiodemografi, seperti jenis kelamin, tempat tinggal, kualifikasi akademik, dan situasi kerja memiliki keterkaitan terhadap penyakit hipertensi dan diabetes dalam mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian dari El Shazly (2017) membandingkan penentu sosial ekonomi dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes dan hipertensi yang diukur dengan SF-36, menghasilkan bahwa pasien dengan hipertensi memiliki skor kualitas hidup yang secara signifikan lebih tinggi daripada pasien dengan diabetes. Usia, status sosial ekonomi, durasi penyakit, dan pekerjaan adalah prediktor risiko yang kuat dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes dan hipertensi. Risiko yang lebih tinggi dikaitkan dengan pendapatan yang lebih rendah.

Hasil penelitian Naik, *et al.* (2019) bahwa penderita hipertensi memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada non hipertensi. Fungsi fisik, nyeri tubuh, dan kesehatan umum menunjukkan secara signifikan skor kualitas hidup yang buruk secara statistik di antara kelompok hipertensi dengan kelompok non hipertensi. Diabetes juga mempengaruhi kualitas hidup, hasil penelitian oleh Mustapha, *et al.* (2014), penderita diabetes melaporkan bahwa sebanyak 81,5% penderita mengalami masalah dalam melakukan pekerjaan rumah tangga, 73,5% menderita kecemasan dan depresi, dan 77% mengalami rasa sakit/tidak nyaman.

Hasil penelitian dari Fei, *et al.* (2017), pasien hipertensi dan diabetes memiliki kualitas hidup yang lebih rendah pada fungsi fisik, peran fisik, peran emosi, kesehatan umum, dan nyeri tubuh. Hipertensi dan diabetes berdampak meningkatkan beban fisik dan psikososial. Oleh karena itu, perawatan pada penyakit kronis dibutuhkan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup dan penurunan morbiditas (Dewi, 2015:75). Pengelolaan penyakit kronis tidak hanya membutuhkan peran aktif dari pasien, tetapi juga dari keluarganya (Cahyono, 2013: 99).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memiliki salah satu program promotif dan preventif yang memberikan manfaat bagi peserta JKN-KIS khususnya yang menderita penyakit kronis yaitu Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). Prolanis dikembangkan secara khusus di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dimana FKTP akan mengajak para peserta penderita penyakit diabetes mellitus dan hipertensi untuk dapat bekerja bersama-sama dalam mengelola penatalaksanaan kesehatan yang baik sehingga diharapkan akan menghasilkan kualitas hidup yang optimal, walaupun menderita penyakit diabetes mellitus ataupun hipertensi. Prolanis membutuhkan kerjasama yang komprehensif antara penderita dan keluarganya, FKTP serta BPJS Kesehatan. Tujuan utamanya adalah agar penderita dan keluarganya dapat mengawasi kesehatan diri secara mandiri sehingga tercapai keadaan yang baik dan stabil (BPJS Kesehatan, 2017).

Berdasarkan data Riskesdas (2018), prevalensi penyakit diabetes mellitus naik 1,6% dan hipertensi naik 8,3% (Kemenkes RI, 2018). Selain dari prevalensi yang meningkat, penyakit diabetes mellitus dan hipertensi dipilih oleh BPJS Kesehatan dalam Prolanis, karena kedua penyakit kronis ini menduduki peringkat biaya teratas dalam total biaya INA-CBGs untuk penyakit kardiometabolik pada rentang waktu 2014-2016 yang mencapai Rp 36 triliun atau 28% dari total biaya pelayanan kesehatan rujukan. Di mana, biaya untuk penyakit hipertensi berjumlah Rp 12,1 triliun dan diabetes mellitus berjumlah Rp 9,2 triliun. Selain itu, dalam rentang waktu 2014-2016 obat kronis berbiaya besar didominasi oleh obat untuk penyakit diabetes mellitus dan hipertensi yang jumlahnya mencapai Rp 1,95

triliun atau 78% dari total biaya obat kronis diluar paket kapitasi dan INA-CBGs. Melalui aktivitas dalam Prolanis, seperti edukasi/konsultasi medis, aktivitas klub, *home visit*, pemantauan kesehatan dan monitoring evaluasi oleh dokter spesialis, Prolanis menjadi alternatif dalam pengelolaan risiko penyakit kardimetabolik dan dapat menekan pembiayaan pelayanan kesehatan akibat kardimetabolik apabila dikelola secara optimal. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya dan dorongan dari semua pihak untuk meningkatkan kesadaran dan kepatuhan peserta Prolanis (Idris, 2017 dalam BPJS Kesehatan, 2017).

Data dari Dinas Kesehatan Jember pada bulan Januari-Maret 2018 bahwa Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 adalah puskesmas yang mengalami kenaikan jumlah peserta setiap bulan yaitu Januari sampai Maret 2018, jika dibandingkan dengan puskesmas lain di Kabupaten Jember yang justru mengalami penurunan jumlah peserta dan jumlah peserta tetap selama 3 bulan tersebut. Hasil dari studi pedahuluan yang telah dilakukan bahwa jumlah peserta Prolanis yang terdaftar sampai Juli 2019 di Puskesmas Ajung mengalami peningkatan menjadi 76 peserta dari 60 peserta pada bulan Maret 2018 dan Puskesmas Silo 1 32 peserta dari 36 peserta pada Maret 2018. Berkurangnya jumlah peserta pada Puskesmas Silo 1 karena peserta meninggal dunia.

Dari latar belakang di atas, maka perlu adanya evaluasi keberhasilan dari Prolanis. Salah satu evaluasi yang dapat dilakukan adalah terkait dengan kualitas hidup peserta Prolanis, untuk mengetahui apakah Prolanis yang selama ini dilaksanakan berdampak terhadap kualitas hidup peserta Prolanis dan apakah sudah mencapai tujuan yang diharapkan dari Prolanis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Sehingga, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup peserta Prolanis yang diukur dengan kuesioner SF-36 (*Shor-Form 36*). SF-36 dipilih karena kuesioner ini dirancang untuk digunakan dalam praktik klinis dan penelitian, evaluasi kebijakan kesehatan, dan survei populasi umum. SF-36 mencakup kesehatan fisik dan kesehatan mental yang menilai delapan domain kesehatan yaitu fungsi fisik, peran fisik, peran emosi, nyeri, energi, kesehatan mental, fungsi sosial, dan kesehatan umum, dengan 36 item pertanyaan (Ware, dan Cathy D. S., 1992).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik responden peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.
- b. Menggambarkan aktivitas Prolanis peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan antara aktivitas Prolanis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan tambahan ilmu pengetahuan khususnya di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan tentang penerapan ilmu dalam evaluasi suatu program kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan tentang hubungan karakteristik responden yang terkait kualitas hidup peserta Prolanis dengan SF-36 dan menjadi suatu pengalaman penelitian.

b. Bagi Puskesmas

Memberikan informasi dan pengetahuan mengenai kualitas hidup peserta Prolanis sehingga dapat digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur, sehingga dapat digunakan sebagai referensi oleh peneliti lain yang ingin mengangkat topik yang sama.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kualitas Hidup

Kualitas hidup telah dikonseptualisasikan dengan sejumlah cara yang berbeda dalam literatur, termasuk referensi pada kemampuan untuk menjalani kehidupan normal, untuk menjalani kehidupan yang bermanfaat secara sosial (misalnya, melalui peran sosial dan kejuruan), dan untuk mencapai tujuan hidup seseorang, serta mengalami kebahagiaan dan kepuasan dengan kehidupan (Vogelsang *et al.*, 2009:335). WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan kualitas hidup sebagai suatu persepsi individu pada posisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal dan dalam hubungannya dengan mereka, tujuan, harapan, standar, dan masalah. Konsep ini luas yang dipengaruhi oleh kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan pribadi dan hubungan mereka dengan fitur yang menonjol dari lingkungan hidup mereka (WHO, 1997:3).

Kualitas hidup adalah istilah luas yang digunakan untuk mengevaluasi kesejahteraan umum seseorang. Ini dimaksudkan untuk mencakup semua variabel faktor fisik, sosial, dan psikologis. Beberapa penulis mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang hidupnya dalam kaitannya dengan tujuan hidup dan sistem kepercayaannya. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan adalah konsep yang lebih terbatas yang digunakan untuk menggambarkan efek dari suatu penyakit atau gejalanya pada kehidupan individu (Chen, 2012:282).

Hasil penelitian Ali, *et al.* (2018) menunjukkan bahwa terdapat korelasi negatif dan signifikan ($p=0,001$) antara kualitas hidup dan penurunan produktivitas kerja. Peningkatan kualitas hidup akan menyebabkan produktivitas kerja yang baik. Wahrendorf, *et al.* (2006) meneliti tentang hubungan antara produktivitas sosial dan kesejahteraan lansia. Hasil penelitian bahwa menjadi produktif secara sosial di usia tua dikaitkan dengan kesejahteraan positif. Wahrendorf, *et al.* (2006) juga memperkenalkan dua indikator untuk mengukur

kesejahteraan yaitu kualitas hidup yang dirancang khusus untuk menangkap kesejahteraan di usia tua, dan ukuran suasana hati (depresi) yang mencerminkan berkurangnya kesejahteraan. Dari berbagai pengertian dan hasil penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup mempengaruhi produktivitas dan kesejahteraan seseorang.

Status kesehatan atau kualitas hidup terkait dengan kesehatan menilai pengaruh penyakit pada fungsi fisik, emosional, dan sosial. Inti dari kualitas hidup adalah persepsi seseorang tentang kehidupannya. Kualitas hidup memiliki cakupan yang jauh lebih luas daripada domain fisik, emosional, dan sosial. Penting bagi para peneliti untuk menentukan domain apa yang penting dalam studi tertentu: kualitas hidup atau kualitas hidup terkait kesehatan, dan generik atau penyakit spesifik. Lebih jauh lagi, untuk studi di mana kedua domain itu penting untuk dilakukan perbandingan *head-to-head* dari instrumen yang mengukur reliabilitas, validitas, dan daya tanggap masing-masing (Jindal, 2017:1985).

2.1.1 Indeks Kualitas Hidup yang Berhubungan dengan Kesehatan

Aliran penelitian dan praktik yang jelas telah berevolusi pada langkah-langkah non-moneter yang menggeneralisasi dampak kesehatan yang tidak terkendali pada kehidupan seseorang. Hal ini didasarkan pada penilaian subyektif dari status kesehatan aktual seseorang yang terkena penyakit atau mengalami cacat tertentu dibandingkan dengan orang dalam keadaan sempurna. Tindakan-tindakan tersebut menjumlahkan durasi keadaan kesehatan yang disesuaikan dengan kualitas atau disabilitas (QALY, DALY) (Pecyna *et al.*, 2016:145).

3.1.1 *Quality Adjusted Life Years* (QALYs)

QALYs berupaya mengatasi masalah yang melekat dengan penggunaan tahun-tahun kehidupan dengan menggabungkan informasi tentang kualitas hidup yang dijalani dan kelangsungan hidup dalam satu ukuran. Untuk menghitung QALYs diperlukan informasi tentang status kesehatan yang sedang dialami dan

lamanya hidup dalam status kesehatan (Mpfu, 2015:50). QALY dihitung dengan mengalikan utilitas, ukuran subyektif dari nilai kondisi kesehatan yang diberikan mulai dari 0 (tidak ada kualitas hidup) hingga 1 (kualitas hidup sempurna), dengan jumlah tahun hidup (Hochberg, *et al*, 2008:285). Teori QALY adalah pendekatan biaya efektivitas dan merupakan teori utilitarian, dalam arti QALY berupaya menetapkan nilai numerik jenis perawatan kesehatan sehingga intervensi yang menghasilkan efektivitas biaya dan karenanya kebaikan terbesar hingga jumlah terbesar dapat diidentifikasi. QALY memungkinkan dua jenis keputusan yang dibuat ketika memilih perawatan kesehatan, adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk menentukan terapi mana yang diberikan kepada pasien individu: ini adalah keputusan efektif yang dibuat sesuai dengan aturan kedokteran berbasis bukti,
- 2) Untuk menentukan pasien mana yang menerima seluruh perawatan: analisis biaya efektif (Papanikitas, Andrew, 2013:74).

Untuk *Cost Utility Analysis* (CUA) yang menggunakan QALY sebagai ukuran hasil, mengasumsikan fungsi utilitas individu dari tipe sedemikian rupa sehingga QALY juga merupakan skor utilitas, dan mengasumsikan utilitas yang berasal dari kualitas hidup terkait kesehatan dan utilitas yang berasal dari konsumsi material (Culyer, dan Joseph P.N., 2000:104).

3.1.2 *Disability Adjusted Life Years* (DALYs)

DALYs atau tahun yang disesuaikan dengan disabilitas merupakan konsep yang dikembangkan oleh *World Bank* dan WHO untuk mengukur beban penyakit global. DALYs berguna untuk menetapkan prioritas karena DALYs dapat memperkirakan beban penyakit. DALY dibangun dengan melipatgandakan hilangnya tahun-tahun kehidupan yang tersisa dengan angka kecacatan. Bobot kecacatan dihasilkan dengan mengajukan pertanyaan kepada para ahli. DALY kemudian dapat dianggap sebagai QALY negatif. Ada kritik terhadap penggunaan DALY karena pendekatan ini mengandaikan bahwa kehidupan orang-orang cacat memiliki nilai yang lebih rendah daripada kehidupan orang yang tidak cacat, dan bahwa pandangan para ahli mungkin tidak mewakili pandangan orang lain. DALY

dapat digunakan dalam CEA (*Cost Effectiveness Analysis*), tetapi konstruksi DALY tidak didasarkan pada teori ekonomi (Mpofu, 2015:49-50).

