

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.

Definisi pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Departemen Kesehatan RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

2. Bentuk dan Jenis Pelayanan Kesehatan ditentukan oleh (Azwar, 2010):

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi.

- c. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

3. Bentuk dan Jenis Pelayanan Kesehatan dibedakan menjadi dua jenis, yaitu (Azwar, 2010) :

a. Pelayanan kedokteran

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

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta upaya pencegahan penyakit. Sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat biasanya pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

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

a. Tersedia dan berkesinambungan

Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus tersedia, tidak sulit ditemukan dan sedia setiap saat masyarakat membutuhkannya. Prinsip ketersediaan dan berkesinambungan

(*available and continuous*) adalah mutlak diperlukan.

b. Dapat diterima dan wajar

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

c. Mudah dicapai

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

d. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan sebaiknya mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat terutama dari segi biayanya. Penting mengupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Biaya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar ekonomi masyarakat tidak mampu memberikan pelayanan yang merata dan hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Bermutu

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

5. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

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

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

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

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

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

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

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

B. Konsep Dasar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

1. Administrasi Kesehatan

a. Definisi Administrasi Kesehatan

Secara terminologi, kata “administrasi” dalam bahasa Belanda, “*administratie*” yang artinya segala kegiatan yang meliputi tulis-menulis, ketik-mengetik, surat-menyurat atau korespondensi, kearsipan, agenda, dan pekerjaan tata usaha kantor lainnya. Selain itu kata “administrasi” dalam bahasa Yunani, “*Ad ministrare*” yang artinya *Ad* = pada, *ministrare* = melayani, berarti memberikan pelayanan. Dari akar kata “administrasi” ini secara gamblang dapat dikatakan bahwa administrasi mempunyai pengertian “pelayanan kegiatan tata usaha kantor” seperti pelayanan pengetikan, pelayanan surat menyurat, dan lain sebagainya.

Berikut rujukan dari beberapa ahli yang menyebut apa batasan dan pengertian administrasi (Slamet Prajudi Atmosudirjo, dasar-dasar ilmu administrasi):

- 1) The Ling Gie, administrasi adalah segenap rangkaian perbuatan penyelenggaraan dalam setiap usaha kerjasama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.
- 2) Sutarto, administrasi adalah suatu proses penyelenggaraan dan pengurusan segenap tindakan /kegiatan dalam setiap usaha kerjasama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.
- 3) Sondang P. Siagian, administrasi adalah proses kerjasama antara

dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan.

- 4) Leonard D. White, administrasi sebagai suatu proses yang pada umumnya terdapat pada semua kelompok negara (swasta, sipil atau militer, usaha besar maupun usaha kecil.
- 5) William H. Newman, administrasi sebagai pedoman / petunjuk, kepemimpinan dan pengawasan dari usaha-usaha sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama
- 6) Dwight Waldo, administrasi adalah bentuk daya upaya manusia yang kooperatif yang mempunyai tingkat rasionalitas yang tinggi.
- 7) H.A. Simon, dkk, administrasi sebagai kegiatan sekelompok orang yang mengadakan kerjasama untuk mencapai tujuan bersama.
- 8) George R. Terry, administrasi adalah upaya mencapai tujuan yang ditetapkan dengan mempergunakan orang lain.
- 9) Robert D. Calkins, administrasi adalah kombinasi antara pengambilan keputusan dengan pelaksanaan dari keputusan tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa administrasi mengandung unsur-unsur: adanya orang-orang, adanya pedoman/petunjuk, adanya kegiatan-kegiatan, adanya kerjasama, adanya rasionalitas dan adanya tujuan yang hendak dicapai.

2. Kebijakan Kesehatan

a. Definisi kebijakan kesehatan (Dumilah Ayuningtyas, 2014)

Menurut Walt (1994) dalam Ayuningtyas (2014), pengertian kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Representasi Masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan. Kebijakan kesehatan dianggap penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu spons yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, termasuk usaha dagang bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidupdan mati manusia.

Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan sebagai berikut:

- 1) Sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas.
- 2) *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi masyarakat-tenaga medis menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik. Artinya masyarakat, atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar.
- 3) Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* (ketidakpastian). Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkait dengan kemampuan ekonomi rakyat. Siapa pun dia baik dari kalangan berpunya maupun miskin ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan.
- 4) Karakteristik berikutnya adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya.

Secara lebih rinci *World Health Organization* (WHO) membedakan peran negara dan pemerintah sebagai pelaksana di bidang kesehatan, yaitu sebagai pengarah (*stewardship* atau *oversight*), regulator, dan sebagai objek regulasi. Kemudian WHO juga menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan yaitu:

- a) Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial, dan spritual.
- b) Partisipatori, melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* (aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.
- c) Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.
- d) Ekuitas, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga negara tanpa memandang status ekonomimaupun status sosialnya.
- e) Efisiensi, yaitu layanan kesehatan harus berorientasi proaktifdengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
- f) Kualitas, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara. Di samping itu, dalam menghadapi persaingan pasar bebas dan menekan pengaruh globalisasi dalam sektor kesehatan, pemerintah perlu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan kesehatan

bertaraf internasional.

- g) Pemberdayaan masyarakat, terutama pada daerah terpencil, dan perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki.
- h) *Self-reliant*, kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri.

C. Teori Sistem

1. Pengertian Sistem

Menurut Azwar (2010) ada beberapa pengertian sistem, yaitu :

- a. Sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing- masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula.
- b. Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu sebagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2. Ciri-Ciri Sistem

Menurut Azwar (2010) ciri-ciri sistem dapat dibedakan atas empat macam, yaitu :

- a. Dalam suatu sistem terdapat bagian atau elemen yang satusama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan

yang sama yang telah ditetapkan.

- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
- d. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti tertutup terhadap lingkungan.

3. Unsur Sistem

Menurut Azwar (2010) sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya dan dapat dikelompokkan dalam enam unsur :

a. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam system.

d. Umpan balik

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

e. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

f. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia luar sistem yang tidak dikelola oleh system tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Jika sistem kesehatan di pandang sebagai suatu upaya menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan :

- 1) Masukan (*input*) adalah perangkat administrasi yakni tenaga (*man*), dana (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*) atau dikenal pula dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.
- 2) Proses (*process*) adalah fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.
- 3) Keluaran (*output*) adalah pelayanan kesehatan yakni yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat.

D. BPJS Kesehatan

1. Visi BPJS Kesehatan

Menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel, dan terpercaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan, dan inklusif.

2. Misi BPJS Kesehatan

- a. Meningkatkan kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintegrasi berbasis teknologi informasi.
- b. Menjaga keberlanjutan program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara Dana Jaminan Sosial dan biaya manfaat yang terkendali.
- c. Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup seluruh penduduk Indonesia.
- d. Memperkuat *engagement* dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengimplementasikan program JKN-KIS.
- e. Meningkatkan kapabilitas Badan dalam menyelenggarakan program JKN-KIS secara efisien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip data kelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong transformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan.

3. Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS Kesehatan

a. Fungsi BPJS Kesehatan

UU BPJS menentukan bahwa “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan”. Jaminan kesehatan

menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

b. Tugas BPJS Kesehatan

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana telah disebutkan, BPJS bertugas untuk:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminansosial.
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

c. Wewenang BPJS Kesehatan

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana telah disebutkan, BPJS berwenang:

- 1) Menangih pembayaran iuran.
- 2) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek

- dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- 3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
 - 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.
 - 5) Membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
 - 6) Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
 - 7) Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 8) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenaikan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

E. PROGRAM

Program adalah penjabaran dari suatu rencana atau kebijakan yang telah di buat. Dalam hal ini program merupakan bagian dari pelaksanaan.

Adapun pengertian program menurut ahli :

1. Menurut Pariata Westra dkk (1989) dalam Novayanti (2013) menyatakan program adalah rumusan yang membuat gambaran pekerjaan yang akan dilaksanakn beserta petunjuk cara-cara pelaksanaannya.
2. Menurut Sutomo Kayatomo (1985) dalam Novanti (2013) program adalah rangkaian aktifitas yang mempunyai saat permulaan yang harus dilaksanakan serta diselesaikan untuk mendapatkan suatu tujuan.
3. Suatu program yang baik menurut Bintoro Tjokromidjojo (1987) dalam Novayanti (2013) harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut :
 - a. Tujuan yang dirumuskan secara jelas
 - b. Penentuan peralatan yang baik untuk pencapaian tujuan tersebut.
 - c. Suatu kerangka kebijaksanaan yang konsisten atau yang saling berkaitan untuk mencapai tujuan program seefektif mungkin.
 - d. Pengukuran ongkos-ongkos yang diperkirakan dan keuntungan yang diharapkan akan dihasilkan program tersebut.
 - e. Berbagai upaya dibidang manajemen, termasuk penyediaan tenaga, pembiayaan dan lain-lain untuk melaksanakan program tersebut.

4. Adapun unsur yang penting dan mutlak menurut Syukur Abdulah (1987) dalam Novayanti (2013) antara lain :
 - a. Adanya program kebijakan yang dilaksanakan
 - b. Target grup kelompok sasaran yaitu kelompok masyarakat dari program tersebut dalam bentuk perubahan dan peningkatan.
 - c. Unsur pelaksanaan baik organisasi maupun perorangan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan pelaksanaan dan pengawasan dari proses tersebut.

F. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)

1. Definisi Prolanis

Prolanis merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegratif yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

2. Tujuan Prolanis

Mendorong peserta penyandang penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Fasilitas Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM tipe II dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga mencegah timbulnya komplikasi

penyakit. (BPJS Kesehatan, 2014).

3. Sasaran Prolanis

Sasaran dari Pronalis sendiri merupakan seluruh peserta BPJS penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus tipe II dan Hipertensi). Dengan penanggung jawab program ini adalah Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian Manajemen Pelayanan Primer (BPJS Kesehatan, 2014).

4. Langkah Pelaksanaan

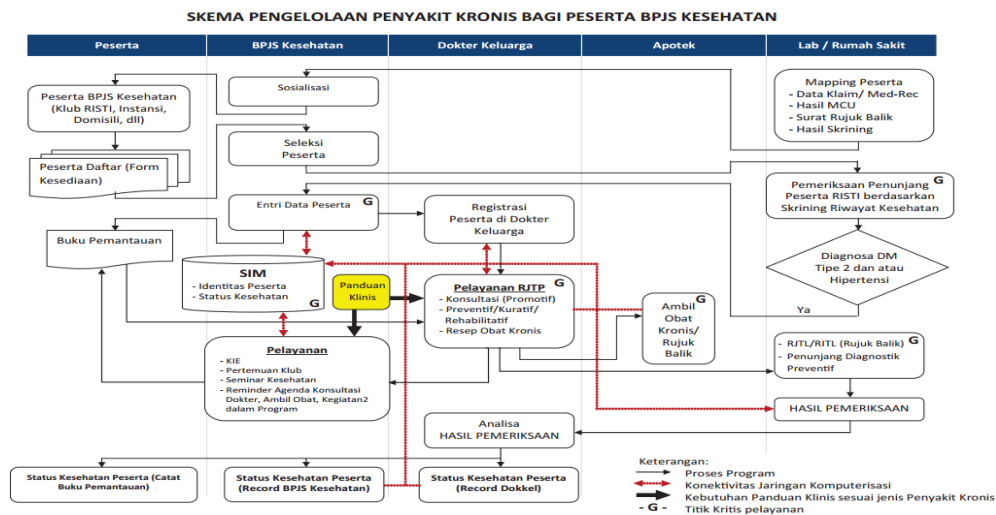
Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan Prolanis menurut BPJS Kesehatan (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:
 - 1) Hasil Skrining Riwayat Kesehatan dan atau.
 - 2) Hasil Diagnosa DM dan HT (pada Faskes Tingkat Pertama maupun RS).
- b. Menentukan target sasaran.
- c. Melakukan pemetaan Faskes Dokter Keluarga/ Puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta.
- d. Menyelenggarakan sosialisasi Prolanis kepada Faskes Pengelola.
- e. Melakukan pemetaan jejaring Faskes Pengelola (Apotek, Laboratorium).
- f. Permintaan pernyataan kesediaan jejaring Faskes untuk melayani peserta Prolanis.
- g. Melakukan sosialisasi Prolanis kepada peserta (instansi, pertemuan

kelompok pasien kronis di RS, dan lain-lain).

- h. Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi untuk bergabung dalam Prolanis.
- i. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis.
- j. Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar Prolanis.
- k. Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar.
- l. Melakukan entri data peserta dan pemberian flag peserta Prolanis.
- m. Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai Faskes Pengelola.
- n. Bersama dengan Faskes melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP), Gula Darah 2 jam Post-Prandial (GDPP), Tekanan Darah, Indeks Massa Tubuh (IMT), Hemoglobin A1C (HbA1C)/ Glikohemoglobin. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan.
- o. Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per Faskes Pengelola (data merupakan luaran Aplikasi *P-Care*).
- p. Melakukan Monitoring aktivitas Prolanis pada masing-masing faskes pengelola:
 - 1) Menerima laporan aktivitas Prolanis dari Faskes Pengelola.
 - 2) Menganalisa data.

- q. Menyusun umpan balik kinerja Faskes Prolanis.
- r. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/ Kantor Pusat.



Gambar 2. 1 Skema Pengelolaan Penyakit Kronis BPJS Kesehatan

5. Bentuk Pelaksanaan / Aktifitas Prolanis

Aktifitas Prolanis dilaksanakan dengan mencakup 5 metode, yaitu:

a. Konsultasi Medis

Dilakukan dengan cara konsultasi medis antara peserta Prolanis dengan tim medis, jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola.

b. Edukasi Kelompok Peserta Prolanis

Edukasi klub Resiko Tinggi (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta prolanis. Sasaran dari metode ini yaitu, terbentuknya kelompok peserta (Klub) Prolanis minimal 1 Faskes Pengelola 1 Klub. Pengelompokan diutamakan

berdasarkan kondisi kesehatanpeserta dan kebutuhan edukasi.

c. *Reminder* melalui *SMS Gateway*

Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui peringatan jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut. Sasaran dari hal ini adalah tersampainya *reminder* jadwal konsultasi peserta ke masing-masing Faskes Pengelola.

d. *Home Visit*

Home visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan kerumah peserta Prolanis untuk pemberian informasi / edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis dan keluarga. Sasaran:

- 1) Peserta Prolanis dengan kriteria:
 - a) Peserta baru terdaftar;
 - b) Peserta tidak hadir terapi di Dokter praktek perorangan / Klinik / Puskesmas selama 3 bulan berturut – turut;
 - c) Peserta dengan GDP/GDPP dibawah standar 3 bulanberturut – turut;
 - d) Peserta dengan tekanan darah tidak terkontrol 3 bulan berturut – turut;

e. Pemantauan status kesehatan (Skrining kesehatan)

Mengontrol riwayat pemeriksaan kesehatan untuk mencegah agar tidak terjadi komplikasi atau penyakit berlanjut (BPJS Kesehatan, 2014).

6. Penanggungjawab

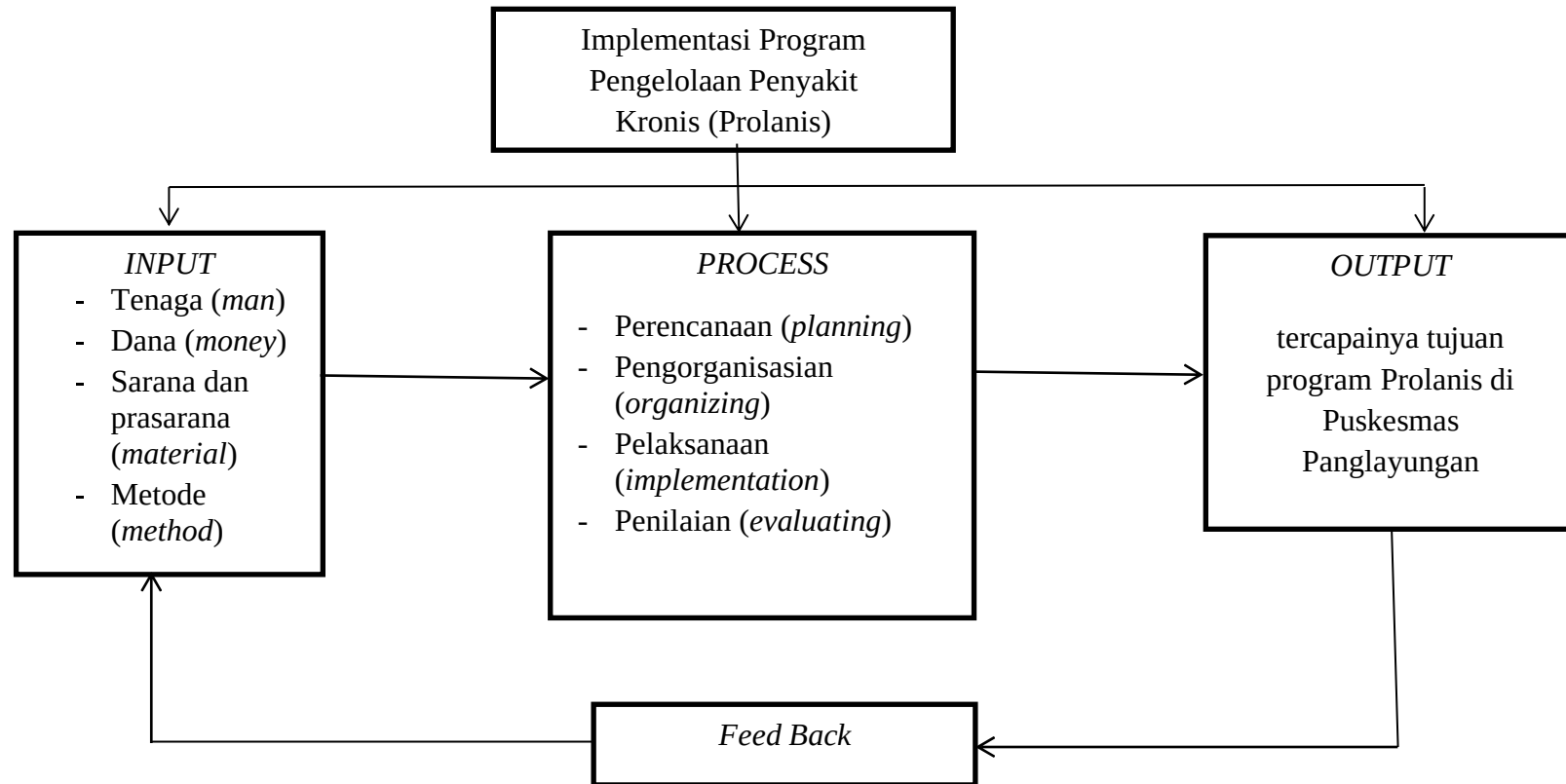
Penanggungjawab adalah Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian Manajemen Pelayanan Primer (BPJS Kesehatan, 2014).

G. Prolanis di Puskesmas Panglayungan

Susunan Kepengurusan Prolanis Puskesmas Panglayungan:

- a. Penanggung jawab : Elida Darma, drg.
- b. Ketua : Nita Sunita Devi, S.Kep.Ners
- c. Pendaftaran : Hanna Pratiwi Nuryadin, SKM
Rian Dewi Suryani, AMG
- d. Entry : Melisa Putri Rahayu, Amd.Kep
- e. Pemeriksaan fisik : Sumami, AMK
- f. Senam : Hj. Nina Mardiana, S.T.Keb., S.KM
- g. Edukasi dan konsulen: Hj. Mahyar Diana, dr
- h. LAB : Tim Lab Puskesmas Panglayungan
- i. Logistik : Zenzen Zenal Mustaqim

H. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori
Sumber: Azrul azwar (2010)