

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan salah satu cara untuk menilai mutu atau kualitas pelayanan yang baik. Hal ini dikarenakan kepuasan pasien merupakan suatu proses evaluasi setelah menggunakan suatu pelayanan, dimana pelayanan yang didapatkan oleh pasien setidaknya memenuhi atau bahkan melebihi harapan pasien. Kepuasan pasien dapat didefinisikan sebagai nilai subyektif pasien terhadap pelayanan yang didapatkan dibandingkan dengan harapan pasien. Pasien dapat dikatakan puas jika pelayanan yang didapatkan oleh pasien sesuai dengan harapannya atau bahkan dapat melebihi dari yang diharapkan pasien (Putra Ade, 2017)

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien, salah satunya adalah kualitas layanan kesehatan. Kualitas layanan kesehatan yang baik akan membentuk kepuasan pasien sehingga terjadi loyalitas dari pasien tersebut untuk kembali menggunakan produk atau jasa dari pemberi layanan kesehatan.

a. Konsep Kualitas Layanan

Kualitas layanan merupakan suatu sifat jasa ataupun barang dalam pemenuhan kebutuhan dan kepuasan pelanggan. Dalam memberikan kepuasan yang lebih tinggi kepada pengguna, penyedia produk jasa atau barang wajib memperhatikan kualitas layanan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan pengguna (Philip, 2013).

Kualitas layanan kesehatan merupakan sebuah usaha penyedia layanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasien setinggi-tingginya namun tetap sesuai dengan prosedur dan kode etik profesi yang berlaku (Azwar, 2010).

b. Dimensi Layanan

Kualitas layanan yang baik tentu akan meningkatkan kepuasan pasien, namun dalam menentukan kualitas layanan itu sendiri diperlukan penilaian yang tidak mudah. Zeithaml dan Berry mengemukakan lima dimensi dalam menentukan kualitas layanan, yaitu (Sharma, 2011) :

- 1) Reliabilitas (kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan.
- 2) Responsif (daya tanggap), yaitu respon atau kesigapan karyawan dalam membantu pelanggan dan memberikan

pelayanan yang cepat dan tanggap, yang meliputi : kesiapan karyawan dalam melayani pelanggan, kecepatan karyawan dalam menangani transaksi dan penanganan keluhan pelanggan/ pasien

- 3) Asuransi (jaminan), meliputi kemampuan karyawan atas pengetahuan terhadap produk atau jasa secara tepat, kualitas keramahan, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan informasi, kemampuan dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan dan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan. Dimensi kepastian atau jaminan ini merupakan gabungan dari dimensi :

- a) Kompetensi (*competence*), artinya keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh para karyawan untuk melakukan pelayanan
- b) Kesopanan (*courtesy*), yang meliputi keramahan, perhatian dan sikap para karyawan
- c) Kredibilitas (*credibility*), meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kepercayaan kepada perusahaan, seperti reputasi, prestasi dan sebagainya.

- 4) Empati, yaitu perhatian secara individual yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti kemudahan untuk menghubungi perusahaan, kemampuan karyawan untuk berkomunikasi dengan pelanggan dan usaha perusahaan untuk memahami keinginan dan kebutuhan pelanggannya. Dimensi empati ini merupakan penggabungan dari dimensi:
- a) Akses (*access*), meliputi kemudahan untuk memanfaatkan jasa yang ditawarkan.
 - b) Komunikasi (*communication*), merupakan kemampuan melakukan komunikasi untuk menyampaikan informasi kepada pelanggan atau memperoleh masukan dari pelanggan.
 - c) Pemahaman kepada pelanggan (*understanding the customer*), meliputi usaha perusahaan untuk mengetahui dan memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan.
- 5) Bukti langsung (*tangible*), meliputi penampilan fasilitas fisik seperti gedung dan ruang pendaftaran, tersedianya tempat parkir, kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan, kelengkapan peralatan, komunikasi dan penampilan petugas.