DALY untuk penyebab spesifik dihitung sebagai jumlah tahun kematian (*years of life lost/YLL*) yang disebabkan oleh kematian dini dari penyebab tersebut dan tahun-tahun kehidupan sehat sebagai akibat dari kecacatan (*years of life disability/YLD*), untuk kasus-kasus insiden kondisi kesehatan sebagai berikut:

$$\mathbf{DALY = YLL + YLD}$$

YLL pada dasarnya dihitung sebagai jumlah penyebab spesifik kematian dikalikan dengan kehilangan fungsi yang menentukan tahun-tahun yang hilang sebagai fungsi dari usia dimana kematian terjadi. Mengabaikan sementara preferensi sosial lain yang kemudian dibahas, rumus dasar YLL untuk sebab tertentu (c), usia (a), dan jenis kelamin (s) adalah sebagai berikut:

$$\mathbf{YLL(c,a,s) = N(c,a,s) \times L(a,s)}$$

Dimana:

$N(c,a,s)$: jumlah kematian karena penyebab (c), untuk usia (a) yang diberikan dan jenis kelamin (s),

$L(a,s)$: kehilangan fungsi standar dalam tahun untuk usia (a) dan jenis kelamin (s).

Karena YLL mengukur alur peristiwa hilangnya tahun kehidupan akibat kematian, perspektif insiden juga diambil untuk perhitungan YLD. Dalam memperkirakan YLD untuk penyebab tertentu selama periode waktu tertentu, jumlah kasus insiden dalam periode tersebut dikalikan dengan durasi rata-rata penyakit dan faktor berat yang mencerminkan tingkat keparahan kondisi kesehatan yang dihasilkan pada skala dari 0 (kesehatan sempurna) ke 1 (mati). Dan tanpa mempertimbangkan preferensi sosial lainnya, rumus dasar untuk YLD adalah sebagai berikut:

$$\mathbf{YLD(c,a,s) = I(c,a,s) \times DW(c,a,s) \times L(c,a,s)}$$

Dimana $I(c,a,s)$ adalah jumlah kasus insiden untuk penyebab (c), usia (a), dan jenis kelamin (s); $DW(c,a,s)$ adalah kecacatan berat yang disebabkan (c), usia (a), dan jenis kelamin (s); $L(c,a,s)$ adalah durasi rata-rata dalam tahun kasus hingga remisi atau kematian (Lopez *et al.*, 2006:48).

2.1.2 Aspek Kualitas Hidup

Menurut Ventegodt, *et al.* (2003) terdapat tiga kelompok dengan aspek kehidupan yang baik, yaitu:

- a. Kualitas hidup subjektif, adalah seberapa baik kehidupan yang dirasakan oleh setiap individu. Setiap individu secara pribadi mengevaluasi bagaimana individu tersebut memandang sesuatu dan perasaannya serta gagasan. Apakah seorang individu puas dengan hidup dan bahagia adalah aspek yang mencerminkan kualitas hidup subjektif.
- b. Kualitas hidup eksistensial, adalah seberapa baik kehidupan seseorang pada tingkat yang lebih dalam. Hal ini berarti bahwa individu memiliki sifat yang lebih dalam yang pantas untuk dihormati dan individu dapat hidup dengan harmonis.
- c. Kualitas hidup objektif, adalah bagaimana kehidupan seseorang dirasakan oleh dunia luar. Pandangan ini dipengaruhi oleh budaya di mana seseorang hidup. Kualitas hidup objektif memperlihatkan kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan nilai-nilai suatu budaya dan memberi tahu orang-orang disekitarnya tentang kehidupan seseorang tersebut.

Ketiga aspek tersebut menggabungkan sejumlah teori yang ada, sehingga Ventegodt, *et al.* (2003) menyebutnya dengan teori integratif kualitas hidup. Aspek-aspek dalam teori integratif kualitas hidup adalah:

- a. Kesejahteraan

Kesejahteraan merupakan aspek yang paling alami dari kualitas subjektif. Kesejahteraan berkaitan erat dengan bagaimana hal-hal berfungsi di dunia yang objektif dan dengan faktor-faktor eksternal dalam kehidupan. Kesejahteraan

adalah sesuatu yang lain dan lebih mendasari dari makna hidup, pemenuhan kebutuhan, serta *self* realisasi.

b. Kepuasan dengan Kehidupan

Puas berarti merasa bahwa hidup adalah jalan yang seharusnya. Ketika harapan, kebutuhan, dan keinginan seseorang dalam kehidupan telah terpenuhi oleh dunia sekitarnya, maka seseorang akan merasa puas. Kepuasan adalah sebuah kondisi mental (entitas kognitif). Ada beberapa jenis teori kepuasan klasik dan salah satunya adalah teori preferensi. Teori ini merumuskan bahwa kehidupan yang baik terletak ketika melihat keinginan seseorang menjadi kenyataan. Kualitas hidup didasarkan apakah seseorang mendapatkan apa yang diinginkannya. Masalah dalam menggunakan kepuasan (hidup) sebagai satu-satunya ukuran kualitas hidup bahwa sebuah hidup yang baik lebih dari sekedar dipuaskan, meliputi kebahagiaan, makna dalam hidup, memenuhi kebutuhan, dan lain-lain.

c. Kebahagiaan

Bahagia bukan hanya saat ceria dan merasa puas. Bahagia adalah sebuah perasaan khusus yang sangat berharga dan sangat diinginkan, tetapi sulit untuk dicapai. Intensitas pengalaman adalah dimensi yang tidak terpisah dalam kebahagiaan dari aspek kualitas hidup seperti puasa dengan kehidupan dan kesejahteraan.

d. Makna dalam Hidup

Makna dalam hidup adalah sebuah konsep yang sangat penting dan jarang digunakan. Orang yang mencari makna dalam hidup adalah sering melambung ke dalam situasi yang membingungkan, dimana nilai semua aspek kehidupan dipandang cukup berbeda.

e. Pandangan Biologis tentang Kualitas Hidup: Sistem Informasi Biologis dan Keadaan Neraca Eksistensial

Aspek kualitas hidup ini menyangkut konstitusi biologis yang mendasar. Kesadaran dan pengalaman hidup juga dikondisikan secara biologis. Pengalaman tersebut adalah suatu kehidupan yang memiliki atau tidak memiliki makna juga dapat dilihat sebagai kondisi keadaan sistem informasi biologis.

f. Menyadari Potensi Kehidupan

Manusia menggunakan simpanan potensial untuk kegiatan kreatif, hubungan sosial yang baik, pekerjaan yang bermakna, dan memulai sebuah keluarga (menjalani kehidupan sampai penuh).

g. Pemenuhan Kebutuhan

Kebutuhan secara tradisional berkaitan dengan kualitas hidup, sehingga ketika kebutuhan seseorang terpenuhi, berarti kualitas hidup seseorang tersebut tinggi.

h. Faktor-faktor Objektif

Aspek objektif dari kualitas hidup terkait dengan faktor-faktor eksternal kehidupan, yaitu penghasilan, status perkawinan, kondisi kesehatan, dan jumlah harian kontak dengan orang lain.

2.1.3 Faktor-faktor yang Berkaitan dengan Kualitas Hidup

Menurut Ekasari *et al.* (2019:35), kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai situasi dan faktor-faktor seperti faktor demografi (usia, jenis kelamin, suku), sosial ekonomi (pendidikan, status sosial, pendapatan, dukungan sosial) pengaruh budaya dan nilai, faktor kesehatan (kondisi kesehatan, penyakit, status fungsional tersedianya layanan kesehatan), dan karakteristik personal (mekanisme coping, efikasi diri). Sedangkan, berikut ini adalah faktor-faktor yang berkaitan dengan kualitas hidup pada penderita penyakit kronis oleh beberapa peneliti:

a. Usia

Peningkatan usia dikaitkan dengan kualitas hidup kesehatan yang lebih rendah. Pasien dengan usia lebih dari 60 tahun memiliki kualitas hidup kesehatan yang lebih rendah daripada usia kurang dari 60 tahun (Zyoud *et al.*, 2016). Tetapi hasil penelitian berbeda ditemukan oleh Preto, *et al.* (2016) bahwa usia tidak dikaitkan dengan kualitas hidup individu yang menderita penyakit kronis.

b. Jenis kelamin

Terdapat perbedaan antara wanita dan laki-laki dengan skor kualitas hidup. Pasien wanita yang menderita penyakit kronis memiliki rata-rata skor kualitas

hidup yang lebih rendah, yaitu pada komponen mental, fungsi fisik, peran fisik, dan peran emosional. Di sisi lain, pasien wanita yang menderita penyakit kronis pada dimensi nyeri tubuh dan kesehatan umum menghasilkan skor yang lebih baik. Sedangkan, pada pasien laki-laki yang menderita penyakit kronis memiliki rata-rata skor yang lebih tinggi pada dimensi nyeri tubuh, kesehatan umum dan vitalitas (Preto *et al.*, 2016). Hasil penelitian yang sama juga ditemukan oleh Zyoud, *et al.* (2016), bahwa jenis kelamin perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Hal ini mungkin terjadi karena kehidupan sosial yang buruk dan kurangnya aktivitas pada perempuan di negara-negara berkembang memiliki kontribusi terhadap kualitas hidup yang lebih rendah. Dengan demikian, perempuan cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk.

c. Status Pernikahan

Status pernikahan tidak signifikan secara statistik dalam keterkaitannya dengan kualitas hidup (Preto, *et al.*, 2016). Hasil penelitian berbeda ditemukan oleh Pengpid dan Karl Peltzer (2018), bahwa pasien yang menikah atau hidup bersama dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik.

d. Pendidikan

Pendidikan kelas 12 (9 tahun) atau lebih memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Tingkat pendidikan tinggi memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup yang tinggi. Hal ini disebabkan karena pasien yang berpendidikan mungkin memiliki pemahaman yang lebih baik tentang penyakit, efeknya, dan akan mendapatkan manfaat dari manajemen yang baik atau mereka lebih banyak mengetahui informasi tentang perawatan, kepatuhan, dan hubungan yang lebih baik dengan tim layanan kesehatan (Zyoud, *et al.*, 2016).

e. Pendapatan

Pendapatan yang lebih tinggi dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik. Pendapatan yang lebih dari cukup berkorelasi secara signifikan dengan kualitas hidup yang lebih tinggi (Chen, dan Ching-Min Chen, 2016).

f. Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan minum obat yang baik dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik (Pengpid, dan K. Peltzer, 2018).

g. Status Pekerjaan

Individu penderita penyakit kronis yang dipekerjakan memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Preto *et al.*, 2016). Pengangguran secara signifikan berkaitan dengan skor kualitas hidup yang lebih rendah. Pengangguran dikonfirmasi sebagai faktor penting yang terkait dengan gangguan kualitas hidup (Zyoud *et al.*, 2016).

h. Senam Prolanis

Ada perbedaan yang signifikan kualitas hidup lansia hipertensi yang mengikuti senam Prolanis dan yang tidak mengikuti senam Prolanis. Lansia hipertensi yang mengikuti senam Prolanis memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada lansia hipertensi yang tidak mengikuti senam Prolanis (Manuhut dan B. E. A. Prasetya, 2018).

2.2 Prolanis

2.2.1 Definisi Prolanis

Prolanis (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 dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif (Panduan Praktis Prolanis BPJS Kesehatan, 2014).

Tujuan dari Prolanis adalah mendorong peserta penyandang penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama memiliki hasil baik pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi sesuai dengan panduan klinis terkait, sehingga dapat mencegah

timbulnya komplikasi penyakit. Sasaran Prolanis adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis yaitu Diabetes Mellitus tipe 2 dan Hipertensi. Penanggungjawab dari Prolanis yaitu kantor cabang BPJS Kesehatan bagian manajemen pelayanan primer (Panduan Praktis Prolanis BPJS Kesehatan, 2014).

2.2.2 Bentuk dan Langkah-langkah Pelaksanaan Prolanis

Bentuk pelaksanaan dalam Prolanis yaitu berupa aktivitas yang meliputi:

a. *Aktivitas Konsultasi Medis/Edukasi*

Aktivitas konsultasi medis berupa jadwal konsultasi yang dilakukan atas kesepakatan bersama antara peserta Prolanis dengan Faskes pengelola. Sedangkan, edukasi merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta Prolanis (BPJS Kesehatan, 2015).

b. *Home Visit*

Home visit adalah suatu kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta Prolanis untuk memberikan informasi atau edukasi tentang kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis serta keluarga. *Home visit* dilakukan kepada peserta Prolanis dengan kriteria: peserta baru terdaftar, peserta tidak hadir terapi di puskesmas/klinik/dokter praktek perorangan selama 3 bulan berturut-turut, peserta dengan GDP/GDPP di bawah standar 3 bulan berturut-turut (PPDM), peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol dalam 3 bulan berturut-turut (PPHT), dan peserta pasca opname (BPJS Kesehatan, 2015).

c. *Reminder*

Reminder adalah suatu kegiatan memotivasi peserta Prolanis untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke Faskes pengelola tersebut. *Reminder* dilakukan melalui SMS gateway (BPJS Kesehatan, 2015).

d. Pemantauan Status Kesehatan

Aktivitas pemantauan status kesehatan meliputi pemeriksaan rutin setiap bulan (GDP/GDPP), pemeriksaan rutin 3 sampai 6 bulan (HbA1c), pemeriksaan rutin 6 bulanan kimia darah (microalbuminuria, ureum, kreatinin, kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL dan trigliserida) (BPJS Kesehatan, 2017).

e. Pelayanan obat

Pelayanan obat adalah pemberian obat untuk kebutuhan 1 bulan (obat PRB) (BPJS Kesehatan, 2017).

f. Senam Prolanis

Senam Prolanis dilakukan oleh peserta klub prolanis yang diadakan di FKTP (BPJS Kesehatan, 2019).

Langkah-langkah dalam pelaksanaan program pengelolaan penyakit kronis, meliputi:

- 1) Melakukan identifikasi terhadap data peserta sasaran yang berdasarkan dari:
 - a. Hasil skrining riwayat kesehatan,
 - b. Hasil diagnosa diabetes mellitus dan hipertensi (pada fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Rumah Sakit).
- 2) Menentukan target sasaran Prolanis.
- 3) Melakukan pemetaan Fasilitas kesehatan (Faskes) dokter keluarga/ puskesmas berdasarkan pada distribusi target sasaran peserta.
- 4) Menyelenggarakan sosialisasi Prolanis kepada Fasilitas Kesehatan pengelola.
- 5) Melakukan pemetaan jejaring Fasilitas Kesehatan Pengelola (apotek, laboratorium).
- 6) Permentiaan pernyataan kesediaan jejaring Fasilitas Kesehatan untuk melayani peserta Prolanis.
- 7) Melakukan sosialisasi Prolanis kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien penyakit kronis di rumah sakit, dan lain-lain).

- 8) Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang penyakit DM tipe 2 dan hipertensi untuk bergabung dalam Prolanis.
- 9) Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis.
- 10) Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar Prolanis. Melakukan rekapitulasi terhadap data peserta terdaftar.
- 11) Melakukan entri data peserta Prolanis dan pemberian *flag* peserta Prolanis.
- 12) Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai dengan Fasilitas kesehatan pengelola.
- 13) Bersama dengan fasilitas kesehatan melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta Prolanis yang meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, IMT, HbA1C, dan tekanan darah. Bagi peserta Prolanis yang belum pernah melakukan pemeriksaan, harus dilakukan pemeriksaan.
- 14) Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta Prolanis per Faskes pengelola (data adalah luaran dari aplikasi *P-Care*).
- 15) Melakukan monitoring dari aktivitas Prolanis terhadap masing-masing Faskes pengelola:
 - a. Menerima laporan aktivitas Prolanis dari Fasilitas Kesehatan Pengelola, dan,
 - b. Menganalisis data.
- 16) Menyusun umpan balik dari kinerja Faskes Prolanis.
- 17) Membuatn laporan kepada kantor divisi regional atau kantor pusat.

2.3 Penyakit Kronis

Penyakit kronis didefinisikan sebagai kondisi yang berlangsung 1 tahun atau lebih dan memerlukan perhatian medis yang berkelanjutan atau membatasi aktivitas kehidupan sehari-hari. Diabetes Mellitus dan Hipertensi termasuk ke dalam penyakit kronis (*Centers for Disease Control, 2019*). Sakit kronis

merupakan suatu keadaan sakit yang berlangsung lama, atau bisa dikatakan sebagai sakit yang tidak berakhir selama tiga bulan (Heru, 1995:57).

Penyakit kronis adalah penyakit yang pada gilirannya tidak ada penyembuhan yang efektif, pengobatannya berfokus pada pengendalian gejala, dukungan, masalah psikososial, dan jika mungkin pencegahan kemunduran dan peningkatan kualitas hidup (Finkelman, 2017:215). Menurut Dellinger dalam Coughlin dan D'Ambrosio (2012:30) bahwa kondisi kronis menurunkan kualitas hidup, fungsi dan kemampuan untuk hidup mandiri di masyarakat. kondisi kronis yang paling berpengaruh adalah hipertensi, penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, dan radang sendi. Prevalensi hipertensi dan diabetes meningkat di antara orang dewasa yang lebih tua dari waktu ke waktu.

2.3.1 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus berasal dari bahasa latin, yaitu diabetes yang berarti penerusan dan mellitus yang berarti manis. Diabetes mellitus atau penyakit kencing manis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan menahun terutama pada sistem metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein dalam tubuh. Gangguan metabolisme terjadi karena kurangnya produksi hormone insulin dalam tubuh yang diperlukan dalam proses pengubahan gula menjadi tenaga dan sintesis lemak. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya hiperglikemia, yaitu meningkatnya kadar gula dalam darah dan zat-zat keton serta *keto acidosis* (asam) yang berlebihan (Lanywati, 2001). Sedangkan, WHO (2018) mendefinisikan diabetes sebagai suatu penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah atau gula darah yang menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, jantung, ginjal, mata, dan saraf.

Ada empat tipe diabetes, yaitu:

a. Diabetes tipe 1

Diabetes tipe 1 (disebut juga dengan *insulin dependent*, *juvenile*, atau onset masa kanak-kanak) terjadi karena kekurangan produksi insulin dan memerlukan pemberian insulin setiap hari. (WHO, 2018).

b. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe 2 terjadi karena penggunaan insulin yang tidak efektif oleh tubuh. Sebagian besar terjadi akibat kelebihan berat badan dan aktivitas fisik. (WHO, 2018).

c. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional atau diabetes kehamilan, merupakan hiperglikemia dengan kadar glukosa darah di atas normal tetapi di bawah diagnostik diabetes dan terjadi selama kehamilan. Wanita dengan diabetes gestasional memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi selama masa kehamilan dan saat melahirkan. Mereka dan anak-anak mereka nantinya akan menghadapi risiko menderita diabetes tipe 2. Diagnosis diabetes gestasional dilakukan melalui skrining prenatal (WHO, 2018).

d. Pra Diabetes

Pra diabetes adalah suatu kondisi kesehatan serius di mana kadar gula darah lebih tinggi dari normal, tetapi belum cukup tinggi untuk didiagnosis sebagai diabetes tipe 2. Pra diabetes dapat meningkatkan risiko untuk terkena diabetes tipe 2, penyakit jantung, dan stroke. (*Centers for Disease Control*, 2018). Terdapat dua kondisi pra diabetes yaitu *Impaired Fasting Glucose* (IFG) adalah suatu kondisi di mana terjadi peningkatan kadar glukosa plasma puasa (≥ 100 mg/dl dan <126 mg/dl), dan *Impaired Glucose Tolerance* (IGT) adalah peningkatan konsentrasi glukosa plasma 2 jam ≥ 140 mg/dl dan <200 mg/dl (Nathan, *et.al*, 2007:753-754).

Gejala diabetes mellitus menurut Misnadiarly (2006) dapat digolongkan menjadi dua yaitu gejala akut dan gejala kronik.

a. Gejala Akut

Gejala akut yang umumnya menyerang penderita diabetes mellitus yaitu polifagia (banyak makan), polidipsia (banyak minum), dan poliuria (banyak kencing).

b. Gejala Kronik

Gejala kronik atau gejala menahun yang sering timbul pada penderita diabetes mellitus, yaitu kesemutan, kram, mudah mengantuk, mata kabur, kulit

terasa panas (wedangan), capai, gigi mudah goyah dan lepas, gatal di sekitar kemaluan (terutama pada wanita), kemampuan seksual menurun (impoten), dan pada ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau jika lahir berat badannya lebih 4 kg.

2.3.2 Hipertensi

World Health Organization (2013) mendefinisikan hipertensi atau tekanan darah tinggi sebagai suatu kondisi dimana pembuluh darah terus meningkatkan tekanan. Tekanan darah terjadi akibat kekuatan darah mendorong dinding pembuluh darah (arteri) karena dipompa oleh jantung. Apabila semakin tinggi tekanan, maka jantung akan sulit memompa. Hipertensi merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan sistole yang tingginya tergantung dari umur individu yang terkena. Terdapat tiga golongan hipertensi berdasarkan tekanan diastole, diantaranya: hipertensi ringan yaitu apabila tekanan diastole 95-104 mmHg, hipertensi sedang apabila tekanan diastole 105-114 mmHg, dan hipertensi berat apabila tekanan diastole >115 mmHg (Tambayong, 2000:94). Hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam atau *silent killer*, karena tidak menunjukkan gejala apapun pada sebagian besar kasus (Kowalski, 2010).

Ada beberapa klasifikasi hipertensi, yaitu:

a. Berdasarkan Penyebabnya, meliputi:

1) Hipertensi Primer

Hipertensi primer atau hipertensi esensial biasanya terjadi karena berhubungan dengan obesitas, aterosklerosis, diabetes, hiperkolesterolemia, stress, riwayat keluarga, kurang aktivitas, merokok, dan diet tinggi garam (Tambayong, 2000:96).

2) Hipertensi Sekunder

Menurut Gray, *et al.* (2005) hipertensi sekunder dapat diketahui penyebabnya dari:

a) Penyakit Parenkim Ginjal

Setiap penyebab dari gagal ginjal (seperti pielonefritis, glomerulonefritis, dan sebab-sebab penyumbatan lain) yang menyebabkan kerusakan parenkim cenderung menimbulkan penyakit hipertensi dan hipertensi tersebut akan mengakibatkan kerusakan ginjal.

b) Penyakit Renovaskular

Penyakit yang menyebabkan terjadinya gangguan pada pasokan darah ginjal dan secara umum dibagi atas *Aterosklerosis* yang mempengaruhi sepertiga bagian arteri renalis dan biasanya terjadi pada usia lanjut, dan *Fibrodisplasia* yang mempengaruhi 2/3 bagian distal, biasanya terjadi pada individu muda.

c) Aldosteronisme primer atau *Sindrom conn*

Terjadi karena tingginya kadar aldosteron dan rendahnya renin sehingga mengakibatkan kelebihan natrium dan air.

d) *Sindrom Cushing*

Terjadi akibat tumor adrenal primer dan hiperplasia adrenal bilateral yang disebabkan oleh adenoma hipofisis yang menghasilkan *Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)*.

e) *Feokromositoma*

Terjadi karena tumor sel kromafin asal neural yang mensekresikan katekolamin.

f) *Hiperplasia Adrenal Kongenital*

Adalah penyebab hipertensi yang terjadi pada anak, tetapi jarang.

2.4 Instrumen Kualitas Hidup

Terdapat dua macam instrumen yang biasanya digunakan dalam mengukur kualitas hidup, yaitu instrumen generik dan instrumen spesifik. Instrumen generik fokus pada aspek kualitas hidup dan status kesehatan yang luas dan dimaksudkan untuk digunakan pada populasi umum atau diberbagai kondisi penyakit. Jika dianggap penting untuk membandingkan hasil uji klinis dengan data dari

kelompok pasien lain, termasuk pasien dengan penyakit lain, instrumen generik akan sesuai. Sedangkan, instrumen spesifik penyakit biasanya dikembangkan untuk mendeteksi penyakit yang lebih halus dan efek terkait pengobatan (Fayers, dan David Machin, 2015:245). Contoh instrumen generik adalah *Medical Outcomes Study Health Survey 36-item Short Form (SF-36)*, *Euro-QoL (EQ5D)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Due UNC Health Profile*, dan *McMaster Health Index Questionnaire*. SF-36 menjadi instrumen generik yang paling populer dan banyak digunakan serta memiliki sifat pengukuran terbaik (Montori, 2006).

2.5 Short Form-36 (SF-36)

SF-36 adalah karya dari *Rand Corporation of Santa Monica* selama tahun 1970-an. *Rand's Health Insurance Experiment* membandingkan dampak dari sistem asuransi kesehatan alternatif terhadap status kesehatan dan pemanfaatan. Ukuran hasil yang dikembangkan untuk penelitian ini telah banyak digunakan, kemudian disempurnakan dan digunakan di *Rand Medical Outcomes Study (MOS)*, yang berfokus lebih sempit pada perawatan medis kronis dan kondisi kejiwaan. Survei MOS bersifat komprehensif, mencakup 40 fisik dan konsep kesehatan mental, serta beberapa bentuk singkatan diproduksi. Skala 18 item diproduksi pada tahun 1984, kemudian diikuti oleh 20 item *Short Form (SF-20)* pada tahun 1986. SF-36 dibangun untuk menjawab kritik keterbatasan di SF-20. SF-36 merupakan item dari kuesioner *Medical Outcomes Study (MOS)* yang dirancang sebagai indikator generik status kesehatan untuk digunakan dalam survei populasi dan studi evaluatif kebijakan kesehatan (Rand Corporation dan John E.Ware Jr., 1996 dalam McDowell, 2006).

Menurut Hays dan B.B Reeve (2008), SF-36 adalah ukuran profil kualitas hidup terkait kesehatan yang paling dikenal di dunia saat ini. kuesioner SF-36 terdiri dari delapan skala yang menghasilkan dua ukuran ringkasan yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental. Ukuran kesehatan fisik meliputi empat skala yaitu fungsi fisik (10 item), peran fisik (4 item), nyeri tubuh (2 item), dan

kesehatan umum (5 item). Ukuran kesehatan mental terdiri dari energi (4 item), fungsi sosial (2 item), peran emosi (3 item), dan kesehatan mental (5 item). Item terakhir disebut *transisi kesehatan* yang dilaporkan sendiri dan dijawab oleh pasien, tetapi tidak termasuk dalam proses penilaian (Heyde dalam Cooper (2007:101). Berikut ini adalah tabel delapan domain SF-36 dan item pertanyaan:

Tabel 2. 1 Domain SF-36 dan Item Pertanyaan

No.	Domain SF-36	Jumah item	Nomor item pertanyaan
1.	Fungsi Fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
2.	Peran Fisik	4	13, 14, 15, 16
3.	Peran Emosi	3	17, 18, 19
4.	Energi	4	23, 27, 29, 31
5.	Kesehatan Mental	5	24, 25, 26, 28, 30
6.	Fungsi Sosial	2	20, 32
7.	Nyeri	2	21, 22
8.	Kesehatan Umum	5	1, 33, 34, 35 36

Sumber: Rand (2006).

2.5.1 Menghitung Skor SF-36

Skor SF-36 berasal dari dua set skor yaitu profil delapan skor bagian dan dua skor ringkasan, satu untuk komponen fisik dan satu skor ringkasan untuk komponen mental. Untuk setiap set skor, dua pendekatan alternatif dapat digunakan dalam menghitung skor, yaitu pendekatan aditif normal yang menghasilkan skor 0 hingga 100 untuk delapan skala dan pendekatan berbasis norma yang menyesuaikan skor mentah untuk memiliki rata-rata 50 dan standar deviasi 10 (Rand Corporation dan John E.W.Jr, 1996 dalam McDowell, 2006). Penilaian berbasis norma menyamakan semua skor, sehingga skor di atas 50 artinya kualitas hidup lebih baik, sementara skor di bawah 50 artinya kualitas hidup lebih buruk (Gandek, 2002:2). Menurut Brody (2016:472) bahwa tidak ada skor keseluruhan tunggal untuk SF-36. Menghitung skor SF-36 total/global keseluruhan adalah bias pengukuran (kesalahan sistematis) yang dapat menyebabkan pengukuran dengan validitas yang buruk (Lins, dan F.M. Carvalho, 2016).