2. Manajemen Prolanis di PPK I

Program Pengelolaan Penyakit Kronis atau Prolanis merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang

dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Program ini memiliki tujuan untuk dapat mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DMT2 dan Hipertensi sesuai panduan klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Sasaran dari program ini adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (DMT2 dan Hipertensi), sedangkan aktifitas yang terdapat dalam Prolanis meliputi aktifitas konsultasi medis atau edukasi, *home visite*, *reminder*, aktifitas klub dan pemantauan status kesehatan (BPJS, 2014).

Penyakit kronis sebagian besar mulai muncul pada usia lanjut. Proses menjadi lanjut usia merupakan suatu tahapan dari proses degeneratif yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh dalam beradaptasi dengan lingkungan sekitar sehingga menyebabkan terjadinya stress fisiologis. Berdasarkan UU No. 13 Tahun 1998

tentang kesehatan disebutkan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Sedangkan menurut WHO, pembagian usia pada lanjut usia dikategorikan menjadi empat, yaitu usia pertengahan (*middle age*), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*), seseorang yang berusia antara 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*), seseorang yang berusia antara 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*), seseorang yang berusia diatas 90 tahun (Cakir, 2012).

a. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat I

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan nomor 1 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan, yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/ lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama (Permenkes, 2012).

b. Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai meningkatnya tekanan darah secara menetap $\geq 140/90$ mmHg dalam sekurang-kurangnya dua kali kunjungan. Pada penegakan diagnosa hipertensi, diperlukan ketelitian dalam memeriksa tekanan darah, pada setiap kali kunjungan setidaknya pasien diukur tekanan darahnya dua sampai empat kali sehingga hasil yang didapat bersifat konkret. Hipertensi memiliki beberapa tingkatan berdasarkan ukuran tekanan darah sistolik dan/atau diastoliknya sebagai berikut (American Heart Association, 2017):

Tabel 2. 1 Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik		Tekanan Darah Diastolik
Normal	<120	dan/atau	<80
Normal Tinggi	120-129	dan/atau	<80
Hipertensi Tingkat I	130-139	dan/atau	80-89
Hipertensi Tingkat II	≥ 140	dan/atau	≥ 90

Sumber : Klasifikasi Hipertensi American Heart Association (AHA) *Recent Guidelines for Hypertension*.

Penatalaksanaan hipertensi terdiri dari terapi atau tatalaksana non farmakologi dan farmakologi.

1) Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi di fokuskan pada perubahan gaya hidup pasien baik dari segi konsumsi makanan sehari-hari maupun aktifitas fisik. Intervensi non farmakologi yang dapat diedukasikan kepada pasien adalah sebagai berikut:

- a) Menjaga tubuh agar memiliki berat badan dan lingkar pinggang yang ideal. Hal ini dapat membantu jantung dalam mengurangi beban kerjanya, sehingga kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup juga akan berkurang.
- b) Konsumsi makanan dengan gizi seimbang dapat menurunkan tekanan darah. Gizi seimbang yang dimaksud adalah dengan mengkonsumsi beragam jenis bahan makanan, seperti karbohidrat dengan batasan 3-8 porsi perhari, sayuran 2-3 porsi perhari, buah-buahan 3-5 porsi sehari, protein baik nabati maupun hewani masing-masing 2-3 porsi sehari.
- c) Menurunkan jumlah asupan garam harian. Untuk pencegahan dan pre hipertensi jumlah asupan garam harian yang dianjurkan adalah sebanyak 2,4 gr perhari, setara dengan 6 gr (satu sendok teh) garam dapur. Sedangkan untuk pasien dengan hipertensi, jumlah asupan

garam harian yang dianjurkan adalah 1,5 gr perhari, setara dengan 3,5-4 gr garam dapur.

- d) Aktifitas fisik ringan secara rutin dapat meningkatkan kadar HDL dalam tubuh sehingga mengurangi terbentuknya aterosklerosis akibat hipertensi.
- e) Teknik relaksasi untuk menghambat respons stress saraf parasimpatis dapat mengurangi denyut jantung.
- f) Berhenti merokok perlu dilakukan untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi. Asap rokok diketahui dapat menurunkan aliran darah ke berbagai organ, sehingga akan membuat beban kinerja jantung meningkat.