Proses penilaian SF-36 ada dua langkah menurut Rand (2006), yaitu:

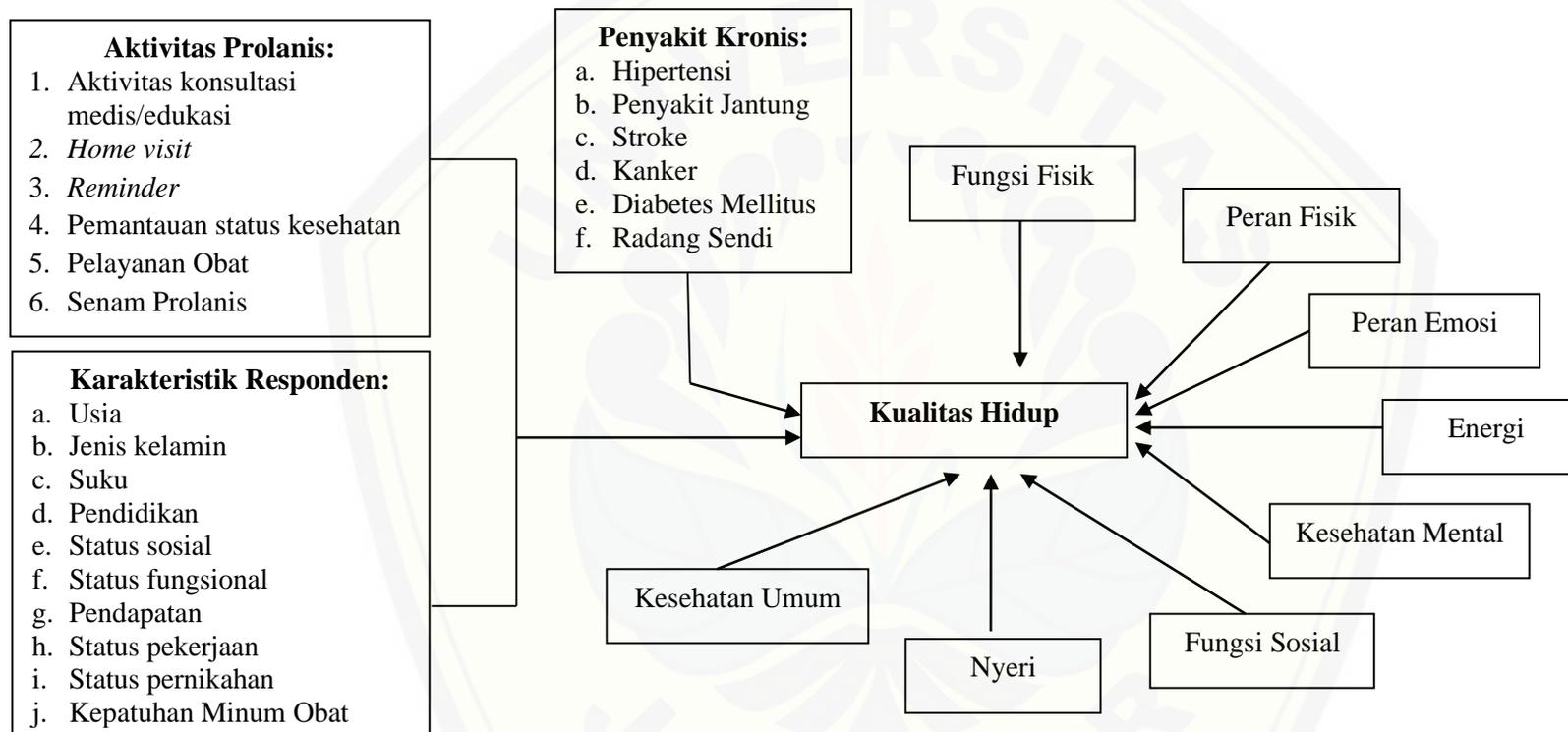
- 1) Nilai-nilai numerik yang telah diprogramkan dikode ulang per kunci penilaian. Semua item diberi skor sehingga skor tinggi menentukan status kesehatan yang lebih baik. Setiap item diberi skor pada rentang 0 hingga 100, sehingga skor terendah dan tertinggi yang mungkin adalah masing-masing 0 dan 100. Skor mewakili persentase total skor yang mungkin tercapai.

Tabel 2. 2 Skor kuesioner SF-36

Nomor Item Pertanyaan	Respon asli	Skor
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

- 2) Item dalam skala yang sama dirata-rata untuk membuat skor skala.

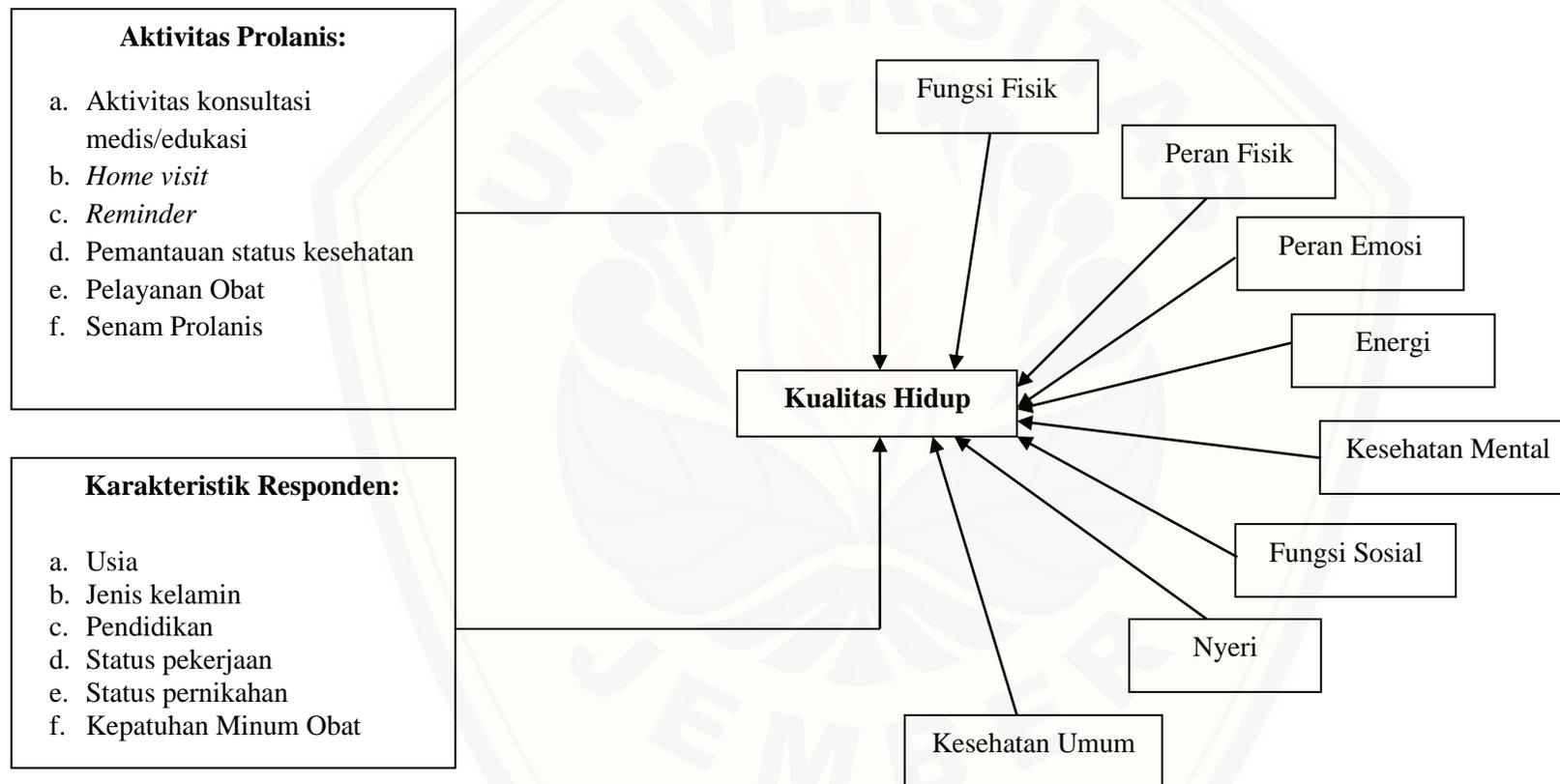
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Modifikasi teori Dellinger dalam Coughlin dan D'Ambrosio (2012:30), Ekasari *et al.* (2019:35), Preto *et al.* (2016), Pengpid dan Karl Peltzer (2018), dan BPJS Kesehatan (2015, 2017, 2019).

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep di atas merupakan modifikasi dari teori Ekasari *et al.* (2019:35) yang terdiri dari karakteristik responden (usia, jenis kelamin, suku, pendidikan, pendapatan, status sosial, dan status fungsional), teori Preto *et al.* (2016) yang terkait dengan status pekerjaan, teori Pengpid dan Karl Peltzer (2018) terkait karakteristik responden (status pernikahan dan kepatuhan minum obat), teori Dellinger dalam Coughlin dan D'Ambrosio (2012:30) yang terdiri dari penyakit kronis (hipertensi, penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, dan radang sendi), dan aktivitas Prolanis yang meliputi aktivitas konsultasi medis/edukasi, *home visit*, *reminder*, pemantauan status kesehatan, pelayanan obat dan senam Prolanis (BPJS Kesehatan, 2015, 2017, 2019). Pada penelitian ini peneliti berfokus pada karakteristik responden dan aktivitas Prolanis. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan kepatuhan minum obat. Aktivitas Prolanis dalam penelitian ini meliputi aktivitas konsultasi medis/edukasi, *home visit*, *reminder*, pemantauan status kesehatan, pelayanan obat dan senam Prolanis.

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a. Terdapat hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.
- b. Terdapat hubungan antara aktivitas Prolanis dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan studi potong lintang (*cross sectional*). Penelitian analitik adalah suatu penelitian yang menerangkan situasi masalah. Sesuatu yang menerangkan masalah tersebut disebut determinan, yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian dan distribusi suatu penyakit atau suatu masalah yang berkaitan dengan kesehatan (Lapau, 2012:38). *Study cross sectional* adalah suatu penelitian yang digunakan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek yang dilakukan dengan cara pendekatan observasi atau dengan pengumpulan data sekaligus pada suatu saat dan hanya diobservasi sekali saja (Siyoto dan M. A. Sodik, 2015:101). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2019 sampai selesai.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang memiliki sifat-sifat dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh

peneliti untuk dipelajari, kemudian ditarik kesimpulan (Hidayat, 2011:64). Populasi dalam penelitian ini adalah peserta Prolanis yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, diabetes mellitus & hipertensi, dan terdaftar di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember yang berjumlah 108 peserta. Terdiri dari 76 peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan 32 peserta Prolanis di Puskesmas Silo 1.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik populasi (Hidayat, 2011:51). Menurut Carsel (2018:88), sampel adalah bagian dari populasi yang diharapkan mampu untuk mewakili populasi dalam penelitian secara representatif. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah peserta Prolanis yang menderita penyakit diabetes mellitus dan hipertensi serta masih terdaftar sebagai peserta Prolanis pada saat penelitian dilakukan. Sedangkan, kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah peserta Prolanis yang sudah tidak terdaftar pada saat penelitian dilakukan, peserta Prolanis yang sudah meninggal, peserta Prolanis yang sedang menjalani perawatan/*opname* di puskesmas atau rumah sakit, dan peserta yang baru selesai *opname*.

Sampel dalam penelitian ini adalah 108 responden yang terdiri dari 76 peserta terdaftar Prolanis di Puskesmas Ajung dan 32 peserta terdaftar Prolanis di Puskesmas Silo 1 Kabupaten Jember. Perhitungan besar sampel untuk populasi yang diketahui dengan menggunakan rumus dari Isaac dan Michael (dalam Notoatmodjo, 2012:86) adalah:

$$= \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$s = \frac{1,96^2 \cdot 108 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2(107-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$s = \frac{3,8416.108.0,5.0,5}{0,01(108 - 1) + 3,8416.0,5.0,5}$$

$$s = \frac{103,7232}{2,0304}$$

$$s = 51,08 \approx 51 \text{ responden}$$

Keterangan:

s = besarnya sampel

N = besarnya populasi

λ^2 = nilai distribusi normal baku dengan tingkat kepercayaan 95% (1,96)
(tabel Z)

P = Q = 0,5

d = kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi 10% (0,1).

Berdasarkan perhitungan sampel di atas, maka besar sampel yang akan diteliti adalah 51 responden yang merupakan peserta terdaftar Prolanis di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo 1. Setelah diperoleh sampel, kemudian dilakukan perhitungan secara proporsional untuk pembagian sampel di masing-masing puskesmas. Rumus yang digunakan adalah:

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

Keterangan:

ni = besar sampel ke-i

Ni = populasi produk ke-i

N = besar populasi penelitian

n = besar sampel penelitian

Berikut ini pembagian dimasing-masing puskesmas:

Tabel 3. 1 Pembagian sampel di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember

Puskesmas	n	N	Ni	ni
Ajung	76	108	51	36
Silo	32	108	51	15
Total				51

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Untuk mendapatkan jumlah sampel yang akan mewakili populasi maka digunakan teknik sampling untuk menyeleksi sampel (Hidayat, 2011:68). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*. *Simple random sampling* merupakan cara pengambilan sampel dengan cara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi. Apabila anggota populasi dianggap homogen, maka dapat dilakukan dengan cara ini, sehingga didapatkan sampel yang representatif (Hidayat, 2011:69). *Simple random sampling* dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu *lottery technique* (mengundi anggota populasi) dan *random number* (angka acak atau menggunakan tabel bilangan) (Notoadmodjo, 2012:121). Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dengan cara mengundi nomor responden yang terdaftar sebagai peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel bebas atau independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi penyebab timbulnya variabel terikat (Siyoto, dan M. Ali Sodik, 2015:52). Variabel independen dalam penelitian ini adalah karakteristik responden dan aktivitas Prolanis. Sedangkan, variabel terikat atau variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Siyoto, dan M. Ali Sodik, 2015:52). Variabel dependen dari penelitian ini adalah kualitas hidup yang terdiri dari 8 domain kualitas hidup.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah salah satu unsur yang membantu komunikasi dalam penelitian dan petunjuk tentang bagaimana suatu variabel diukur (Siyoto,

dan M. Ali Sodik, 2015:16). Definisi operasional menjelaskan batasan ruang lingkup dari variabel yang akan menjadi bahan penelitian (Sani, 2018:32).

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Cara Pengukuran
Variabel Independen					
Karakteristik Responden					
a	Jenis Kelamin	Perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologis perempuan dan laki-laki yang menentukan peran dalam upaya meneruskan keturunan	Wawancara	Nominal	1= Laki-laki 2= Perempuan
b	Usia	Lama hidup responden mulai dari lahir hingga penelitian dilakukan dalam satuan tahun	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	1= <46 tahun 2= 46-55 tahun 3= 56-65 tahun 4= >65 tahun
c	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	0= Tidak sekolah 1= Pendidikan dasar (SD/MI/SMP/MTs) 2= Pendidikan menengah (SMA/MA/SMK/MAK) 3= Pendidikan tinggi (diploma/sarjana/magister/spesialis/doktor) (UU RI Nomor 20 tahun 2003)
d.	Status Pekerjaan	Suatu kegiatan ekonomi yang menghasilkan upah/gaji untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= tidak bekerja 2= wiraswasta 3= petani/buruh tani 4= nelayan 5= PNS/TNI/BUMN/BUMD 6= ibu rumah tangga

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Cara Pengukuran
e.	Status Pernikahan	Status responden pada saat wawancara belum menikah, sudah menikah baik tinggal bersama maupun berpisah, atau hidup berpisah karena cerai	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	0= belum menikah 1= menikah 2= janda/duda
f.	Kepatuhan Minum Obat	Ketaatan responden dalam minum obat sesuai dengan yang dianjurkan oleh dokter atau petugas kesehatan dan rutin diminum setiap hari	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	1= tidak pernah telat 2= kadang-kadang telat 3= hanya saat kambuh/sakit saja 4= tidak minum obat
Aktivitas Prolanis					
a.	Aktivitas konsultasi medis/edukasi	Konsultasi medis /edukasi yang diberikan oleh dokter praktik di FKTP dan puskesmas kepada peserta Prolanis, serta keikutsertaan peserta mengikuti penyuluhan/edukasi kesehatan yang dilakukan puskesmas	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= iya 2= tidak 1= ikut 2= tidak ikut
b.	<i>Home Visit</i>	Kegiatan pelayanan dalam bentuk kunjungan ke rumah peserta Prolanis bagi peserta yang tidak mengikuti kegiatan dan melakukan kontrol kesehatan selama 3 bulan berturut-turut untuk memberikan informasi tentang kesehatan diri peserta dan keluarga.	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Iya dilakukan 2= Tidak dilakukan

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Cara Pengukuran
c.	<i>Reminder</i>	Kegiatan mengingatkan jadwal peserta Prolanis untuk melakukan kunjungan rutin di FKTP dan mengikuti kegiatan Prolanis	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= SMSWhatsApp 2= undangan 3= siaran di Masjid
d.	Pemantauan status kesehatan	Kegiatan pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan puskesmas dan keikutsertaan peserta dalam melakukan pemeriksaan kesehatan	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Iya 2= Tidak 1= ikut 2= tidak ikut
e.	Pelayanan Obat	Petugas puskesmas memberikan obat kepada peserta ketika melakukan pemeriksaan dan obat yang diterima oleh peserta Prolanis cukup untuk kebutuhan satu bulan	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Iya 2= Tidak 1= cukup 2= tidak cukup
f.	Senam Prolanis	Kegiatan olahraga yang diikuti oleh peserta Prolanis rutin setiap bulan yang diadakan oleh FKTP baik di puskesmas maupun di luar puskesmas untuk meningkatkan kesehatan dan aktivitas fisik peserta Prolanis (3 bulan terakhir)	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= rutin 2= tidak rutin 1= Iya 2= Tidak

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Cara Pengukuran
Variabel Dependen					
Kualitas Hidup					
a.	Fungsi Fisik	Kemampuan responden dalam melakukan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
b.	Peran Fisik	Kemampuan responden dalam melakukan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akibat dari masalah fisik selama 4 minggu terakhir	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
c.	Peran Emosi	Masalah yang dialami responden dalam melakukan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akibat dari rasa tertekan atau cemas selama 4 minggu terakhir	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
d.	Energi	Keadaan responden selama 4 minggu terakhir yang meliputi keadaan berenergi dan lelah	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
f.	Fungsi Sosial	Keadaan responden dalam melakukan kegiatan sosial/bermasyarakat akibat dari masalah emosional dan fisik selama 4 minggu terakhir	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
g.	Nyeri	Nyeri yang dirasakan responden selama 4 minggu terakhir dan apakah nyeri tersebut mengganggu pekerjaan rumah maupun di luar rumah	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)
h.	Kesehatan Umum	Persepsi responden dalam menilai kesehatan responden sendiri	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Baik (skor 51-100) 2= Buruk (skor 0-50)

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah bahan baku informasi yang digunakan untuk memberikan gambaran spesifik mengenai suatu obyek penelitian dan merupakan fakta-fakta yang dikumpulkan peneliti guna menjawab pertanyaan penelitian atau memecahkan masalah. Data primer merupakan data yang dikumpulkan atau diperoleh secara langsung oleh peneliti (Hidayat, 2011:67). Data primer dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner kepada responden mengenai karakteristik responden, kualitas hidup dengan kuesioner SF-36, dan aktivitas Prolanis. Sedangkan, data sekunder merupakan data yang dikumpulkan atau diperoleh dari berbagai sumber yang telah ada (Hidayat, 2011:68). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data terkait jumlah kunjungan peserta Prolanis di puskesmas se-Kabupaten Jember, data penyakit diabetes mellitus dan hipertensi di Kabupaten Jember, data jumlah peserta terdaftar di Puskesmas Ajung dan Silo 1, data keikutsertaan responden mengikuti kegiatan Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan tatap muka dan tanya jawab langsung antara peneliti terhadap narasumber atau sumber data (responden) (Suryani, dan Hendryadi, 2015:183). Wawancara dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden, aktivitas Prolanis, dan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan informasi yang berasal dari catatan penting baik organisasi atau lembaga maupun perorangan. Dokumentasi dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono,

2015:240). Dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data sekunder yang meliputi jumlah peserta terdaftar Prolanis, diagnosa peserta Prolanis, dan jumlah peserta Prolanis yang rutin berkunjung.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat-alat yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah instrumen penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan alat pengumpulan data yang digunakan dalam wawancara yang berisi daftar pertanyaan dan sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda. Kuesioner dapat berupa pertanyaan terbuka atau pertanyaan tertutup (Sugiyono, 2015:142). Kuesioner digunakan untuk mengukur variabel independen yang meliputi karakteristik responden dan aktivitas Prolanis. serta untuk mengukur variabel dependen yaitu kualitas hidup dengan SF-36.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan tidak bisa secara otomatis dianalisis sehingga diperlukan pengolahan data melalui beberapa tahap atau proses. Tahapan pengolahan data tersebut meliputi *editing*, *coding*, dan *tabulating* (Suwarjana, 2016:43) Berikut adalah uraian pengolahan data dalam penelitian:

a. *Editing*

Editing merupakan suatu proses memeriksa data yang telah dikumpulkan melalui alat pengumpulan data atau instrumen penelitian. Pada proses *editing* ini, peneliti melakukan pemeriksaan terhadap data yang telah dikumpulkan, yang mencakup memeriksa atau menjumlahkan lembar pertanyaan, jumlah pertanyaan yang lengkap jawabannya, atau mungkin pertanyaan yang seharusnya ada jawabannya tetapi belum terjawab. Jadi, tahap *editing* adalah proses melengkapi data yang kurang, dan mengoreksi atau memperbaiki data yang sebelumnya belum jelas (Suwarjana, 2016:43).

b. *Coding*

Coding adalah suatu kegiatan untuk mengubah data yang berbentuk huruf atau kalimat menjadi data berbentuk bilangan atau angka (Notoatmodjo 2012:177). Tahap *coding* menjadi penting karena untuk mempermudah dalam tahap-tahap selanjutnya terutama pada tahap tabulasi data (Cahyono, 2018:44)

c. *Tabulating*

Tahap *tabulating* atau penyusunan tabel induk adalah suatu kegiatan meringkas semua jawaban responden dari kuesioner menjadi satu tabel induk. Jawaban responden dapat berbentuk kode-kode yang telah disepakati dalam pengolahan data (Cahyono, 2018:46).

3.7.2 Penyajian Data

Data yang telah diperoleh dan diolah kemudian disajikan dalam bentuk penyajian data yang mudah dimengerti, mudah diinterpretasikan, dan menjelaskan fenomena yang telah disajikan. Pada umumnya terdapat tiga bentuk dalam penyajian data, yaitu penyajian dalam bentuk tulisan, tabel, dan gambar/grafik/diagram (Cahyono, 2018:51-52). Dalam penelitian ini, data yang telah dikumpulkan akan disajikan dalam bentuk tabel kemudian diberi penjelasan berupa narasi untuk memberikan gambaran dari hasil tabel tersebut.

3.7.3 Analisis Data

Teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat atau analisis deskriptif digunakan untuk menjelaskan karakteristik dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariat dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel dependen dan independen.

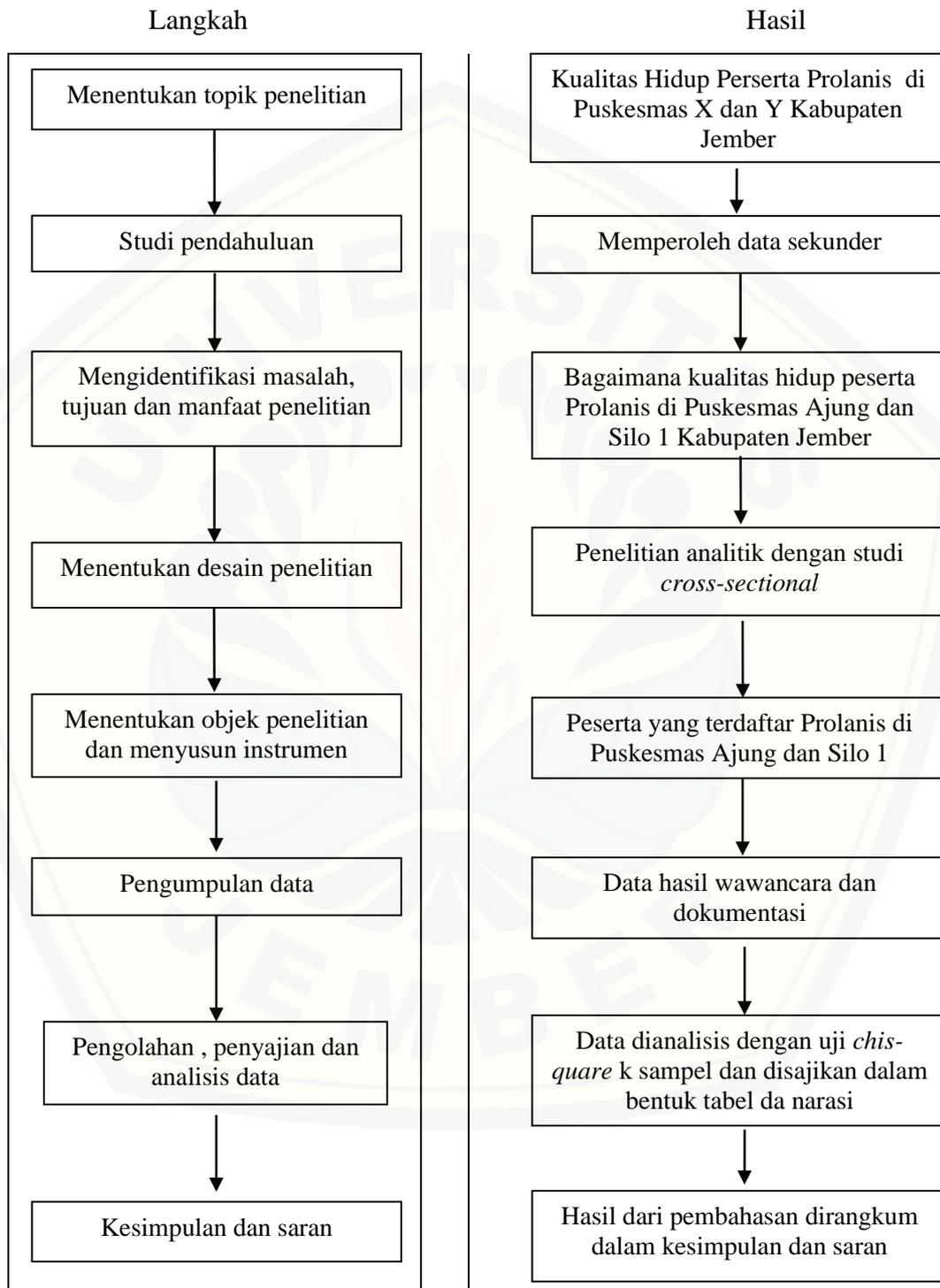
b. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Chi-square* k sampel dengan menggunakan *Kruskal Wallis Test* untuk mengetahui hubungan antar variabel dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Hipotesis H_0 diterima jika $p \text{ value} > \alpha$, artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel dependen dan variabel independen, dan H_0 ditolak jika $p \text{ value} < \alpha$, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara variabel dependen dan variabel independen.

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

SF-36 adalah kuesioner baku yang sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, sehingga tidak dilakukan uji lagi.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Karakteristik responden pada penelitian ini adalah paling banyak berjenis kelamin perempuan, usia >65 tahun, tingkat pendidikan SD dan sederajat, pekerjaan ibu rumah tangga, mayoritas menikah, paling banyak tidak pernah terlambat minum obat dan penyakit yang diderita adalah hipertensi.
2. Aktivitas prolanis pada penelitian ini adalah sebesar 58,8% responden mengikuti penyuluhan kesehatan, 98% menjawab *home visit* tidak dilakukan, *reminder* paling banyak dilakukan dengan cara siaran di masjid, sebagian besar responden rutin mengikuti pemeriksaan kesehatan, petugas memberi obat sebesar 84,3%, dan sebagian besar responden rutin mengikuti senam Prolanis.
3. Jenis kelamin, usia, pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan kepatuhan minum obat memiliki hubungan dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.
4. Keikutsertaan responden mengikuti penyuluhan, rutin mengikuti pemeriksaan kesehatan, *Home visit* dan senam prolanis memiliki hubungan dengan kualitas hidup peserta Prolanis. Sedangkan, reminder dan pelayanan obat tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1 Kabupaten Jember.