2) Terapi Farmakologi

Pada dasarnya terapi farmakologis pada pasien dengan hipertensi derajat I baru akan dimulai setelah pasien menjalani pola hidup sehat sekurang-kurangnya 6 bulan dan tidak menunjukkan penurunan tekanan darah secara bermakna. Terapi farmakologis dapat langsung diberikan pada pasien dengan hipertensi derajat \geq II (American Heart Association, 2017).

Pembagian golongan obat hipertensi lini pertama terbagi menjadi 4 golongan, yaitu *Angiotensin-converting enzyme*

inhibitors (ACEi), angiotensin II *receptor blockers* (ARB), *calcium channel blockers* (CCB), dan Diuretik (Soenarta *et al*, 2015).

a) *Angiotensin-converting enzyme inhibitors* (ACEi)

ACEi merupakan pilihan obat lini pertama dalam tatalaksana pasien hipertensi. Obat golongan ini bekerja dengan cara memblok konversi angiotensin I menjadi angiotensin II. Selain sebagai vasokonstriktor poten, stimulator aldosteron dan penghambat degradasi bradikinin, ACEi juga dapat merangsang sintesis zat vasodilatasi lainnya, termasuk prostaglandin E2 dan prostasiklin. Dalam penggunaan ACEi harus dimulai dengan dosis awal yang rendah, kemudian titrasi dosis lambat jika tidak respon (National Heart Foundation of Australia, 2016).

b) *Angiotensin II receptor blockers* (ARB)

Jika ACEi memblok jalur renin-angiotensin, maka cara kerja obat hipertensi golongan ARB adalah dengan memblok reseptor angiotensin II. Dengan di bloknya reseptor angiotensin II maka angiotensin II tidak akan dapat berikatan dengan reseptornya yaitu AT1, dimana AT1

cukup berpengaruh dengan regulasi tekanan darah (National Heart Foundation of Australia, 2016).

c) *Calcium channel blockers (CCBs)*

Mekanisme kerja Calcium channel blockers (CCBs) adalah berkurangnya jumlah kalsium yang ada di ekstraseluler untuk masuk ke dalam sel sebagai akibat dari relaksasi otot jantung dan berkurangnya sensitifitas kanal kalsium, yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi sehingga tekanan darah menjadi turun (Bell *et al*, 2015).

d) *Diuretik*

Mekanisme kerja obat hipertensi golongan diuretik ini adalah dengan diuresis yang menyebabkan turunnya jumlah volume plasma sehingga jumlah cardiac outputnya pun ikut menurun dan ditandai dengan menurunnya tekanan darah. Salah satu diuretik yang sering digunakan dalam tatalaksana hipertensi adalah tiazid yang bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi NaCl pada awal tubulus distal sehingga menyebabkan penurunan resistensi pembuluh darah perifer yang kemudian menyebabkan penurunan tekanan darah (Bell *et al.*, 2015).

Sedangkan *diuretic loop* bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi NaCl pada segmen lengkung henle, yang memiliki efek diuresis yang lebih kuat dari tiazid. Berdasarkan efek diuresisnya yang kuat maka golongan diuretik loop ini sering digunakan untuk pasien dengan kegawatdaruratan hipertensi serta pasien edema akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan *Glomerulus Filtration Rate* (GFR) kurang dari 30ml/menit/1,732m². Namun dalam penggunaannya harus berhati-hati karena penggunaan diuretic loop dalam dosis tinggi mampu menginduksi terjadinya perubahan komposisi elektrolit (Bell *et al.*, 2015).

Pada diuretik hemat kalium, mekanisme kerjanya adalah dengan cara menurunkan reabsorpsi natrium dengan memblok kanal natrium sehingga potensial listrik epitel tubulus menurun sehingga sekresi kalium terhambat. Berdasarkan cara kerjanya ini lah diuretik hemat kalium ini sering digunakan bersama dengan diuretik lainnya yang akan mengsekresi kalium (Soenarta *et al.*, 2015).

3. Komplikasi hipertensi

Seperti halnya penyakit yang lain, hipertensi jika tidak diterapi dengan tepat dapat mengakibatkan beberapa komplikasi yang mungkin terjadi diantaranya adalah (Li, 2017):

- a. Stroke. Sebagai akibat dari tingginya tekanan darah dapat terjadi pecahnya pembuluh darah atau lepasnya embolus dari pembuluh darah sehingga terjadi stroke hemoragik. Proses hipertrofi atau penebalan pembuluh darah pada otak juga dapat membuat terjadinya stroke akibat dari berkurangnya aliran darah ke otak.
- b. Infark miokard akut. Jika terjadi aterosklerosis pada arteri koroner yang membuat aliran darah yang membawa oksigen ke miokardium berkurang atau terhambat maka akan terjadi infark pada jaringan miokard. Selain itu terbentuknya thrombus juga dapat menghambat penghantaran oksigen ke miokard.
- c. Gagal ginjal. *Renal failure* atau gagal ginjal dapat terjadi akibat dari tekanan yang tinggi pada kapiler glomerulus ginjal yang menyebabkan terjadinya kerusakan progresif di ginjal. Edema pada pasien dengan hipertensi kronis dapat terjadi akibat dari rusaknya glomerulus yang mengakibatkan aliran darah ke nefron terganggu, sehingga protein keluar melalui urin dan menyebabkan tekanan osmotik koloid plasma berkurang.

- d. Ensefalopati. Kerusakan otak dapat terjadi pada pasien hipertensi yang tekanan darahnya meningkat secara cepat (hipertensi maligna), hal ini menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron menjadi kolpas dan terjadi koma atau kematian pada pasien.

Tujuan utama dari tatalaksana pasien dengan hipertensi adalah untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas yang berhubungan dengan kerusakan organ target. Dalam melakukan tatalaksana hipertensi, JNC 8 menetapkan target tekanan darah berdasarkan usia pasien sebagai berikut (Bell *et al.*, 2015):

- a. Populasi umum usia ≥ 60 tahun: menurunkan tekanan darah sistolik menjadi <150 mmHg dan diastolik menjadi <90 mmHg.
- b. Populasi umum usia < 60 tahun: menurunkan tekanan darah sistolik menjadi <140 mmHg dan diastolik menjadi <90 mmHg.

a. Diabetes Melitus

Diabetes Mellitus (DM) termasuk kedalam penyakit metabolik yang terjadi akibat dari kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya yang mengakibatkan terjadinya hiperglikemia. DM didefinisikan sebagai peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin secara progresif

yang menimbulkan sekumpulan gejala (American Diabetic Association, 2016).

Secara etiologis DM dikategorikan menjadi 2 tipe yaitu DM tipe 1 dan 2. Pada DM tipe 1 merupakan defisiensi insulin secara absolut sebagai akibat dari terjadinya destruksi sel beta. Sedangkan DM T2 merupakan defisiensi insulin secara relatif sebagai akibat dari defek sekresi insulin dan resistensi insulin (Soelistijo, 2015).

Tabel 2. 2 Tipe DM

	DM Tipe 1	DM Tipe 2
Onset	Umumnya masa kanak-kanak dan remaja	Umumnya pada usia >40 tahun
Kadar insulin darah	Rendah, tidak ada	Cukup tinggi, normal
Berat badan	Umumnya kurus	Umumnya gemuk atau normal
Tatalaksana yang direkomendasikan	Terapi insulin, diet, olahraga	Diet, olahraga, obat hipoglikemik oral

Sumber : Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 1st edition, PERKENI

Untuk dapat menegaskan diagnosa DM perlu diperhatikan adanya 3 tanda gejala klasik DM yaitu banyak buang air kecil (poliuria), banyak minum (polidipsia) dan banyak makan (polifagia), serta adanya penurunan berat badan secara progresif yang tidak dapat dijelaskan sebabnya (BPJS, 2014).