5.2 Saran

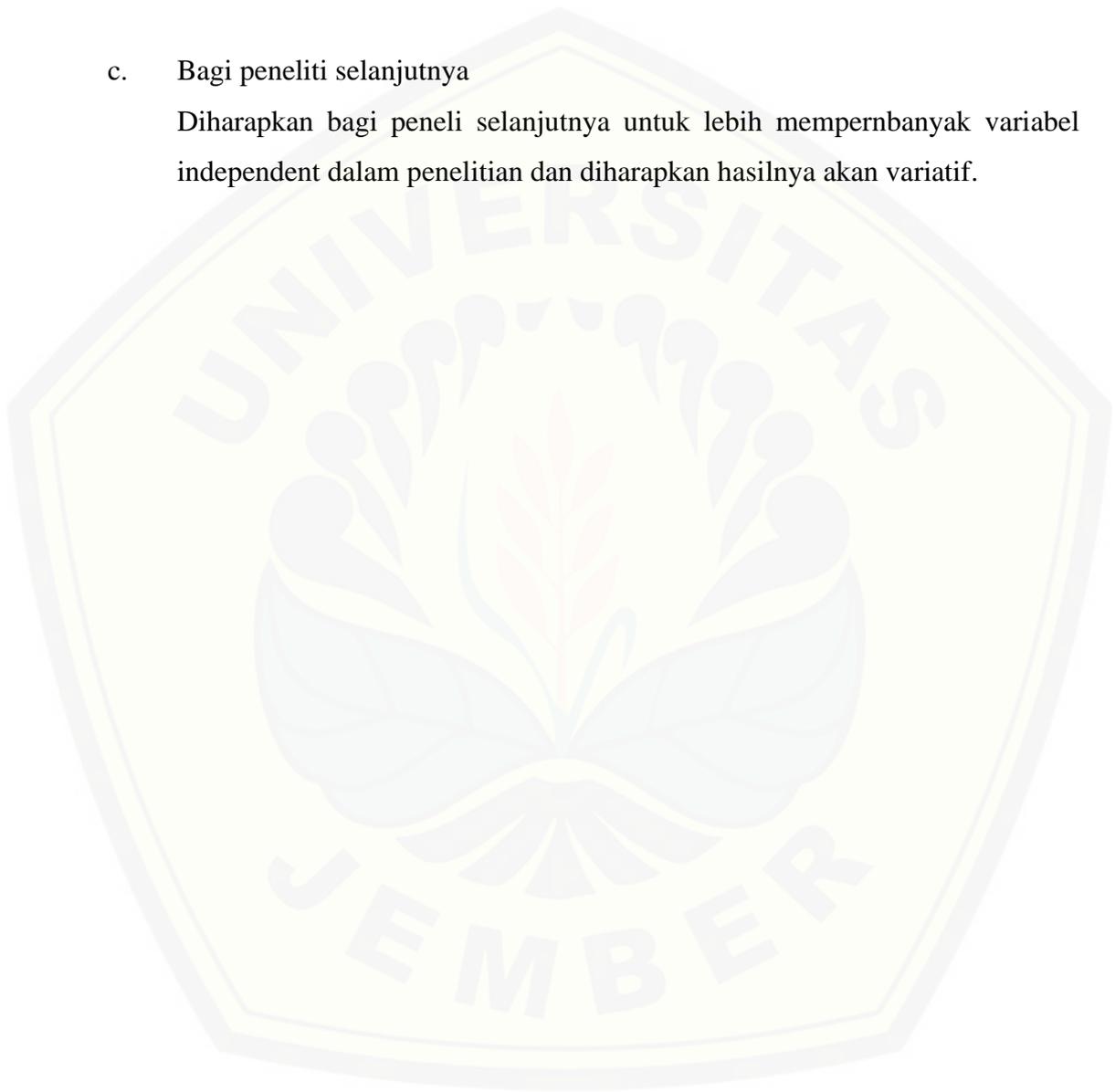
- a. Bagi Puskesmas
 1. Bagi petugas kesehatan di Puskesmas Ajung dan Silo 1 diharapkan lebih banyak lagi dalam menyetok obat dan dapat memberikan obat kepada pasien untuk kebutuhan satu bulan.
 2. Meningkatkan frekuensi kegiatan senam Prolanis yaitu 1 minggu sekali.

b. Bagi peserta Prolanis

Peserta prolanis diharapkan dapat meningkatkan keikutsertaannya dalam aktivitas Prolanis agar kesehatan peserta dapat dikontrol dan meningkatkan kualitas hidup peserta.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneli selanjutnya untuk lebih mempernbanyak variabel independent dalam penelitian dan diharapkan hasilnya akan variatif.



DAFTAR PUSTAKA

- Adamsen, C., S. Schroeder, S. LeMire, dan P. Carter. 2018. Education, Income, and Employment and Prevalence of Chronic Disease Among American Indian/Alaska Native Elders. *Centers for Disease Control and Prevention*, 15 (37): 1-9.
- Ahmed, T., A. Vafaei, M. Auais, J. Guralnik, dan M. Victoria Z. 2016. Gender Roles and Physical Function in Older Adults: Cross-Sectional Analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *Journal Plos One*, 11 (6): 1-18.
- Ali, Marwa Mosaad, Soha Kamel Mosbah, dan Nehal M. A. El-Fadl. 2019. Factors Affecting Quality of Life and Work Productivity among Patients with Gout. *American Journal of Nursing Research*, 7 (2): 128-135.
- Altinok, A., K. Marakoglu, dan N. C.Kargin 2016. Evaluation of Quality of Life and Depression Levels in Individuals with Type 2 Diabetes. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5 (2): 302-308.
- Alvinus, Aida. 2017. *Gender Differences in Different Contexts*. Kroasia: Books on Demands.
- Ambrose, Kirsten R. dan Y. M. Golightly. 2016. Physical Exercise as Non Pharmacological Treatment of Chronic Pain: Why and When. *Journal HHS Public Access*, 29 (1): 120-130
- Arif, Imam Setiadi. 2016. *Psikologi Positif: Pendekatan Saintifik Menuju Kebahagiaan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Atella, V., A. P Mortari, J. Kopinska F. Belotti, F. Lapi, C. Cricelli, dan L. Fontana. 2019. Trends in Age-Related Disease Burden and Healthcare Utilization. *Journal Aging Cell*, 18 (1): 1-8

- Badang Penyelenggara Jaminan Sosial. 2014. *Panduan Praktis Prolanis*. [serial online] <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/06-PROLANIS.pdf> (diakses pada 24 Desember 2018)
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2017. *Tangkis Risiko Kardiometabolik dengan Optimalisasi Prolanis*. [serial online] <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/536/Tangkis-Risiko-Kardiometabolik-dengan-Optimalisasi-PROLANIS> (diakses pada 18 Oktober 2018).
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2019. BPJS Kesehatan Tingkatkan Peran Aktif Peserta Penyakit Kronis Melalui Prolanis. [serial online] <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1187/BPJS-Kesehatan-Tingkatkan-Peran-Aktif-Peserta-Penyakit-Kronis-Melalui-Prolanis+%&cd=2&hl=id&ct=clnk&gl=id> (diakses pada 18 Juni 2019).
- Bartley, E.J. dan R.B. Fillingim. 2013. Sex Differences in Pain: A Brief Review of Clinical and Experimental Findings. *British Journal of Anaesthesia*. 111 (1): 52-58.
- Cahyono, J.B. Suharjo B. 2013. *Menjadi Pasien Cerdas*. Jakarta: PT Gramedia Pustaa Utama.
- Cahyono, Tri. 2018. *Statistik Terapan dan Indikator Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublisher.
- Carsel, Syamsunie. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Pendidikan*. Yogyakarta: Penebar Media Pustaka.
- Centers for Disease Control. 2018. *Prediabetes*. [serial online] <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/prediabetes.html> (diakses pada 6 Maret 2019)
- Centers for Disease Control. 2019. *National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDP)*. [online] <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (diakses pada 10 April 2019).

- Chen, Hsio-Mei dan Ching-Min Chen. 2017. Factors Associated with Quality of Life Among Older with Chronic Disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11 (1): 12-15.
- Chen, Supehy C. 2012. *Quality of Life Issues in Dermatology an Issues of Dermatologic Clinics*. United Stated: Elsevier Health Sciences.
- Coughlin, J.F. dan L. A. D'Ambrosio. 2012. *Aging America and Transportation: Personal Choices and Public Policy*. New York: Springer Publishing Company.
- Dewi, Sofia Rhosma. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ekasari, M. F., N. M. Riasmini, dan T. Hartini. 2019. *Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia: Konsep dan Berbagai Intervensi*. Malang: Wineka Media
- ElShazly, H. M. dan Nagwa Nashat Hegazy. 2017. Socioeconomic Determinants Affecting the Quality of Life Aong Diabetic and Hypertensive Patients in A Rural Area, Egypt. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6 (1): 141-145.
- Engberg, I., J. Segerstedt, G. Waller, P. Wennberg, M. Eliasson. 2017. Fatigue in the General Population-Association to Age, Sex, Socioeconomic Status, Physical Activity, Sitting Time and Self-Rated Health: The Northern Sweden MONICA Study 2014. *BMC Public Health Journal*, 17 (654):1-9
- Fadl, A., Esam M. A., M. A. Ismail, M. Thabit, dan Y. El-Serogy. 2014. Assesment of Health-Related Quality of Life, Anxiety and Drepession in Patients with Early Rheumatoid Arthritis. *Elsevier*, vol. 36 (2): 51-56.
- Fayers, Peter M. dan David Machin. 2015. *Quality of Life: the Assessment Analysis and Reporting of Patient Reported Outcomes*. Third Edition. United Kingdom: John Wiley & Sons.

- Fei, K.W., S. T. S. Hassan, dan L. A. Latiff. 2017. Physical Activity and Quality of Life Hypertensive Patients with and without Diabetes: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 4 (3): 76.
- Finkelman, Anita. 2017. *Professional Nursing Concepts: Competencies for Quality Leadership*. Amerika Serikat: Jones & Bartlett Learning.
- Gandek, Barbara. 2002. *Interpreting the SF-36 Health Survey*. Canada: Canadian Association of Cardiac Rehabilitation.
- Garg, A., Anand T., Sharma U., Kishore J., Chakraborty M., Ray P.C., dan Ingle G.K. 2014. Prevalence of Risk Factors for Chronic Non-communicable Diseases Using WHO Steps Approach in an Adult Population in Dehli. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3 (2): 112-118.
- Gerber, C., M. L. Greaney, D. Riebe, C. R. Nigg, P. A. Burbank, dan P.G. Clark. 2010. Physical and Mental Health-Related Correlates of Physical Function in Community Dwelling Older Adults: A Cross Sectional Study. *BMC Geriatrics Article*, 10 (6): 1-10.
- Guerra, F.P., R.C. Dias, L. S. M. Pereira, L. D. O. Assis, dan M. G. Assis 2017. Factors that Impact Functional Performance of Elderly with Low Back Pain. *Fisioterapi em Movimento Article*, 30 (1): 1-11
- Gray, Huon H. 2005. *Lecture Notes; Kardiologi*. Edisi Keempat. Terjemahan oleh Agoes, Azwar dan Asri Dwi Rachmawati. Jakarta: Erlangga.
- Hays, R.D. dan B.B Reeve. 2008. *Epidemiology and Demography in Public Health*. Editor oleh Killewo, Japhet, K. Heggenhougen, dan Stella R. Quah. USA: Academic Press.
- Heru, Adi S. 1995. *Kader Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

- Hidayat A. Aziz. 2011. *Metode Penelitian Kesehatan*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Hussein, Wijdan Akram. 2017. The Quality of Life In Patients with Rheumatoid Arthritis in Baghdad, 2017: A Cross Sectional Study. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6 (11): 20-34
- Hochberg, M. C., A. J. Silman, J. S. Smolen, M. E. Weinblatt, dan M. H. Weisman. 2008. *Rheumatoid Arthritis*. China: Elsevier Health Sciences.
- Internastional Diabetes Federation. 2015. *IDF Diabetes Atlas – 8th Edition*. <https://diabetesatlas.org/across-the-globe.html> (diakses pada 14 Februari 2019).
- International Diabetes Federation. 2018. *IDF Western Pacific Members*. <https://www.idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/members/104-indonesia> (diakses pada 14 Februari 2019).
- Janke, K., D. W. Johnston, C. Propper, dan M. A. Shields. 2018. The Causal Effect of Education on Chronic Health Conditions. *IZA Institute of Labor Economics*, (11253):1-27.
- Jindal, SK. 2017. *Textbook of Pulmonary and Critical Care Medicine*. Second Edition. India: Jaype Brothers Medical Publisher.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Potret Sehat Indonesia dari Riskesdas 2018*. [serial online] <http://www.depkes.go.id/article/view/18110200003/potret-sehat-indonesia-dari-riskesdas-2018.html> (diakses pada 14 Februari 2019).
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Korreveski, Karolin. 2011. Measuring Well-Being and Quality of life Using OECD Indicators. *Quarterly Bulletin of Statistic Estonia*, 4 (11): 38-44.

- Kowalski, Robert E. 2010. *Terapi Hipertensi: Program 8 Minggu Menurunkan Tekanan Darah Tinggi dan Mengurangi Risiko Serangan Jantung dan Stroke Secara Alami*. Penerjemah Ekawati, S. Bandung: Qanita.
- Lapau, Buchari. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Lenywati, Endang. 2001. *Diabetes Mellitus, Penyakit Kencing Manis*. Yogyakarta: Kanisus.
- Lins, L. dan F. M. Carvalho. 2016. SF-36 Total Score as a Single Measure of Health-Related Quality of Life: Scoping Review. *Journal Sage Open Medicine*, vol. 4: 1-12.
- Lopez, C. R. S., L. P. Perez, A. Escobar, J. L. Bastida, dan P. S. Aguilar. 2016. Health-Related Quality of Life in Patients with Spinocerebellar Ataxia. *Article Neurologia*, 32 (3): 143-151
- Lopez, Alan D., *et al.* 2006. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: World Bank Publications.
- Manuhutu, A. A. F dan B. E. A. Prasetya. 2018. Perbedaan Quality of Life Hipertensi yang Mengikuti dan Tidak Mengikuti Senam Prolanis di Wilayah Benteng Kota Ambon. *Jurnal Psikologi Indonesia*, 7 (2): 152-160
- Matalqah, L. M., K. M. Radaideh, M. M. Khatatbeh, dan O. A. Omari. 2018. Factors Associated with Health-Related Quality of Life Among A Northern Jordanian Population. *Epidemiology Biostatistic and Public Health*, 15 (1): 1-8
- McDowell, Ian. 2006. *The Short Form-36 Healthy Survey*. New York: Oxford University Press.
- Misnadiarly. 2006. *Diabetes Mellitus: Gangren, Ulcer, Infeksi. Mengenai Gejala, Menanggulangi dan Mencegah Komplikasi*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

- Moavi, R., M. Alavi, dan M. Keshvari. 2015. Relationship Between General Health of Older Health Service Users and Their Self-Esteem in Isfahan In 2014. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20 (6): 717-722
- Molarius, A., K. Berglund, C. Eriksson, H. G. Eriksson, M. L. Bostrom, E. Nordstrom, C. person, L. Sahlqvist, B. Starrin, dan B. Ydreborg. 2009. Mental Helath Symptoms in Relation to Socio-Economic Conditions and Lifestyle Factors-a Population-Based Study in Sweden. *Biomed Central Journal*, 9 (302):1-9
- Molarius, A. dan F. Granstrom. 2018. Educational Differences in Psychological Distress? Results from a Populationbased Sample of Men and Women in Sweden in 2012. *Journal BMJ*, 8 (4): 1-5.
- Montori, Victor M. 2006. *Evidence-Based Endocrinology*. New Jersey: Humana Press.
- Mpofu, Elias. 2015. *Community-Oriented Health Services: Practices Across Disciplines*. New York: Springer Publishing Company.
- Muller, Charlotte Feldman. 1990. *Health Care and Gender*. Amerika Serikat: Russell sage Foundation.
- Mustapha, W., Z. S. Hossain, dan K. O' Loughlin. 2014. Management and Impact of Diabetes on Quality of Life among the Lebanese Community of Sydney: A Quantitative Study. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 5 (1): 1-10
- Naik, B. N., S. Kanungo, dan T. Mahalakshmy. 2019. Does Hypertension Deteriorate the Health-Related Quality of Life (HRQoL)? A Matched Cross-Sectional Analytical Study in an Urban Area of Puducherry, South India. *Heart India Article*, 7 (1): 21-25.

- Nakaya, N., T. Nakamura, N. Tsuchiya, I. Tsuji, A. Hozawa, dan H. Tomita. 2016. Unemployment Risk among Individuals Undergoing Medical Treatment for Chronic Diseases. *Occupational Medicine*, 66 (2): 143-149.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Patinan, S., M. E. Bandboni, R. M. Ghanaei, dan Z. A. Roshan. 2017. The Relationship Between Chronic Diseases and Quality of Life of Elderly Residing in Nursing Homes Across Guilan. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 6 (5):1-5.
- Pieretti, S., A. D. Giannuario, R. D. Giovannandrea, F. Marzoli, G Piccaro, P. Minosi, dan A. M. Alosi. 2016. Gender differences in pain and its relief. *Monographic section*, 52 (2): 184-189
- Preto, O., O. Amaral, J. Duarte, C. Chaves, E. Coutinho dan P. Nelas. 2016. Quality of Life and Chronic Disease in Patients Receiving Primary Health Care. *The European Proceeding of Social & Behavioural Sciences*, halaman 218-226.
- Price, A. J., A. C. Crampin, A. Amberdir, N. K. Chihana, C Musicha, T. Tafatatha, K. Branson D. A. Lawlor, E. Mwaiyedhele L. Nkhwazi, L. Smeeth, N. Pearce, E. Munthali, B. M. Mwagomba, C. Mwansambo, J. R. Glym, S. Jaffar, dan M. Nyirenda. 2018. Prevalence of Obesity, Hypertension, and Diabetes, and Cascade of Care in Sub-Saharan Africa: a Cross-Sectional, Population Based Study in Rural and Urban Malawi. *Journals the Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6 (3): 208-222.
- Roser, K., L. Mader, J. Baenziger, G. Sommer, C. E. Kuehni, dan G. Michel. 2019. Health-Related Quality of Life in Switzerland: Normative Data for the SF-36v2 Questionnaire. *Journal Springer*, 28 (7): 1963-1977
- Salzman, Brooke, Lauren Collins, dan Emily R. Hajjar. 2012. *Chronic Disease Management, an Issue of Primary Care Clinics in Office Practice*. Amerika Serikat: Elsevier.
- Sani K., Fathur. 2018. *Penelitian Farmasi Komunitas dan Eksperimental*. Yogyakarta: Deepublish.

- Schnittker, Jason. 2005. When Mental Health Becomes Health: Age and the Shifting Meaning of Self Evaluations of Genera Health. *Journal the Milbank Quarterly*, 83 (3): 397-423
- Shofany, Christen. 2017. Quality of Life among Chronic Disease Patients. *Nursing & Care Open Access Journal*, 4 (2): 385-394.
- Siyoto, Sandu dan M. Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Somrothong, R., D. Hongthong, S. Wongchalee, dan N. Wongtongkam. 2016. The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. *BioMed Rearch International Journal*, 16 (7): 1-7
- Sugimoto, H., S Demura, dan Y. Nagasawa. 2014. Age and Gender Related Differences in Physical Functions of the Elderly Following 1-Year Regular Exercise Therapy: Comparison with Standard Values. *American Journals of Sports Science and Medicine*, 2 (4): 148-153.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani dan Hendryadi. 2015. *Metode Riset Kuantitatif: Teori dan Aplikasi pada Penelitian Bidang Manajemen dan Ekonomi Islam*. Edisi Pertama. Jakarta: Kencana.
- Suwarjana, I Ketut. 2016. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: ANDI.
- Tambayong, Jan. 2000. *Patofisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Tandra, Hans. 2017. *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui tentang Diabetes*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Trevisan, C., N. Veronese, S. Maggi, G. Baggio M. D. Rui, F. Bolzetta, S. Zambon, L. Sartori, E. Perissonotto, G. Crepaldi, E Manzato, dan G.

- Sergi. 2016. Marital Status and Frailty in Older People: Gender Differences in the *Progetto Veneto Anziani* Longitudinal Study. *Journals of Women's Health*, 25 (6): 630-637.
- Ventegodt, S., J. Merrick, dan N. J. Andersen. 2003. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: an Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*. 3: 1030-1040.
- Vogelsang, Georgia B. dan Steven Z. Palvetic. 2009. *Chronic Graft Versus Host Disease Interdisciplinary Management*. New York: Cambridge University Press.
- Wahrendorf, M., O. V. D. Knesebeck, dan J. Siegrist. 2006. Social Productivity and Well-Being of Older People: baseline Results from the SHARE Study. *European Journal of Ageing*, 3 (2): 67-73.
- Ware, J. E. dan C. D. Sherbourne. 1992. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30 (6): 473-483.
- Wong, F. Y., L. Yang, J. W. M. Yuen, K. K. P. Chang, dan F. K. Y. Wong . 2018. Assessing Quality of Life Using WHOQL-BREF: A Cross-Sectional Study on the Association Between Quality of Life and Neighborhood Environmental Satisfaction, and the Mediating Effect of Health-Related Behaviors. *BMC Public Health*, 18 (1113):1-14.
- World Health Organization. 1997. *Programme on Mental Health*. Switzerland: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization.
- World Health Organization. 2004. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. [serial online] <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> (diakses pada 14 Februari 2019).
- World Health Organization. 2013. *Hypertension*. (<https://www.who.int/topics/hypertension/en/>) (diakses pada 12 Maret 2019).

- World Health Organization. 2016. *Diabetes Fact and Number Indonesia*. <http://www.searo.who.int/indonesia/topics/8-whd2016-diabetes-facts-and-numbers-indonesian.pdf> (diakses pada 14 februari 2019).
- Wright, K. D., G. A. Pepper, M. Caserta, B. Wong, C P. Brunner, D. L. Morris, C. J. Barrant, S. Hazelett, D. Kropp, dan K. R. Allen. 2015. Factors that Influence Physical Function and Emotional Well-Being among Medicare-Medicaid Enrollees. *Elsevier Article*, 36 (2): 16-20.
- Zimmerman, E. dan S. H. Woolf. 2014. *Understanding the Relationship Between Education and Health*. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies
- Zhou, P., A. K. Hughes, S. C. Grady, dan L. Fang. 2018. Physical Activity and Chronic Diseases among Older People in a Mid-Size City in China: a Longitudinal Investigation of Bipolar Effects. *BMC Public Health*, 18 (486): 1-15.
- Zyoud, S. H., D. N. Daraghmeh, D. O. Meyzed R. L. Khdeir, M. N. Sawafta, N. A. Ayaseh, G. H. Tabeeb, W. M. Sweileh, R. Awang, dan S. W. Al-Jabi 2016. Factors Affecting Quality of Life in Patients on Haemodialysis: a Cross-Sectional Study from Palestine. *BMC Nephrology*, 17 (44): 1-12.

Lampiran A. Lembar Persetujuan Responden**Pernyataan Persetujuan Responden***(Informed Consent)*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

No. Telp. :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari:

Nama : Siti Aisah

Nim : 152110101056

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan
Silo 1 Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini dan saya bersedia memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya.

Jember,.....2019

Responden

(.....)

Lampiran B. Lembar Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Kualitas Hidup Peserta Prolanis di Puskesmas Ajung dan Silo 1
Kabupaten Jember

A. Karakteristik Responden

Nama	
Jenis Kelamin	(1) Laki-laki (2) Perempuan
Usia	(1) <46 tahun (2) 46-55 tahun (3) 56-65 tahun (4) >65 tahun
Pendidikan	0= Tidak sekolah 1= Pendidikan dasar (SD/MI/SMP/MTs) 2= Pendidikan menengah (SMA/MA/SMK/MAK) 3= Pendidikan tinggi (diploma/sarjana/magister/spesialis/ octor)
Status Pekerjaan	0= Tidak bekerja 1= wiraswasta 2= petani/buruh tani 3= PNS/TNI/Polri/BUMN//BUMD 4= ibu rumah tangga
Status Pernikahan	(1) Belum menikah (2) Menikah (3) Janda/duda
Kepatuhan Minum Obat	(1) Tidak pernah telat (2) Kadang-kadang telat (3) Hanya saat kambuh/sakit saja (4) Tidak minum obat

B. SF-36

1. Menurut bapak/ibu, secara umum bagaimana kesehatan bapak/ibu?

Luar biasa	Sangat baik	Baik	Sedang	Buruk
1	2	3	4	5

2. **Dibandingkan dengan satu tahun yang lalu**, bagaimana bapak/ibu menilai kesehatan bapak/ibu secara umum **sekarang**?

- Jauh lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu
- Agak lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu

- c. Kurang lebih sama daripada satu tahun yang lalu
- d. Agak lebih buruk sekarang daripada satu tahun yang lalu
- e. Jauh lebih buruk sekarang daripada satu tahun yang lalu

Batasan Kesehatan

Berikut ini adalah mengenai kegiatan yang mungkin bapak/ibu lakukan sehari-hari. Apakah **kesehatan bapak/ibu sekarang membatasi bapak/ibu** dalam melakukan kegiatan?

No.	Pertanyaan	Ya, sangat terbatas	Ya sedikit terbatas	Tidak terbatas sama sekali
3.	Kegiatan yang memerlukan banyak tenaga seperti berlari, mengangkat benda berat, berpartisipasi dalam olah raga berat, dan yang sejenisnya.	1	2	3
4.	Kegiatan yang memerlukan tenaga sedang , seperti memindahkan beja, mendorong penyedot debu, bermain bowling, atau bermain golf, dan yang sejenisnya.	1	2	3
5.	Mengangkat atau membawa barang belanjaan	1	2	3
6.	Menaiki beberapa tangga (satu lantai atau lebih)	1	2	3
7.	Menaiki satu tangga (1/2 lantai).	1	2	3
8.	Membengkokkan tubuh, berlutut, atau membungkuk	1	2	3
9.	Berjalan lebih dari satu mil (1,6 km).	1	2	3
10.	Berjalan beberapa blok (>100 meter).	1	2	3
11.	Berjalan satu blok (100 meter).	1	2	3
12.	Mandi atau berpakaian sendiri.	1	2	3

Selama **4 minggu terakhir**, pernahkah bapak/ibu mengalami masalah berikut ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari lainnya **akibat kesehatan fisik bapak/ibu?**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
13.	Lamanya waktu yang bapak/ibu habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang	1	2
14.	Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang	1	2
15.	Jenis pekerjaan atau kegiatan lainnya menjadi terbatas.	1	2
16.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain (misalnya, membutuhkan usaha lebih).	1	2

Selama **4 minggu terakhir**, pernahkah bapak/ibu mengalami masalah berikut ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari bapak/ibu **sebagai akibat dari masalah emosioal** (seperti merasa tertekan atau cemas).

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
17.	Lamanya waktu yang bapak/ibu habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang	1	2
18.	Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang	1	2
19.	Tidak melakukan pekerjaan atau kegiatan lain dengan hati-hati seperti biasa	1	2

20. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa jauh kesehatan fisik atau masalah emosional bapak/ibu mengganggu kegiatan sosial/bermasyarakat yang biasanya bapak/ibu lakukan dengan keluarga, teman, tetangga, atau kelompok?
1. Tidak mengganggu sama sekali
 2. Sedikit mengganggu
 3. Cukup mengganggu
 4. Sangat mengganggu
 5. Amat sangat mengganggu
21. Seberapa parah **nyeri** yang bapak/ibu rasakan pada tubuh selama **4 minggu terakhir**?
1. Tidak ada
 2. Sangat ringan
 3. Ringan
 4. Sedang
 5. Parah
 6. Sangat parah
22. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa banyak **rasa nyeri** mengganggu pekerjaan bapak/ibu sehari-hari (termasuk baik pekerjaan di luar rumah maupun pekerjaan rumah tangga)?
1. Tidak mengganggu sama sekali
 2. Sedikit mengganggu
 3. Cukup mengganggu
 4. Sangat mengganggu
 5. Amat sangat mengganggu

Pertanyaan berikut ini adalah mengenai bagaimana perasaan bapak/ibu dan bagaimana keadaan bapak/ibu **selama 4 minggu terakhir**

No.	Pertanyaan	Setiap waktu	Sering	Cukup sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
23.	Bapak/ibu merasa penuh semangat?	1	2	3	4	5	6
24.	Bapak/ibu menjadi orang yang sangat gugup??	1	2	3	4	5	6
25.	Bapak/ibu merasa terpuruk dan tidak ada yang bisa menghibur bapak/ibu?	1	2	3	4	5	6
26.	Bapak/ibu merasa tenang dan damai?	1	2	3	4	5	6
27.	Bapak/ibu merasa sangat berenergi (bertenaga)?	1	2	3	4	5	6
28.	Bapak/ibu merasa patah semangat dan murung?	1	2	3	4	5	6
29.	Bapak/ibu merasa kehabisan tenaga?	1	2	3	4	5	6
30.	Bapak/ibu merasa gembira?	1	2	3	4	5	6
31.	Bapak/ibu merasa lelah?	1	2	3	4	5	6

32. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa sering **kesehatan fisik atau masalah emosional** bapak/ibu mengganggu kesegiatan sosial/bermasyarakat bapak/ibu (sperti mengunjungi teman, keraba, dll)?

1. Sepanjang waktu
2. Sering
3. Kadang-kadang
4. Jarang
5. Tidak pernah

Seberapa BENAR atau SALAH masing-masing pertanyaan berikut ini bagi bapak/ibu??

No.	Pertanyaan	Sangat benar	Benar	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
33.	Bapak/ibu tampaknya lebih mudah jatuh sakit dibanding orang lain	1	2	3	4	5
34.	Bapak/ibu sama sehatnya dengan orang-orang lain yang bapak/ibu kenal	1	2	3	4	5
35.	Bapak/ibu memperkirakan kesehatan bapak/ibu akan memburuk	1	2	3	4	5
36.	Kesehatan bapak/ibu sangat baik	1	2	3	4	5



C. Aktivitas Prolanis**a) Aktivitas konsultasi medis/edukasi**

1. Apakah dokter memberi konsultasi medis kepada bapak/ibu ketika melakukan pemeriksaan kesehatan?
 - a. Iya
 - b. Tidak
2. Apakah puskesmas melakukan edukasi kesehatan (penyuluhan kesehatan) terhadap kelompok klub Prolanis?
 - a. Iya
 - b. Tidak
3. Apakah bapak/ibu rutin melakukan pemeriksaan kesehatan (3 bulan terakhir)?
 - a. Iya
 - b. Tidak

b) Home visit

1. Apakah petugas puskesmas melakukan kunjungan ke rumah bapak/ibu untuk memberikan informasi tentang kesehatan dan melakukan pemeriksaan kesehatan, ketika bapak/ibu tidak melakukan pemeriksaan kesehatan dan tidak mengikuti kegiatan Prolanis selama 3 bulan berturut-turut?
 - a. Iya dilakukan
 - b. Tidak dilakukan

c) Reminder

1. Apakah petugas puskesmas rutin dalam mengingatkan bapak/ibu untuk melakukan kunjungan ke puskesmas dan mengikuti kegiatan Prolanis?
 - a. Iya
 - b. Tidak
2. Melalui media apa petugas puskesmas dalam mengingatkan bapak/ibu untuk mengikuti kegiatan Prolanis?
 - a. SMSWhatsApp

- b. Undangan
- c. Siaran di Masjid

d) Pemantauan Status Kesehatan

1. Apakah puskesmas rutin setiap bulan melakukan pemeriksaan kesehatan kepada bapak/ibu?
 - a. Rutin
 - b. Tidak rutin
2. Apakah bapak/ibu rutin setiap bulan mengikuti pemeriksaan kesehatan pemeriksaan kesehatan?
 - a. Rutin
 - b. Tidak rutin

e) Pelayanan Obat

1. Apakah petugas puskesmas memberi obat kepada bapak/ibu ketika melakukan pemeriksaan kesehatan?
 - a. Iya
 - b. Tidak
2. Apakah obat yang diberikan oleh petugas puskesmas cukup untuk kebutuhan 1 bulan?
 - a. Cukup
 - b. Tidak cukup

f) Senam Prolanis

1. Apakah puskesmas rutin mengadakan senam prolanis setiap bulan?
 - a. Rutin
 - b. Tidak rutin
2. Apakah bapak/ibu rutin mengikuti senam Prolanis setiap bulan (3 bulan terakhir)?
 - a. Rutin
 - b. Tidak rutin

Lampiran C. Hasil Uji Statistik SPSS

a. Karakteristik Responden dengan Kualitas

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	.674	2.415	5.459	5.609	1.318	2.690	.800	2.690
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.412	.120	.019	.018	.251	.101	.371	.101

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Jenis kelamin

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	16.607	25.759	1.225	6.596	1.550	3.163	6.110	3.163
df	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.001	.000	.747	.086	.671	.367	.106	.367

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Usia

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	8.801	5.308	6.686	1.800	.821	1.676	4.280	1.676
df	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.032	.151	.083	.615	.844	.642	.233	.642

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Pendidikan

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	12.931	14.057	4.900	19.858	4.667	9.524	3.397	9.524
df	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	.012	.007	.298	.001	.323	.049	.494	.049

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Status Pekerjaan

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	1.470	.417	8.367	.174	.041	.083	.698	.083
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.225	.519	.004	.677	.840	.773	.403	.773

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Status pernikahan

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	2.891	8.350	2.932	2.171	2.000	.491	4.192	.491
df	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.409	.039	.402	.538	.572	.921	.241	.921

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kepatuhan minum obat

b. Aktivitas Prolanis dengan Kualitas Hidup

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	.047	1.271	1.784	6.079	1.429	2.915	1.134	2.915
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.828	.260	.182	.014	.232	.088	.287	.088

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Keikutsertaan responden mengikuti penyuluhan

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	4.667	2.400	.244	11.750	.020	24.500	2.923	24.500
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.031	.121	.621	.001	.888	.000	.087	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Home visit

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	5.733	2.868	6.004	.051	1.217	1.092	2.278	1.092
df	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.057	.238	.050	.975	.544	.579	.320	.579

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Reminder

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	.003	7.758	.965	.030	.275	.561	2.886	.561
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.959	.005	.326	.863	.600	.454	.089	.454

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: responden mengikuti pemeriksaan medis setiap bulan (3 bulan terakhir)

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	.170	.087	.172	.792	.186	.380	.826	.380
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.680	.768	.679	.374	.666	.538	.363	.538

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: petugas kesehatan puskesmas memberi obat

Test Statistics^{a,b}

	Fungsi Fisik	Peran Fisik	Peran Emosi	Energi	Kesehatan Mental	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
Chi-Square	6.362	5.100	1.553	2.527	.594	1.212	3.500	1.212
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	.012	.024	.213	.112	.441	.271	.061	.271

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: responden rutin mengikuti senam prolanis (3 bulan terakhir)

Lampiran D. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAK: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id
E-mail : sikdajember@yahoo.co.id, dinkesjemberkab@gmail.com

JEMBER
Kode Pos 68111

Jember, 28 Juni 2019

Nomor : 440/2005/311/2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Ajung
3. Plt. Kepala Puskesmas Silo II
di
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1580/415/2019, Tanggal 21 Juni 2019, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

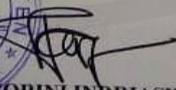
Nama / NIM : Siti Aisah / 152110101056
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian, Terkait:
Kualitas Hidup Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Silo I Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 28 Juni 2019 s/d 28 Agustus 2019

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
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


PIK KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Ka.Bid. Pencegahan & Pengendalian Penyakit
DINAS KESEHATAN

DYAH KUSWORINI INDIARIASWATI, S.KM, M.Si
Pembina (IV/a)
NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian



Proses Wawancara dengan Peserta Prolanis



Proses Wawancara dengan Peserta Prolanis



Proses Wawancara dengan Peserta Prolanis dan didampingi oleh kader



Proses tanda tangan lembar pernyataan menjadi responden



Proses Wawancara dengan Peserta Prolanis



Kegiatan Senam Prolanis di Puskesmas Silo 1



Kegiatan Edukasi/Penyuluhan kesehatan di Prolanis Puskesmas Silo 1

D/M Prolanis

**KARTU MENUJU SEHAT
FAKTOR RISIKO
PENYAKIT TIDAK MENULAR
(KMS FR-PTM)**

IDENTITAS PRIBADI

Nama Lengkap : _____
 No. Kartu : _____
 No. KTP : _____
 No. BPJS : _____
 No. RUMAH SAKIT : _____
 No. KEMERDEKAAN : _____
 No. SIM : _____
 No. PASPOR : _____
 No. NIK : _____
 No. KEMERDEKAAN : _____
 No. SIM : _____
 No. PASPOR : _____
 No. NIK : _____

KUNJUNGAN PERTAMA

Riwayat akit Tidak Menular ada Keluarga	Riwayat Penyakit Tidak Menular Pada Diri Sendiri
Diabetes (Ya/Tidak)*	Penyakit Diabetes (Ya/Tidak)*
Hipertensi (Ya/Tidak)*	Penyakit Hipertensi (Ya/Tidak)*
Jantung (Ya/Tidak)*	Penyakit Jantung (Ya/Tidak)*
Stroke (Ya/Tidak)*	Penyakit Stroke (Ya/Tidak)*
Asthma (Ya/Tidak)*	Penyakit Asthma (Ya/Tidak)*
Kanker (Ya/Tidak)*	Penyakit Kanker (Ya/Tidak)*
Kolesterol Tinggi (Ya/Tidak)*	Kolesterol Tinggi (Ya/Tidak)*

Kementerian Kesehatan RI
 Direktorat Jenderal PP dan PL
 Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Buku Pemantauan Status Kesehatan peserta Prolanis

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI BUKAN
URIN ALBUMIN MICRO ALBUMIN URINE	38 *	< 20 mg albumin / g kreatinin
PROFIL LEMAK DARAH TOTAL KOLESTEROL	191	wang di ingkang < 300 mg/dL Batas tinggi 200-239 mg/dL Tinggi >= 240 mg/dL
TRIGLISERIDA	121	Normal < 150 mg/dL Batas tinggi 150 - 199 mg/dL Tinggi >= 200 mg/dL
HDL KOLESTEROL	39 *	Rendah < 40 mg/dL Tinggi >= 60 mg/dL
LDL KOLESTEROL	131 *	Optimal < 100 mg/dL Batas tinggi 130-159 mg/dL Tinggi >= 160 mg/dL
PROFIL GULA DARAH HbA1C	10,7 *	Pre-diabetes : 5,7 - 6,4 % Diabetes DM >= 6,5 %
PAAL GENJAL URUSAN ORGANIS	23 1,1	17 - 41 mg / dL L 0,7 - 1,2 / P 0,8 - 1,3 mg/dL

Hasil Pemeriksaan Status Kesehatan

No	Nama	No. Kartu	Jenis Kelamin	Umur	Alamat	No. Hp	Waktu Kehadiran	Partisipasi	Keikutsertaan	Keberhasilan
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Lembar kehadiran dan keikutsertaan peserta pada kegiatan Prolanis di Puskesmas Ajung

No	Nama	No. Kartu	Jenis Kelamin	Umur	Alamat	No. Hp	Waktu Kehadiran	Partisipasi	Keikutsertaan	Keberhasilan
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

Lembar kehadiran dan keikutsertaan peserta pada kegiatan Prolanis di Puskesmas Ajung

No	Nama	ESIA	NO. KARTU	J	ALAMAT	NO. TELEFON	PEMERIKSAAN	TANGGA TANGAN	RET
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Lembar kehadiran dan keikutsertaan peserta pada kegiatan Prolanis di Puskesmas Silo 1

Lampiran F. Data Peserta Prolanis di Kabupaten Jember

Nama FKTP	Jumlah Anggota Klub Prolanis (2018)		
	Januari	Februari	Maret
Banjarsengon	25	35	35
Kalisat	40	37	37
Balung	27	25	27
Karang Duren	46	45	45
Rambipuji	26	26	26
Nogosari	30	27	27
Kencong	22	22	22
Cakru	11	9	9
Jombang	10	10	10
Wuluhan	31	30	38
Lojejer	18	17	17
Puger	34	33	33
Kasiyan	16	16	16
Mayang	21	18	18
Tanggul	16	16	18
Semboro	6	6	6
Klatakan	16	16	21
Ambulu	30	30	30
Sabrang	17	17	17
Andongsari	24	23	23
Sukowono	71	71	71
Sumbersari	24	23	23
Gladak Pakem	19	14	15
Umbulsari	15	15	15
Paleran	36	35	35
Mumbulsari	24	24	24
Gumukmas	11	12	12
Tembokrejo	15	15	15
Tempurejo	28	28	28
Curah Nongko	40	40	40
Bangsalsari	30	30	40
Sukorejo	21	21	21
Panti	33	38	38
Silo I	40	36	36
Silo II	27	30	30
Jenggawah	6	6	6
Kemuningsari	19	19	19
Ajung	54	54	60
Kaliwates	29	25	44
Mangli	31	31	31
Jember Kidul	4	4	21
Sumberbaru	25	24	24
Rowotengah	51	51	51

Ledokombo	19	19	19
Sumberjambe	29	28	28
Patrang	26	16	16
Arjasa	29	29	29
Jelbuk	21	21	21
Pakusari	7	8	8
Sukorambi	37	37	37