Seperti halnya hipertensi, tatalaksana DM dimulai dengan pola hidup sehat, dan bila perlu dilakukan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan (BPJS, 2014):

- 1) Edukasi untuk pola hidup sehat. Hal ini perlu diperhatikan dan dilakukan secara rutin dan kontinyu sebagai upaya untuk pencegahan dan pengelolaan DM secara holistik.
- 2) Terapi Nutrisi Medis (TNM). Hal yang cukup penting yang harus diberikan pada pasien dalam TNM adalah mengenai 3J yaitu Jadwal makan, Jenis makanan dan Jumlah makanan.
- 3) Kegiatan jasmani. Olahraga atau kegiatan jasmani harus rutin dilakukan oleh penderita DM secara teratur. Kegiatan jasmani yang dianjurkan dilakukan oleh pasien adalah latihan jasmani yang bersifat aerobik dan dilakukan secara teratur selama tiga hingga lima hari dalam seminggu dengan masing-masing harinya kurang lebih 30 menit. Contoh olahraga yang dapat dilakukan adalah jalan cepat, bersepeda, berenang dan jogging.
- 4) Intervensi farmakologis. Tatalaksana secara farmakologi ini diberikan bersamaan dengan ketiga terapi tersebut diatas. Intervensi farmakologis sendiri dapat diberikan secara oral maupun suntikan (Soelistijo, 2015):

a) Obat hipoglikemi oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat hipoglikemia oral dibagi menjadi 5 golongan:

(1) Pemacu Sekresi Insulin (*Insulin Secretagogue*):

Sulfonilurea dan *Glinid*:

(a) Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama memacu sekresi insulin oleh sel beta pankreas.

(b) Glinid

Glinid merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia post prandial.

(2) Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin: *Metformin* dan *Tiazolidindion* (TZD)

(a) *Metformin* merupakan terapi farmakologis pilihan pertama pada pasien DM2 yang bekerja dengan cara mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa perifer.

(b) TZD merupakan agonis dari *Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma* (PPAR- γ),

suatu reseptor inti termasuk di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di perifer. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah Pioglitazone.

(3) Penghambat Glukosidase Alfa.

Obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan.

(4) Penghambat Dipeptidyl Peptidase-IV (DPP-IV)

Obat golongan penghambat DPP-IV menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga *Glucose Like Peptide-1* (GLP-1) tetap dalam konsentrasi yang tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon bergantung kadar glukosa darah (*glucose dependent*).

(5) Penghambat *Sodium Glucose Co-transporter 2* (SGLT-2)

Obat golongan penghambat SGLT-2 merupakan obat antidiabetes oral jenis baru yang menghambat

reabsorpsi glukosa di tubuli distal ginjal dengan cara menghambat transporter glukosa SGLT-2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: *Canagliflozin*, *Empagliflozin*, *Dapagliflozin*, *Ipragliflozin*.

Komplikasi DM dapat terjadi apabila pasien tidak mendapat tatalaksana dengan tepat dan teratur, komplikasi yang dapat terjadi dapat berupa komplikasi akut maupun kronis. Menurut PERKENI sendiri komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu :

(1) Komplikasi akut

(a) Hipoglikemia. Hipoglikemia merupakan turunya kadar glukosa dalam tubuh seseorang dengan nilai dibawah 50 mg/dl. Tanda dan gejala yang mungkin muncul pada pasien yang mengalami hipoglikemia adalah rasa lapar, berkeringat dingin, pandangan mata menjadi gelap, berdebar-debar, gelisah dan gemetar. Kondisi ini harus segera teratasi supaya tidak terjadi kerusakan otak dan akhirnya kematian pada pasien sebagai akibat dari kadar gula darah yang terlalu rendah.

(b) Hiperglikemia. Meningkatnya kadar glukosa dalam tubuh pasien secara tiba-tiba atau biasa disebut hiperglikemia biasanya akan menimbulkan keluhan poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang parah, dan pandangan kabur pada pasien. Kondisi ini juga harus segera diatasi supaya tidak terjadi keadaan kelainan metabolisme yang berbahaya seperti ketoasidosis diabetik, Koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK) dan kemolakto asidosis.

(2) Komplikasi kronis

(a) Komplikasi makrovaskuler. Trombosit otak atau pembekuan darah pada sebagian otak merupakan salah satu komplikasi makrovaskuler yang sering terjadi pada pasien DM. Selain itu komplikasi makrovaskuler lain yang dapat terjadi adalah penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongetif, dan stroke.

(b) Komplikasi mikrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler lebih sering terjadi pada pasien dengan DM tipe 1 sebagai akibat dari hiperglikemia yang persisten dan pembentukan

protein yang terglukasi (termasuk HbA1c) yang akhirnya menyebabkan dinding pembuluh darah semakin lemah dan menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah kecil, seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi.

Adapun tujuan dari terapi DMT2 ini adalah untuk mencapai dan mempertahankan (BPJS, 2014):

- (1) Kadar glukosa darah mendekati normal,
 - (a) Glukosa puasa berkisar 90-130 mg/dl
 - (b) Glukosa darah 2 jam setelah makan < 180 mg/dl
 - (c) Kadar HbA1c < 7 %
- (2) Tekanan darah < 130/80 mmHg
- (3) Profil lipid:
 - (a) Kolesterol LDL < 100 mg/dl
 - (b) Kolesterol HDL > 40 mg/dl
 - (c) Trigliserida < 150 mg/dl
- (4) Berat badan senormal mungkin.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 3 Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
Primahuda , Aditya (2016)	Hubungan antara Kepatuhan Mengikuti Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) BPJS dengan Stabilitas Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Babat	Kuantitatif non eksperimental dengan rancangan korelasional analitik	Terdapat hubungan antara Kepatuhan Mengikuti Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) BPJS dengan Stabilitas Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Babat	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, subyek dan obyek penelitian, tempat dan waktu penelitian.
Ahmad, Nur Sufiza (2013)	Medication adherence in patients with type 2diabetes mellitus treated at primaryhealth clinics in Malaysia	Kuantitatif non eksperimental dengan rancangan cross sectional	Masih buruknya kepatuhan terapi pada penderita DM tipe II di PPK tingkat I di Malaysia	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, subyek dan obyek penelitian, tempat dan waktu penelitian.
Nuridayanti , Anik (2016)	Pengaruh Edukasi Diet dan Terapi Obat terhadap Pengetahuan, Perilaku Diet dan Kepatuhan Minum Obat Penderita Hipertensi di Pos Pembinaan Terpadu Kelurahan Mojo Kota Kediri	Quasi Eksperimental dengan pre test dan post test	Tidak ada pengaruh edukasi diet dan terapi obat terhadap perilaku diet, kepatuhan minum obat dan tekanan darah penderita hipertensi di Pos Pembinaan Terpadu Kelurahan Mojo Kota Kediri	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, subyek dan obyek penelitian, tempat dan waktu penelitian.

C. Landasan Teori

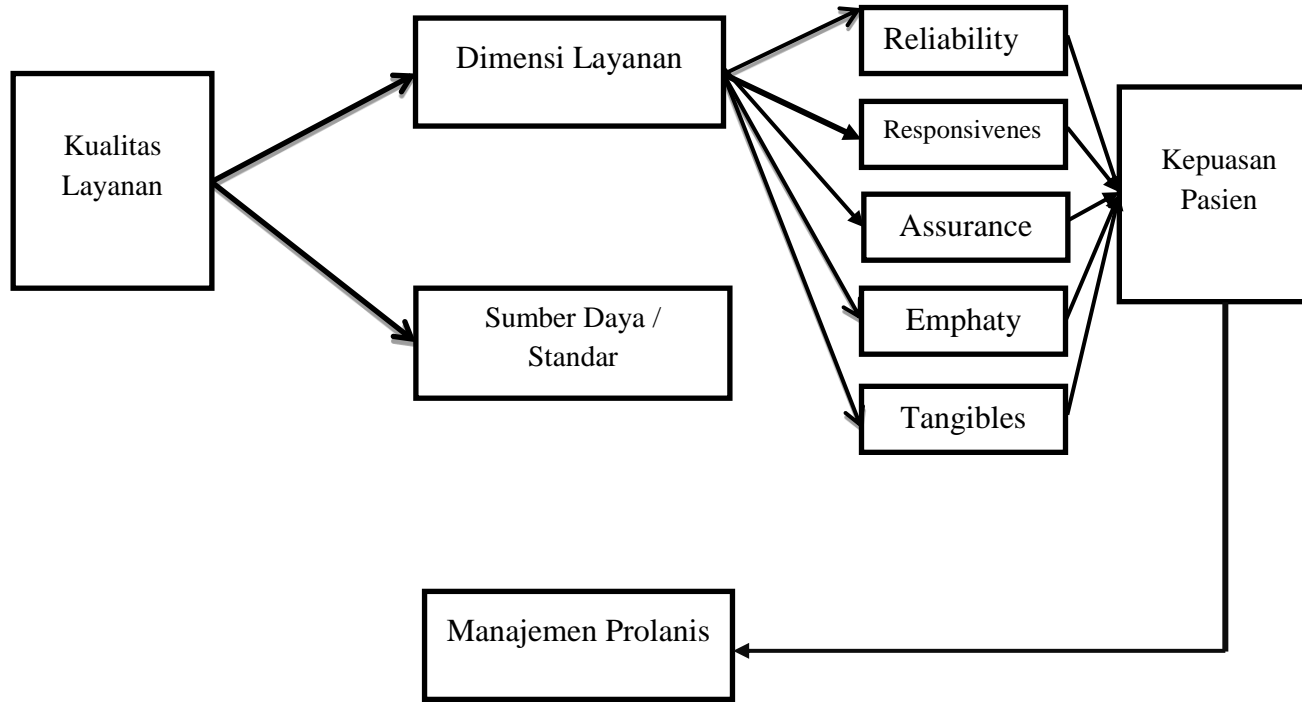
The American Society for Quality mendefinisikan kualitas pelayanan erat kaitannya dengan kepuasan konsumen. Salah satu faktor yang paling berpengaruh dalam kepuasan pasien adalah kualitas layanan. Kualitas layanan sebagai karakteristik dari produk atau jasa yang ditawarkan, yang bergantung pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan pelanggan atau pasien yang dinyatakan atau tersirat (Kotler, 2012). Teori Servqual merupakan salah satu model pendekatan pendekatan kualitas layanan yang banyak dijadikan acuan dalam riset pemasaran yang bergerak di bidang jasa. Pada model Servqual disebutkan bahwa *service quality* merupakan pemenuhan kebutuhan konsumen dalam mengimbangi harapan konsumen akan pelayanan yang akan didapatkan. Dengan demikian, ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa yaitu jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dirasakan (*perceived service*). Terdapat lima dimensi layanan dalam model Servqual yaitu *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, *Emphaty*, dan *Tangible* (Parasuraman, 2009).

Prolanis merupakan salah satu program yang diadakan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Program ini

memiliki sasaran seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (DMT2 dan Hipertensi) untuk mengikuti kegiatan yang terdapat didalamnya, seperti aktifitas konsultasi medis/edukasi, *Home Visite*, *Reminder*, aktifitas klub dan pemantauan status kesehatan. DMT2 dan hipertensi menjadi sasaran utama prolans dikarenakan pada dasarnya kedua penyakit tersebut dapat ditangani di PPK tingkat I, maka dari itu PPK tingkat I nantinya akan membuat catatan perkembangan pasien untuk memantau keberhasilan terapi yang diberikan kepada peserta prolans. Keberhasilan terapi dari penyakit-penyakit kronis sendiri hanya diharapkan pada terhindarnya pasien dari komplikasi penyakit yang lebih parah serta usaha untuk dapat meningkatkan kualitas hidup. Keberhasilan terapi prolans selain ditentukan oleh kesadaran pasien, juga ditentukan oleh kualitas layanan PPK I dalam memberikan layanan kesehatannya. Layanan kesehatan yang diberikan oleh PPK I akan berimbang pada kepuasan pasien sehingga nantinya pasien akan rutin control setiap bulannya (BPJS, 2014).

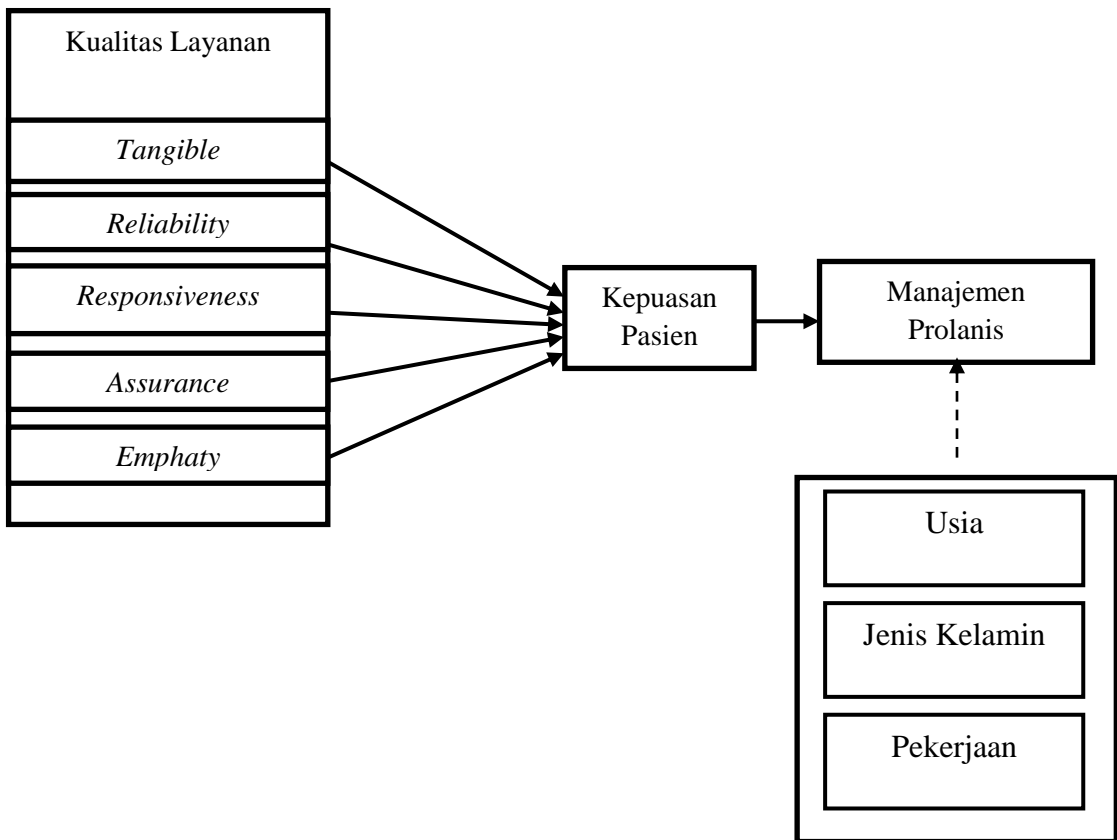
Untuk penelitian kali ini peneliti mengambil variable keberhasilan terapi penyakit kronis di PPK tingkat I, hal ini disebabkan oleh PPK tingkat I merupakan *gatekeeper* pelayanan kesehatan di era JKN saat ini. Karena itu maka PPK I harus turut andil dalam menjaga kepatuhan terapi peserta prolans.

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



Keterangan: —→ Mempengaruhi dan dilakukan penelitian
 ---→ Mempengaruhi tetapi tidak dilakukan penelitian

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep