SKRIPSI

EVALUASI INPUT PROGRAM PENGENDALIAN DIABETES MELLITUS DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2015

Disusun oleh:

Adita Laily Afifah

6411411141

Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2016

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi di lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan sumbernya di dalam daftar pustaka.

Semarang, Maret 2016

Peneliti

Adita Laily Afifah

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Maret 2016

ABSTRAK

Adita Laily Afifah
Evaluasi *Input* Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015
XV + 103 halaman + 18 tabel + 2 gambar + 17 lampiran

Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia sangat tinggi dilihat dari penyandang DM tahun 2008 sebanyak 8,2 juta dan 2011 sebanyak 10 juta diabetisi. Laporan Riskesdas DM menjadi penyebab kematian ke 6 tahun 2007 meningkat posisi ke-4 tahun 2013, sedang Propinsi Jawa Tengah menempati peringkat ke-6 DM terbanyak di Indonesia yaitu kabupaten Magelang. Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi *Input* Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang tahun 2015.

Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan rancangan studi evaluasi. Informan dipilih secara *purposive* berjumlah 6 orang. Teknik pengambilan data menggunakan wawancara terstruktur, studi dokumentasi dan observasi.

Hasil penelitian ini adalah ketersediaan tenaga penyuluh sesuai pedoman, penggunaan anggaran sudah sesuai pedoman, ketersediaan material sudah sesuai pedoman, waktu untuk evaluasi program sudah sesuai pedoman yang belum adalah ketersediaan tenaga terlatih, ketersediaan mesin metode dan market serta, ketersediaan media informasi dan alat komunikasi sesuai pedoman.

Saran yang diberikan dari hasil penelitian ini adalah memberikan pelatihan petugas dengan lingkup lebih kecil seperti Posbindu yang harus dikelola dengan baik, serta pembuatan KIE DM yang terintegrasi.

Kata Kunci : Evaluasi, Input, Program Pengendalian Diabetes Mellitus
Kepustakaan : 37 (2004-2014)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Departement of Public Health
Faculty of Sport Science
State University of Semarang
March 2016

ABSTRACT

Adita Laily Afifah

Input Evaluation of Control Program Diabetes Mellitus in Magelang District Health Office in 2015

XV + 103 pages + 18 table + 2 pictures + 17 attachment

Prevalence of Diabetes Mellitus in Indonesia is very high views of people with diabetes in 2008 and 2011 as many as 8.2 million of 10 million people with diabetes. Riskesdas DM to be the cause of death to 6 in 2007 increased the 4th position in 2013, while the Central Java Province ranks 6th highest DM in Indonesia, Magelang regency. The research objective was to evaluate the Input Control of Diabetes Mellitus Program in Magelang District Health Office in 2015.

This type of research is a qualitative research study design evaluation. Informants were selected purposively amounted to 6 people. Techniques of data collection using structured interviews, documentation and observation studies.

Results of this research is the availability of the guidelines, the use of the budget was appropriate guidelines, availability of materials was appropriate guidelines, time for evaluation of the program was appropriate guidelines yet is the availability of trained personnel, the availability of the machine methods and market as well, the availability of media information and communication tools appropriate guidelines.

Advice given on the results of this study is to provide a training officer with a smaller scope as Posbindu that must be managed, as well as the manufacture of integrated DM IEC.

Keywords : Evaluation, Input, Control of Diabetes Mellitus Program
Literature : 37 (2004-2014)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan sidang tim penguji Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Adita Laily Afifah, NIM 6411411141, dengan judul "Evaluasi Input Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015".

Pada hari : Senin

Tanggal : 14 Februari 2016

Panitia Ujian

Ketua,

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes
NIP. 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	1. dr. Intan Zainafree MH.Kes. NIP. 197901052006042002	17/2/16
Anggota Penguji	2. dr. Mahalul Azam, M.Kes NIP. 197511192001121001	22/2/16
Anggota Penguji	3. dr. Fitri Indrawati M.P.H. NIP. 198307112008012008	22/2/16

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

1. "Harga kebaikan manusia adalah diukur menurut apa yang telah dilaksanakan/diperbuatnya" (Ali Bin Abi Thalib)
2. "Mereka berkata bahwa setiap orang membutuhkan tiga hal yang akan membuat mereka berbahagia di dunia ini, yaitu; seseorang untuk dicintai, sesuatu untuk dilakukan, dan sesuatu untuk diharapkan." (Tom Bodett)
3. “Kebahagiaan terbesar adalah berbagi. Karena itu memacu kamu tuk belajar dan bersyukur. Belajar dan mensyukuri makna kehidupan.” (Adita Laily Afifah)

Persembahan

Skripsi ini ku persembahkan untuk :

1. Ayah dan Mami
2. Keluarga besar Bani Anwar
3. Sahabat pena Alyfa
4. Almamater UNNES

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan ridho-Nya sehingga skripsi yang berjudul "Evaluasi *Input* Program Pengendalian Diabetes Meliitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015" dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Tri Rustiadi, M.Kes., atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes., atas persetujuan penelitian yang diberikan.
4. Dosen Pembimbing Ibu dr. Fitri Indrawati, M.P.H., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno) dan seluruh staf TU FIK Unnes yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.

7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Bapak Drs. Arwoko Suryohadi, atas ijin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
8. Kepala Balai Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Kepala Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, atas ijin dan informasi yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
9. Kepala Puskesmas Mungkid, Puskesmas Muntilan dan Puskesmas Ngluwar Kabupaten Magelang atas ijin dan informasi yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
10. Ayah (H Letda Tarmuji), Ibu (Hj Mutamimatun), Kakak (Ridwan Mustofa), Adik (Reva Nathania Anwar) dan keluarga tercinta yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
11. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2011 atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu demi satu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

PERNYATAAN ..... **ii**

ABSTRAK iii

ABSTRAC iv

PERSETUJUAN v

PENGESAHAN vi

MOTTO DAN PERSEMBAHAN vii

KATA PENGANTAR viii

DAFTAR ISI ix

DAFTAR TABEL xv

DAFTAR GAMBAR xvii

DAFTAR LAMPIRAN xviii

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 6

1.2.1 Rumusan Masalah Umum 6

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus 6

1.3 Tujuan Penelitian 7

1.3.1 Tujuan Penelitian Umum 7

1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus 7

1.4 Manfaat Penelitian 8

1.4.1 Bagi Institusi Kesehatan 8
1.4.2 Bagi Peneliti 8
1.4.3 Bagi Ilmu Pengetahuan 8
1.5 Keaslian Penelitian 9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian 12
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat 12
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu 12
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan 12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 13
2.1 Landasan teori 13
2.1.1 Evaluasi 13
2.1.1.1 Definisi Evaluasi 13
2.1.1.2 Tujuan Evaluasi 18
2.1.1.3 Model Evaluasi 19
2.1.1.3.1 CIPP (Context, Input, Process and Product) 19
2.1.1.3.2 Input-Process-Output (IPO) 21
2.1.1.3.3 Formatif Summatif 21
2.1.2 Pelayanan 22
2.1.2.1 Definisi Pelayanan 22
2.1.2.2 Evalusi Input Pelayanan 23
2.1.3 Diabetes Mellitus 24
2.1.3.1 Definisi Diabetes Mellitus 24
2.1.3.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus 25
2.1.3.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus 26

2.1.3.4 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus 27
2.1.3.4.1Penyuluhan 27
2.1.3.4.2Perencanaan Makan 27
2.1.3.4.3Latihan Jasmani 28
2.2 Kerangka Teori 30
BAB III Metode Penelitian 32
3.1 Alur Pikir 32
3.2 Fokus Penelitian 33
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian 33
3.4 Sumber Informasi 33
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data 34
3.5.1 Instrumen Penelitian 34
3.5.2 Teknik Pengambilan Data 35
3.6 Prosedur Penelitian 36
3.6.1 Prosedur Pra-Penelitian 36
3.6.2 Prosedur Penelitian 36
3.6.3 Prosedur Pasca Penelitian 36
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data 37
3.8 Teknik Analisis Data 37
3.8.1 Reduksi Data 37
3.8.2 Penyajian Data 38
3.8.3 Verifikasi Data 38
BAB IV HASIL PENELITIAN 39

4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian 39
4.1.1 Kabupaten Magelang 39
4.1.1.1 Letak Geografis, Tografi dan Administrasi Kabupaten Magelang 39
4.1.1.2 Demografi Kabupaten Magelang 40
4.1.1.3 Derajat Kesehatan Kabupaten Magelang 42
4.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang 43
4.1.2.1 Struktur Organisasi 43
4.1.2.2 Visi Misi 43
4.1.2.3 Tupoksi 44
4.1.2.4 Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 45
4.2 Hasil Penelitian 46
4.2.1 Gambaran Umum Informan Penelitian 46
4.2.1.1 Gambaran Umum Informan Utama 46
4.2.1.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi 47
4.2.2 Gambaran Input Program Pengendalian DM di Dinkes Kabupaten Magelang 48
4.2.2.1 *Man* (ketenagaan) 48
4.2.2.1.1 Ketersediaan Tenaga Penyuluh 48
4.2.2.1.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih 51
4.2.2.2 *Money* (dana/biaya) 52
4.2.2.3 *Material* (bahan, sarana dan prasarana) 53
4.2.2.3.1 Ketersediaan Alat dan Obat 53
4.2.2.3.2 Ketersediaan Alat Tulis Kantor 54

4.2.2.4 *Machine* (mesin, peralatan/teknologi) 55
4.2.2.5 *Method* (metode) 56
4.2.2.5.1 Ketersediaan Pedoman Teknis Pelaksanaan Program DM 56
4.2.2.5.2 Ketersediaan Pedoman Pengendalian DM 57
4.2.2.6 *Market* dan *marketing* (pasar dan pemasaran) 57
4.2.2.7 *Minute/time* (waktu) 59
4.2.2.8 *Information* (informasi) 60
BAB V PEMBAHASAN 62
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian 62
5.1.1 Evaluasi Input Program Pengendalian DM di Dinkes Kabupaten Magelang 62
5.1.1.1 Evaluasi Input *man* (ketenagaan) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 63
5.1.1.1.1 Ketersediaan Tenaga Penyuluh 63
5.1.1.1.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih 65
5.1.1.2 Evaluasi Input *money* (dana/biaya) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 68
5.1.1.3 Evaluasi Input *material* (bahan, sarana dan prasarana) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 72
5.1.1.3.1 Ketersediaan Alat dan OHO 72
5.1.1.3.2 Ketersediaan Alat Tulis Kantor 74
5.1.1.4 Evaluasi Input *machine* (mesin, peralatan/teknologi) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 75

5.1.1.5 Evaluasi Input *method* (metode) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 77
5.1.1.5.1 Ketersediaan Pedoman Teknis Penemuan dan tatalaksana Program DM 77
5.1.1.5.2 Ketersediaan Pedoman Pengendalian DM 78
5.1.1.6 Evaluasi Input *market* dan *marketing* (pasar dan pemasaran) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 79
5.1.1.7 Evaluasi Input *minute/time* (waktu) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 81
5.1.1.8 Evaluasi Input *information* (informasi) dalam Pelaksanaan Program Pengendalian DM di Dinkes 83
5.2 Hambatan Penelitian 85
5.2.1 Hambatan Penelitian 85
5.2.2 Kelemahan Penelitian 85
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 86
6.1 Kesimpulan 86
6.2 Saran 87
DAFTAR PUSTAKA 89
LAMPIRAN 93

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Nama, Luas Wilayah per-Kecamatan dan Jumlah Kelurahan 40

Tabel 4.2 Data Agregat Kependudukan per Kecamatan Kabupaten Magelang Tahun 2014 32

Tabel 4.3 Gambaran Umum Informan Utama 46

Tabel 4.4 Gambaran Umum Informan Triangulasi 47

Tabel 4.5 Karakteristik Pendidikan Kader 50

Tabel 4.6 Karakteristik Usia Kader 50

Tabel 5.1 Matriks Perbandingan Ketersediaan Tenaga Penyuluh di Tempat Penelitian dengan Pedoman 61

Tabel 5.2 Matriks Perbandingan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih di Tempat Penelitian dengan Pedoman 67

Tabel 5.3 Matriks Perbandingan Ketersediaan Pembiayaan di Tempat Penelitian dengan Pedoman 69

Tabel 5.4 Matriks Perbandingan Ketersediaan Alat dan Obat di Tempat Penelitian dengan Pedoman 73

Tabel 5.5 Matriks Perbandingan Ketersediaan Tenaga ATK di Tempat Penelitian dengan Pedoman 75

Tabel 5.6 Matriks Perbandingan Ketersediaan Peralatan/Teknologi di Tempat Penelitian dengan Pedoman 76

Tabel 5.7 Matriks Perbandingan Ketersediaan Pedoman Teknis Pelaksanaan di Tempat Penelitian dengan Pedoman 78

Tabel 5.8 Matriks Perbandingan Ketersediaan Pedoman Pengendalian DM

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

di Tempat Penelitian dengan Pedoman 79

Tabel 5.9 Matriks Perbandingan *Market* dan *marketing* DM di Tempat Penelitian dengan Pedoman 80

Tabel 5.10 Matriks Perbandingan Waktu Evaluasi DM di Tempat Penelitian dengan Pedoman 82

Tabel 5.11 Matriks Perbandingan Media Informasi DM di Tempat Penelitian dengan Pedoman 8

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori 31

Gambar 3.1 Alur Pikir 32

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

1. Keputusan Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi
2. Surat Izin Penelitian
3. Surat Izin Dinas Kesehatan
4. Rekap Hasil Observasi
5. Rekap Hasil Wawancara

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun dan penyakit seumur hidup yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut. Bila hal ini dibiarkan tidak terkendali dapat terjadi komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler jangka panjang, baik mikroangiopati maupun makroangiopati (Dalimartha S dan Adrian F, 2012: 6).

Menurut estimasi data WHO maupun *International Diabetes Federation* (IDF), memaparkan data angka kasus DM di Indonesia berdasarkan hasil survei tahun 2008 menempati urutan ke empat tertinggi di dunia setelah Cina, India dan Amerika, yaitu 8,4 juta jiwa dan diperkirakan jumlahnya melebihi 21 juta jiwa pada tahun 2025 mendatang. Pada Tahun 2030 diperkirakan DM menempati urutan ke-7 penyebab kematian dunia. Sedangkan untuk di Indonesia diperkirakan pada tahun 2030 akan memiliki penyandang DM (diabetisi) sebanyak 21,3 juta jiwa (PERKENI, 2011: 1).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia tahun 2008, diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun sebanyak 133 juta jiwa. Dengan prevalensi DM sebesar 14,7% pada daerah urban dan 7,2%, pada daerah rural, maka diperkirakan pada tahun 2008 terdapat sejumlah 8,2 juta

penyandang DM di daerah urban dan 5,5 juta di daerah rural. Selanjutnya, berdasarkan pola pertambahan penduduk, diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM pada urban (14,7%) dan rural (7,2%) maka diperkirakan terdapat 12 juta penyandang DM di daerah urban dan 8,1 juta di daerah rural (PERKENI, 2011: 3).

Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 oleh Departemen Kesehatan, menunjukkan bahwa DM merupakan penyakit penyebab kematian nomor 6 di Indonesia dengan jumlah proporsi kematian sebesar 5,8% setelah Stroke, Tuberculosis, Hipertensi, Cedera dan Perinatal (Riskesdas, 2007: 78). Sedang hasil RISKESDAS tahun 2013 menyatakan bahwa penyakit DM menempati peringkat 4 setelah Asma, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dan Kanker (Riskesdas, 2013: 83). Sedang Propinsi Jawa Tengah menempati peringkat ke-6 DM terbanyak di Indonesia (Riskesdas, 2013: 89) serta Kabupaten Semarang (IDM) dan Kabupaten Magelang (NIDM) memiliki prevalensi tertinggi di Jawa Tengah (Dinkesprov Jateng, 2013: 37).

Meningkatnya prevalensi DM mengakibatkan dampak penyakit yang cukup besar, baik bagi penderita maupun keluarga dan masyarakat. Tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan pun sama bandingnya bertambah tinggi. Dalam upaya memenuhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, pembenahan sistem pelayanan maupun manajemennya mulai dilakukan. Program-program baru mulai digalakkan guna mengurangi prevalensi yang lebih tinggi dan mengantisipasi terjadinya komplikasi dan kecacatan.

Dinas Kesehatan merupakan salah satu instansi Pemerintah yang berfungsi sebagai pengelola kegiatan kesehatan di tingkat kabupaten / kota. Berdasarkan studi

pendahuluan yang dilakukan pada 12 maret 2015, Dinkes Magelang memiliki program pengendalian Diabetes yaitu jalan santai, penyuluhan, dan cek gula darah gratis. Monitoring pelayanan yang dilakukan di setiap Puskesmas dilakukan saru tahun dua kali.

Puskesmas Ngluwar merupakan salah satu instansi atau sektor provider pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kecamatan Ngluwar Kabupaten Magelang. Berdasarkan pernyataan petugas di Puskesmas, data kunjungan pasien DM selama 4 tahun terakhir mengalami kenaikan. Tahun 2011, penyakit DM masuk 10 besar penyakit dengan 538 pasien. Tahun 2012, bertambah menjadi 844 pasien. Sedang tahun 2013 menjadi 5 besar penyakit namun mengalami penurunan kunjungan menjadi 791 pasien. Di semester pertama tahun 2014, jumlah kunjungan pasien bertambah menjadi 590 pasien. Berdasarkan data tersebut, secara umum kunjungan pasien DM mengalami peningkatan kunjungan setiap tahun.

Puskesmas Ngluwar memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan perorangan. Penanganan pasien DM di Puskesmas Ngluwar berada di pelayanan umum, dimana pelayanan ini ditangani oleh dokter umum dan perawat. Sedang penanganan DM membutuhkan adanya tenaga konsulen untuk memberikan edukasi bagi pasien DM. Sehingga diperlukan adanya pelatihan skill tenaga kerja sebagai edukator DM, agar penanganan ditangani dengan tanggung jawab penuh dan profesional.

Dalam melayani pasien DM, pengukuran berat badan dan pengecekan tensi diberikan pertama kali. Setelah itu keluhan pasien diutarakan (riwayat pasien) demi mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan yang sesuai berat ringannya penyakit. Pengecekan gula darah di laboratorium dilakukan setelah pemeriksaan dan menuju

ruangan pelayanan umum dan mendapatkan arahan dari hasil pengecekan gula darah. Jika diperlukan, dokter akan merekomendasikan untuk melakukan konsultasi gizi. Dari pelayanan dasar penanganan DM tersebut, masih berdasarkan tingkat keperluan pasien. Sehingga diperlukan adanya prosedur tetap pelayanan dasar penanganan DM, agar pelayanan semakin tertata dan tujuan pelayanan tercapai.

Di Puskesmas Ngluwar memiliki ruangan untuk promosi kesehatan. Namun fasilitas ruangan ini belum dimanfaatkan dengan baik bagi pasien DM. Dimana penyuluhan tentang masalah DM belum banyak dilakukan. Poster DM, *leaflet* tentang makanan pengganti yang diperbolehkan dan penunjang preventif promotif belum ada. Konsultasi pasien DM yang dilakukan diruangan ini pun hanya seperlunya, sehingga fasilitas alat promotif harus ditambahkan agar konseling edukasi dapat dilakukan sesuai tujuan.

Selain di Puskesmas Ngluwar, peneliti melakukan studi pendahuluan yang sama di Puskesmas Mungkid dan Muntilan II. Di Puskesmas Mungkid, administrasi sudah tertata dengan baik, pelayanan DM yang diberikan pun sudah terorganisir dari mulai pendaftaran sampai pengambilan obat telah ditata dengan pengambilan struk no antrian dan poli yang dituju. Media elektronik disana sudah digunakan dengan maksimal. Program DM yang ada disana masih berupa pemberian pelayanan dan konsul saat diberikan pelayanan, dikarenakan hanya terdapat satu petugas yang sudah melakukan pelatihan. Promosi DM yang dilakukan pun hanya berupa MMT Cerdik, sehingga media komunikasi informasi DM masih sangat minim.

Berbeda dengan Puskesmas Muntilan II, dimana pencatatan pelaporan kunjungan dan kasus sudah menggunakan media elektronik berupa komputer dan laptop. Namun untuk media pendaftaran masih manual, dimana menggunakan kertas

no antrian dan langsung menuju ke poli. Puskesmas Muntilan II ini belum memiliki petugas yang terlatih, dimana hanya terdapat dokter PTM dan perawat saja. Program DM disana sebagian besar mengikuti program dari RSUD Muntilan. Sehingga, program yang dilaksanakan tidak hanya berasal dari pusat tapi juga berasal dari program RS.

Adanya beberapa program yang berjalan kurang optimal tersebut memerlukan tindakan evaluasi. Evaluasi adalah proses mengumpulkan informasi mengenai objek evaluasi dan menilai objek evaluasi dengan membandingkannya dengan standar evaluasi (Wirawan, 2012: 3). Hasilnya berupa informasi mengenai objek evaluasi yang akan digunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi.

Objek evaluasi dapat berupa sumber daya manajemen yang terdiri atas *man* (ketenagaan), *money* (dana / biaya), *materiil* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan / teknologi) untuk mengubah masukan menjadi keluaran, *method* (metode), *market and marketing* (pasar dan pemasaran), *minute / time* (waktu), dan *information* (informasi), yang disingkat 7M + 1I yang dalam kategori input (Nugroho Riant, 2008: 478). Input dalam suatu program merupakan hal yang penting dan berpengaruh bagi keberhasilan dan kepuasan atas program pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Oleh karena itu penulis ingin meneliti mengenai evaluasi program penanganan DM dari sisi input, sehingga terdapat masukan dalam program penanganan DM di Dinkes Kabupaten Magelang.

Menurut penelitian yang dilakukan sebelumnya, yaitu Studi Evaluasi Program Dana Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Luwu oleh Dasmar, Darmawansyah, Nurhaedar Jafar tahun 2013. Didapatkan hasil bahwa evaluasi input

menyangkut kebijakan SDM/tenaga pengelola, Buku Pedoman/Juknis Sasaran program pada umumnya sudah memadai kecuali menyangkut dana pada umumnya Puskesmas mengangkap masih perlu ditingkatkan jumlah serta perlu pembinaan proses pertanggung jawaban yang masih perlu pembimbingan dan penyederhanaan pelaporan. Evaluasi proses yang menyangkut Perencanaan, Pengorganisasian Pelaksanaan, Pelaporan Pemantauan atau monitoring pada umumnya sudah berjalan sesuai juknis kecuali perencanaan masih perlu penekanan kepada kepala Puskesmas agar membuat perencanaan sesuai analisa masalah, hal tersebut tidak terlepas dari pengawasan oleh Dinas Kesehatan belum berjalan maksimal. Evaluasi output menyangkut terlaksananya program bantuan operasional kesehatan dan tercapainya cakupan program, jika dilihat dari hasil cakupan sebelum ada BOK menunjukkan bahwa terjadi peningkatan cakupan akan tetapi kalau kita bandingkan dengan target SPM 2015 belum tercapai dengan demikian program Dana Bantuan Operasional Kesehatan kedepan diperlukan evaluasi berkala pertriwulan atau persemester guna mewujudkan capaian SPM 2015. Sedangkan Lina Handayani, Surahma Asti Mulasari, Nani Nurdianis melakukan penelitian mengenai Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita di Puskesmas Mungkid, dimana hasil yang diperoleh yaitu evaluasi tenaga dan metode sudah sesuai dengan buku pedoman petunjuk teknis program yang telah ditetapkan oleh Depkes. Evaluasi terhadap dana tidak ditemui permasalahan mengenai anggaran. Evaluasi terhadap sarana belum tersedianya buku petunjuk teknis program yang ditetapkan Depkes. Evaluasi terhadap proses belum sesuai dengan pedoman petunjuk teknis program yang telah ditetapkan oleh Depkes terutama dalam hal perencanaan sasaran program penerima

PMT-anak balita. Evaluasi tehadap output belum sesuai dengan tujuan PMT-anak balita karena masih banyak balita status gizi kurang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti mendapatkan sebuah permasalahan mengenai kurang optimalnya program penanganan DM di Dinas dan pelayanan kesehatan primer sehingga peneliti harus melakukan evaluasi program kesehatan tersebut. Oleh karena itu, peneliti menyusun penelitian dengan judul "Evaluasi Input Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015".

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1.2.1 Umum

Bagaimanakah pelaksanaan Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015?

1.2.2 Khusus

a. Bagaimana perencanaan pengembangan *(man)* tenaga staf program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?
b. Bagaimana *(money)* pembiayaan program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?
c. Bagaimana *(materiil)* sarana pra sarana program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?
d. Bagaimana *(machine)* peralatan teknologi program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?

e. Bagaimana *(method)* prosedur kerja program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?

f. Bagaimana *(marketing)* pemasaran program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?

g. Bagaimana *(minute)* waktu pelaksanaan program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?

h. Bagaimana *(information)* informasi program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Umum

Untuk mengetahui dan mengevaluasi pelaksanaan Program Pengendalian Diabetes Mellitus di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015.

1.3.2 Khusus

a. Untuk mengevaluasi input *man* yaitu perencanaan pengembangan tenaga staf program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang

b. Untuk mengevaluasi input *money* yaitu pembiayaan setiap program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang

c. Untuk mengevaluasi input *materiil* yaitu pengadaan/pemeliharaan sarana pra sarana program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang

d. Untuk mengevaluasi input *machine* yaitu alat/teknologi pendukung dalam program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang

e. Untuk mengevaluasi input *method* yaitu prosedur kerja (protap) dan kepatuhan dalam melaksanaan prosedur kerja program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang
f. Untuk mengevaluasi input *marketing* yaitu pemasaran program Diabetes Mellitus Dinkes Magelang di masyarakat
g. Untuk mengevaluasi input *minute* yaitu waktu yang diberikan dalam setiap program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang
h. Untuk mengevaluasi input *information* yaitu informasi mengenai DM yang diberikan dalam program Diabetes Mellitus di Dinkes Magelang kepada masyarakat

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Institusi Kesehatan (Puskesmas)

Sebagai bahan evaluasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang dalam upaya peningkatan pelaksanaan program pengendalian kesehatan.

1.4.2 Peneliti

Dapat menambah wawasan dan meningkatkan kemampuan peneliti dalam mengimplementasikan ilmu dan pengetahuan yang diperoleh pada perkuliahan.

1.4.3 Ilmu Pengetahuan

Dapat menjadi bahan rujukan dalam topik yang sama dengan permasalahan yang berbeda tentang evaluasi program kesehatan.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan bentuk dari pengembangan penelitian-penelitian sebelumnya. Beberapa penelitian yang relevan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No.	Judul Penelitian	Peneliti	Tahun, Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Studi Evaluasi Program Dana Bantuan Operasional Kesehatan di kabupaten Luwu	Dasmar, Darmawansyah, Nurhaedar Jafar	2013, Luwu	Survey Deskriptif	Input, Proses dan Output	Evaluasi input menyangkut kebijakan SDM/tenaga pengelola, Buku Pedoman/Juknis Sasaran program pada umumnya sudah memadai kecuali menyangkut dana pada umumnya Puskesmas mengangkap masih perlu ditingkatkan jumlah serta perlu pembinaan proses pertanggung jawaban yang masih perlu pembimbingan dan penyederhanaan pelaporan. Evaluasi proses yang menyangkut Perencanaan, Pengorganisasian Pelaksanaan, Pelaporan Pemantauan atau monitoring pada umumnya sudah berjalan sesuai juknis kecuali perencanaan masih perlu

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

						penekanan kepada kepala Puskesmas agar membuat perencanaan sesuai analisa masalah, hal tersebut tidak terlepas dari pengawasan oleh Dinas Kesehatan belum berjalan maksimal. Evaluasi output menyangkut terlaksananya program bantuan operasional kesehatan dan tercapainya cakupan program, jika dilihat dari hasil cakupan sebelum ada BOK menunjukkan bahwa terjadi peningkatan cakupan akan tetapi kalau kita bandingkan dengan target SPM 2015 belum tercapai dengan demikian program Dana Bantuan Operasional Kesehatan kedepan diperlukan evaluasi berkala pertriwulan atau persemester guna mewujudkan capaian SPM 2015.
2	Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita	Lina Handayani, Surahma Asti Mulasari, Nani Nurdianis	2008, Puskesmas Mungkid	Deskriptif Kualitatif	Input, Proses dan Output	Evaluasi tenaga dan metode sudah sesuai dengan buku pedoman petunjuk teknis program yang telah ditetapkan oleh Depkes. Evaluasi terhadap dana tidak ditemui permasalahan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

	mengenai anggaran. Evaluasi terhadap sarana belum tersedianya buku petunjuk teknis program yang ditetapkan Depkes. Evaluasi terhadap proses belum sesuai dengan pedoman petunjuk teknis program yang telah ditetapkan oleh Depkes terutama dalam hal perencanaan sasaran program penerima PMT-anak balita. Evaluasi tehadap output belum sesuai dengan tujuan PMT-anak balita karena masih banyak balita status gizi kurang.

Banyak penelitian-penelitian yang mengerucut pada evaluasi pelayanan atau program kesehatan atau kebijakan kesehatan. Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah:

a. Penelitian mengenai program pengendalian Diabetes Mellitus belum pernah dilakukan oleh peneliti lain.
b. Wilayah lokasi yang dituju pun sangat berbeda antara penelitian lainnya yaitu Dinkes Kabupaten Magelang.
c. Penelitian ini lebih meneliti permasalahan yang serupa yaitu evaluasi pelayanan dan program secara input, proses dan output, namun fokus permasalahan yang

berbeda yaitu input 7M+1I (*man, money, materiil, machine, method, marketing, minute and information*).

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Tempat

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.

1.6.2 Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2015 yang telah dilakukan studi pendahuluan pada 12 maret 2015. Penelitian dilakukan selama data yang diperlukan dinilai sudah mewakili setiap sampel dan spesifikasi yang dibutuhkan.

1.6.3 Keilmuan

Ruang lingkup materi penelitian adalah analisis evaluasi input dan program pengendalian Diabetes Mellitus.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Evaluasi

2.1.1.1 Definisi Evaluasi

Evaluasi menurut Ralph Tyler (Tyler, 1950: 69) dalam Yusuf Farida T adalah proses yang menentukan sampai sejauh mana tujuan dapat dicapai. Menyediakan informasi untuk pembuat keputusan, dikemukakan oleh Cronbach (1963), Alkin (1969), juga Stufflebeam (1971). Maclcolm Provus, pencetus *Discrepancy Evaluation* (1971) mendefinisikan evaluasi sebagai perbedaan apa yang ada dengan suatu standar untuk mengetahui apakah ada selisih (Yusuf Farida T, 2008: 3). Dimana saat ini evaluasi memiliki arti yang luas seperti kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kegiatan (Subarsono, 2012: 119).

Evaluasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai menentukan nilai (Suharso, 2005: 136). Istilah Evaluasi dalam Modul Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Edisi Kedua) yang diterbitkan oleh Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka *(rating*) dan penilaian (*assesment*). Suatu evaluasi mempunyai karakteristik tertentu yang membedakan dari analisis, yaitu: fokus nilai, interdependensi fakta nilai, orientasi masa kini dan masa lampau, dualitas nilai.

a. Fokus Nilai

Evaluasi ditujukan kepada pemberian nilai dari sesuatu kebijakan, program maupun kegiatan. Evaluasi terutama ditujukan untuk menentukan manfaat atau kegunaan dari suatu kebijakan, program maupun kegiatan, bukan sekedar usaha untuk mengumpulkan informasi mengenai sesuatu hal. Ketepatan suatu tujuan maupun sasaran pada umumnya merupakan hal yang perlu dijawab. Oleh karena itu suatu evaluasi mencakup pula prosedur untuk mengevaluasi tujuan dan sasaran itu sendiri.

b. Interdepedensi Fakta – Nilai

Suatu hasil evaluasi tidak hanya tergantung kepada fakta semata namun juga terhadap nilai. Untuk memberi pernyataan bahwa suatu kebijakan, program atau kegiatan telah mencapai hasil yang maksimal atau minimal bagi seseorang, kelompok orang atau masyarakat, haruslah didukung dengan bukti-bukti (fakta) bahwa hasil kebijakan, program dan kegiatan merupakan konsekuensi dari tindakan-tindakan yang telah dilakukan dalam mengatasi / memecahkan suatu masalah tertentu. Dalam hal ini kegiatan monitoring merupakan suatu persyaratan yang penting bagi evaluasi.

c. Orientasi Masa Kini dan Masa Lampau

Evaluasi diarahkan pada hasil yang sekarang ada dan hasil yang diperoleh masa lalu. Evaluasi tidaklah berkaitan dengan hasil yang diperoleh di masa yang akan datang. Evaluasi bersifat retrospektif, dan berkaitan dengan tindakan-tindakan yang telah dilakukan (*ex-post*). Rekomendasi yang dihasilkan dari suatu evaluasi bersifat prospektif dan dibuat sebelum tindakan dilakukan (*ex-ante*).

d. Dualitas Nilai

Nilai yang ada dari suatu evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena evaluasi dipandang sebagai tujuan sekaligus cara. Evaluasi dipandang sebagai suatu rekomendasi sejauh berkenaan dengan nilai-nilai yang ada (misalnya kesehatan) dapat dianggap sebagai intrinsik (diperlukan bagi dirinya) ataupun ektrinsik (diperlukan karena kesehatan mempengaruhi pencapaian tujuan-tujuan yang lain). (LAN, 2004: 237-238).

Suharsimi Arikunto dalam Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan mengemukakan evaluasi program sebagai "suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan sengaja untuk melihat tingkat keberhasilan program". Selanjutnya dalam perspektif evaluasi hasil belajar, menyatakan bahwa fungsi penilaian meliputi: selektif, diagnostik, penempatan, pengukuran keberhasilan (Arikunto, 2006: 10-11).

Menurut Sondang Siagian dalam Ekowati (2005: 44-45) istilah evaluasi diartikan sebagai penilaian, yaitu: "Proses pengukuran dan pembandingan dari pada hasil-hasil pekerjaan yang nyatanya dicapai dengan hasil-hasil yang seharusnya dicapai". Selanjutnya beliau mengemukakan bahwa hakikat dari penilaian itu adalah:

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

a. Fase Tertentu

Penilaian ditujukan kepada satu fase tertentu dalam satu proses setelah fase itu seluruhnya selesai dikerjakan. Berbeda dengan pengawasan yang ditujukan kepada fase yang masih dalam proses pelaksanaan. Secara sederhana dapat dikatakan dengan selesainya pekerjaan tidak dapat diawasi lagi karena pengawasan hanya berlaku bagi tugas yang sedang dilaksanakan.

b. Korektif

Penilaian bersifat korektif terhadap fase yang telah selesai dikerjakan. Mungkin akan timbul pertanyaan: Jika sesuatu telah selesai dikerjakan, nilai korektif yang diperoleh untuk apa? Korektivitas yang menjadi sifat dari penilaian sangat berguna, bukan untuk fase yang telah selesai, tetapi untuk fase berikutnya. Artinya, melalui penilaian harus dikemukakan kelemahan-kelemahan sistem yang dipergunakan dalam fase yang baru saja selesai itu. Juga harus dikemukakan penyimpangan-penyimpangan / penyelewengan-penyelewengan itu terjadi. Jika ini telah dilakukan, maka akan diperoleh bahan yang sangat berguna untuk dipergunakan pada fase yang berikutnya sehingga kesalahan-kesalahan yang dibuat pada fase yang baru diselesaikan tidak terulang. Dengan demikian, organisasi tumbuh dan berkembang dalam bentuk tingkat *performance* yang lebih tinggi dan efisien yang semakin besar, atau peling sedikit, inefisiensi yang semakin berkurang.

c. Prespektif

Penilaian bersifat *prescriptive.* Sesuatu yang bersifat *prescriptive* adalah yang bersifat mengobati. Setelah melalui diketemukan kelemahan-kelemahan yang terdapat pada sistem pelaksanaan dalam fase yang lalu, setelah sumber-sumber yang menyebabkan mungkinnya penyimpangan / penyelewengan terjadi, melalui penilaian harus pula dapat diberikan resep untuk mengobati penyakit-penyakit proses itu penyakit yang sama tidak timbul kembali dan sekaligus jika mungkin, dicegah pula timbulnya penyakit yang baru.

d. Fungsi Organik

Penilaian ditujukan kepada fungsi-fungsi organik lainnya. Fungsi-fungsi administrasi dan manajemen itu tidak merupakan fungsi-fungsi yang berdiri sendiri dalam arti lepas dari fungsi-fungsi lainnya. Malahan sesungguhnya kelima fungsi administrasi dan manajemen itu merupakan satu rantai kegiatan dan masing-masing fungsi itu merupakan mata rantai yang terikat kepada semua mata rantai yang lain (Ekowati, 2005: 44-45).

Menurut Peneliti, evaluasi adalah proses membandingkan antara kegiatan yang direncanakan dengan kegiatan yang senyatanya dapat dilaksanakan. Artinya evaluator tidak mungkin melakukan tugasnya tanpa terlebih dahulu mengetahui tentang rencana kegiatan dari suatu sasaran evaluasi dan informasi tentang realisasi dari rencana yang telah ditetapkan dalam keadaan selesai berproses.

2.1.1.2 Tujuan Evaluasi

Terdapat enam hal tujuan evaluasi, yaitu untuk :

a. Memberikan masukan bagi perencanaan program;
b. Menyajikan masukan bagi pengambil keputusan yang berkaitan dengan tindak lanjut, perluasan atau penghentian program;
c. Memberikan masukan bagi pengambil keputusan tentang modifikasi atau perbaikan program;
d. Memberikan masukan yang berkenaan dengan faktor pendukung dan penghambat program;

e. Memberikan masukan untuk kegiatan motivasi dan pembinaan (pengawasan, supervisi, dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola dan pelaksana program (Yusuf Farida T, 2008: 3).

Suharsimi Arikunto dan Cepi Safrudin Abdul Jabar menyatakan bahwa terdapat dua macam tujuan evaluasi yaitu tujuan umum dan khusus. Tujuan umum diarahkan pada program secara keseluruhan, sedangkan tujuan khusus diarahkan pada masing-masing komponen. Dalam hal tersebut keduanya menyarankan agar dapat melakukan tugasnya, maka seorang evaluator program dituntut untuk mampu mengenali komponen-komponen program (Arikunto, 2006: 13).

Husein Kosasih mengemukakan bahwa evaluasi bertujuan agar dapat diketahui dengan pasti apakah pencapaian hasil, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan misi dapat dinilai dan dipelajari guna perbaikan pelaksanaan program atau kegiatan di masa yang akan datang (Husein Kosasih, 2004: 3).

William N. Dunn menyebutkan bahwa evaluasi bertujuan :

a. Memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu, seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik,
b. Memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target,
c. Memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi (Dunn W., 2005: 609).

2.1.1.3 Model Evaluasi

2.1.1.3.1 CIPP (*Context, Input, Process and Product*)

Menurut Stufflebeam dalam Yusuf Farida T, merumuskan evaluasi *"as a process of providing useful information for decision making"* (Stufflebeam & Shienfieled, 1985: 155). Definisi tersebut kemudian direvisi pada tahun 1973 oleh Stufflebeam yang mendefinisikan evaluasi sebagai *"the process of dilineting, obtaining, dan providing useful information for judging decision alternative"* (Fitz Petrick, 2004: 89). Definisi ini memberikan tekanan pada tiga hal yaitu pertama bahwa evaluasi merupakan proses sistematis yang terus menerus. Kedua proses ini terdiri atas 3 langkah, yaitu (1) menyatakan pernyataan yang menentukan jawaban dan informasi yang spesifik untuk di gali, (2) membangun data yang relevan, dan (3) menyediakan informasi akhir (kesimpulan) yang menjadi bahan pertimbangan mengambil keputusan. Ketiga evaluasi memberikan dukungan pada proses mengambil keputusan dengan memilih salah satu alternatif pilihan dan melakukan tindak lanjut atas keputusan tersebut.

a. Evaluasi konteks (*context*) dimaksud untuk menilai kebutuhan, masalah, asset dan peluang guna membantu pembuat kebijakan menetapkan tujuan dan prioritas. Serta membantu kelompok mengguna lainya untuk mengetahui tujuan, peluang dan hasilnya.

b. Evaluasi masukan (*input*) dilaksanakan untuk menilai alternative pendekatan, rencana tindak, rencana staf dan pembiayaan bagi kelangsungan program dalam memenuhi kebutuhan kelompok sasarn serta mencapai tujuan yang ditetapkan. Evaluasi ini berguna bagi pembuat kebijakan untuk memilih rancangan, bentuk pembiayaan, alokasi sumber daya, pelaksana dan jadual kegiatan yang sesuai bagi kelangsungan program.

c. Evaluasi proses (*process*) ditujukan untuk menilai implementasi dari rencana yang telah ditetapkan guna membantu para pelaksana dalam menjalankan kegiatan dan kemudian akan dapat membantu kelompok pengguna lainnya untuk mengetahui program kerja dan memperkirakan hasilnya.

d. Evaluasi hasil (*product*) dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan menilai hasil yang dicapai diharapkan dan tidak diharapkan, jangka pendek dan jangka panjang, baik bagi pelaksana kegiatan agar dapat memfokuskan diri dalam mencapai sasaran program maupun bagi pengguna lainnya dalam menghimpun upaya untuk memenuhi kebutuhan kelompok sasaran. Evaluasi hasil ini dapat dibagi kedalam penilaian terhadap dampak, efektivitas, keberlanjutan, dan daya adaptasi (Yusuf Farida T, 2008: 14).

2.1.1.3.2 *Input-Process-Output* (IPO)

Input-Proses Output (IPO) merupakan proses yang menciptakan suatu produk dengan cara mengubah input menjadi output (Heizer dan Render). Input merupakan suatu proses awal yang menjadi bahan dasar yang berupa data, barang, uang, jasa, waktu dan sumber daya lainnya sebelum menjadi suatu output. Efisiensi ini merupakan indikator input dalam mengolah sumber daya yang digunakan sesuai dengan ketentuan atau standar yang digunakan. Sedangkan efektifitas merupakan indikator output dalam menghasilkan produk sesuai dengan tujuan atau target yang telah direncanakan. Untuk menjalankan proses input yang efisien dan menghasilkan proses output yang efektif, maka bagian proses pada sistem IPO merupakan aktivitas evaluasi dalam melakukan kegiatan untuk menjadi lebih baik (Nugroho Riant, 2008: 476).

2.1.1.3.3 Formatif Summatif

Dalam Modul Akuntabilitas Kinerja, dikemukakan bahwa evaluasi dapat dibagi ke dalam dua bagian besar, misalnya: evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dapat meliputi evaluasi yang dilakukan sebelum program berjalan, atau sedang dalam pelaksanaan, atau setelah program selesai dan dapat diteliti hasil dan dampaknya. Arikunto menyebutnya dengan tes formatif yaitu untuk mengetahui sejauh mana tujuan telah terbentuk seperti: ulangan harian (Arikunto, 2005: 36). Sedang tes sumatif setelah pemberian sekelompok program atau program yang lebih besar, seperti: ulangan umum (Arikunto, 2005: 39).

Scriven dalam Purwanto dkk evaluasi formatif digunakan untuk memperbaiki program selama program tersebut sedang berjalan caranya dengan menyediakan balikan tentang seberapa bagus program tersebut telah berlangsung. Melalui evaluasi formatif ini dapat dideteksi adanya ketidakefisienan sehingga segera dilakukan revisi. Selain itu evaluasi memberikan data yang relatif cepat (*shot term data*). Hasil evaluasi formatif harus diberikan pada saat yang tepat agar efektif. Evaluasi sumatif bertujuan mengukur efektivitas keseluruhan program. Mengukur dan menilai hasil akhir dari akhir program ini bertujuan untuk membuat keputusan tentang kelangsungan program tersebut, yaitu diteruskan atau dihentikan (Purwanto, Atwi, 2009: 21).

2.1.2 Pelayanan

2.1.2.1 Definisi Pelayanan

Menurut Kotler dalam Laksana pelayanan adalah setiap tindakan atau kegiatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun (Fajar Laksana, 2008: 17). Sedangkan Gronroos dalam Tjiptono menyatakan bahwa pelayanan merupakan proses yang terdiri atas serangkaian aktivitas intangible yang biasa (namun tidak harus selalu) terjadi pada interaksi antara pelanggan dan karyawan, jasa dan sumber daya, fisik atau barang, dan sistem penyedia jasa, yang disediakan sebagai solusi atas masalah pelanggan (Tjiptono Fandy, 2005: 5).

Sementara itu, menurut Lovelock, Petterson & Walker dalam Tjiptono mengemukakan perspektif pelayanan sebagai sebuah sistem, dimana setiap bisnis jasa dipandang sebagai sebuah sistem yang terdiri atas dua komponen utama yaitu operasi jasa dan penyampaian jasa (Tjiptono Fandy, 2005: 5). Berdasarkan pengertian-pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan merupakan suatu bentuk sistem, prosedur atau metode tertentu diberikan kepada orang lain, dalam hal ini, kebutuhan pelanggan tersebut dapat terpenuhi sesuai dengan harapan atau keinginan pelanggan dengan tingkat persepsi mereka.

2.1.2.2 Evaluasi Input Pelayanan

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828 Tahun 2008 tentang Petunjuk Teknis SPM bidang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan yang langsung dirasakan oleh masyarakat harus dievaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu (Menkes RI No 828, 2008: 6). Salah satu pelayanan yang dilakukan evaluasi yaitu pelayanan kesehatan primer, yaitu segala bentuk

pelayanan pengobatan yang diberikan seseorang untuk menghilangkan penyakit atau gejalanya, dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan cara dan teknologi khusus untuk keperluan yang bersifat mendasar (Soegondo dkk, 2011: 212).

Pelayanan membutuhkan adanya evaluasi, salah satunya dengan evaluasi input. Yang dimaksud input adalah bahan baku yang dapat digunakan sebagai masukan dalam sebuah sistem pelayanan. Input dapat berupa sumberdaya manusia, finansial, tuntutan dan dukungan masyarakat (Subarsono, 2012: 122). Menurut buku karangan Riant Nugroho , kategori input sering disebut 7M+1I yaitu *man* (ketenagaan), *money* (dana / biaya), *materiil* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan / teknologi) untuk mengubah masukan menjadi keluaran, *method* (metode), *market and marketing* (pasar dan pemasaran), *minute / time* (waktu), dan *information* (informasi) (Nugroho Riant, 2008: 478).

2.1.3 Diabetes Mellitus

2.1.3.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit menahun dan penyakit seumur hidup yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut (Dalimartha S dan Adrian F, 2012: 6).

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik kronis yang disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi hormon insulin sesuai kebutuhan atau karena penggunaan yang tidak efektif dari insulin atau keduanya. Hal ini ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah atau hiperglikemi (Darmono, 2007: 16).

Diabetes Mellitus (DM) sering juga disebut dengan *the great imitator,* yaitu penyakit yang dapat menyerang semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai keluhan, Diabetes Mellitus timbul dengan perlahan-lahan sehingga seseorang tidak menyadari adanya berbagai perubahan didalam tubuhnya, secara medis Diabetes Mellitus adalah kondisi abnormalitas metabolisme karbohidrat yang disebabkan oleh *defisiensi* (kekurangan) insulin, baik secara *absolute* (total) maupun sebagian (Utami Prapti, 2009: 2).

2.1.3.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi DM menurut ADA dalam *Standarts of Medical Care in Diabetes* 2012 yaitu:

a. DM tipe 1: kerusakan sel beta umumnya menjurus ke defidiensi insulin absolut karena autoimun idiopatik.
b. DM tipe 2: bervariasi dari dominan resisten insulin disertai defisiensi insulin relatif hingga dominan efek sekresi insulin disertai resistensi insulin.
c. DM tipe lain: efek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endikrinopati, obat dan zat kimia, infeksi, imunologi yang jarang dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.
d. DM gestasional (terjadi saat kehamilan).

2.1.3.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Sebagian besar gambaran patologik DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

a. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel–sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300–1200 mg/dl.
b. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
c. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien–pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yng parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160–180 mg/100 ml), akan timbul glikosuria karena tubulus–tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa (Soegondo dkk, 2011: 12).

Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat telah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi (Soegondo dkk, 2011: 17).

Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangren (Soegondo dkk, 2011: 17).

2.1.3.4 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Mengelola penyakit diabetes mellitus sebenarnya mudah asal penderita bisa mendisiplinkan diri dan melakukan olahraga secara teratur, menuruti saran dokter, dan tidak mudah patah semangat. Pilar utama pengelolaan DM menurut IDF (2006: 12):

2.1.3.4.1 Penyuluhan (Edukasi)

Edukasi merupakan bagian integral asuhan perawatan diabetes. Edukasi diabetes adalah pendidikan dan latihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan dalam pengelolaan (Suyono Slamet, 2007: 5).

2.1.3.4.2 Perencanaan Makan (Diit)

Terapi gizi merupakan komponen utama keberhasilan penatalaksanaan diabetes. Perencanaan makan hendaknya dengan kandungan zat gizi yang cukup dan disertai pengurangan total lemak terutama lemak jenuh. Pengetahuan porsi makanan sedemikian rupa sehingga asupan zat gizi tersebar sepanjang hari.

Kunci keberhasilan terapi gizi medis adalah keterlibatan tim dalam 4 hal:

a. Assesment atau pengkajian parameter metabolik individu dan gaya hidup
b. Mendorong pasien berparisipasi pada penentuan tujuan tujuan yang dicapai
c. Memilih intervensi gizi yang memadai
d. Mengevaluasi efektifnya perencanaan makan orang dengan diabetes (Soegondo dkk, 2009: 47).

2.1.3.4.3 Latihan jasmani

Manfaat olahraga bagi penyandang diabetes melitus:

a. Menurunkan kadar gula darah
b. Mencegah kegemukan

c. Menurunkan lemak darah (kolesterol)

d. Mencegah tekanan darah tinggi

e. Mengurangi resiko penyakit jantung koroner

f. Meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan kerja. (RA Nabyl, 2009: 28)

Jenis olah raga yang tersebut di atas adalah olah raga yang bersifat :

a. Continuous

Latihan yang diberikan harus berkesinambungan, dilakukan terus menerus tanpa berhenti. Contoh : bila dipilih jogging 30 menit, maka selama 30 menit pengidap melakukan jogging tanpa istirahat.

b. Rhythmical

Latihan olah raga harus dipilih yang berirama, yaitu otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Contoh : latihan ritmis adalah jalan kaki, jogging, berenang, bersepeda, mendayung.

c. Intensity

Latihan olah raga yang dilakukan selang seling antara gerak cepat dan lambat. Misalnya, jalan cepat diselingi jalan lambat, jogging diselingi jalan. Dengan kegiatan yang bergantian pengidap dapat bernafas dengan lega tanpa menghentikan latihan sama sekali.

d. Progressive

Latihan yang dilakukan harus berangsur-angsur dari sedikit ke latihan yang lebih berat, secara bertahap. Jadi beban latihan olah raga dinaikan sedikit demi sedikit sesuai dengan pencapaian latihan sebelumnya.

e. Endurance

Latihan daya tahan tubuh memperbaiki system kardiovaskuler. Oleh karena itu sebelum ikut program latihan olah raga, terhadap pengidap harus dilakukan pemeriksaan kardiovaskuler (Soegondo dkk, 2009: 49).

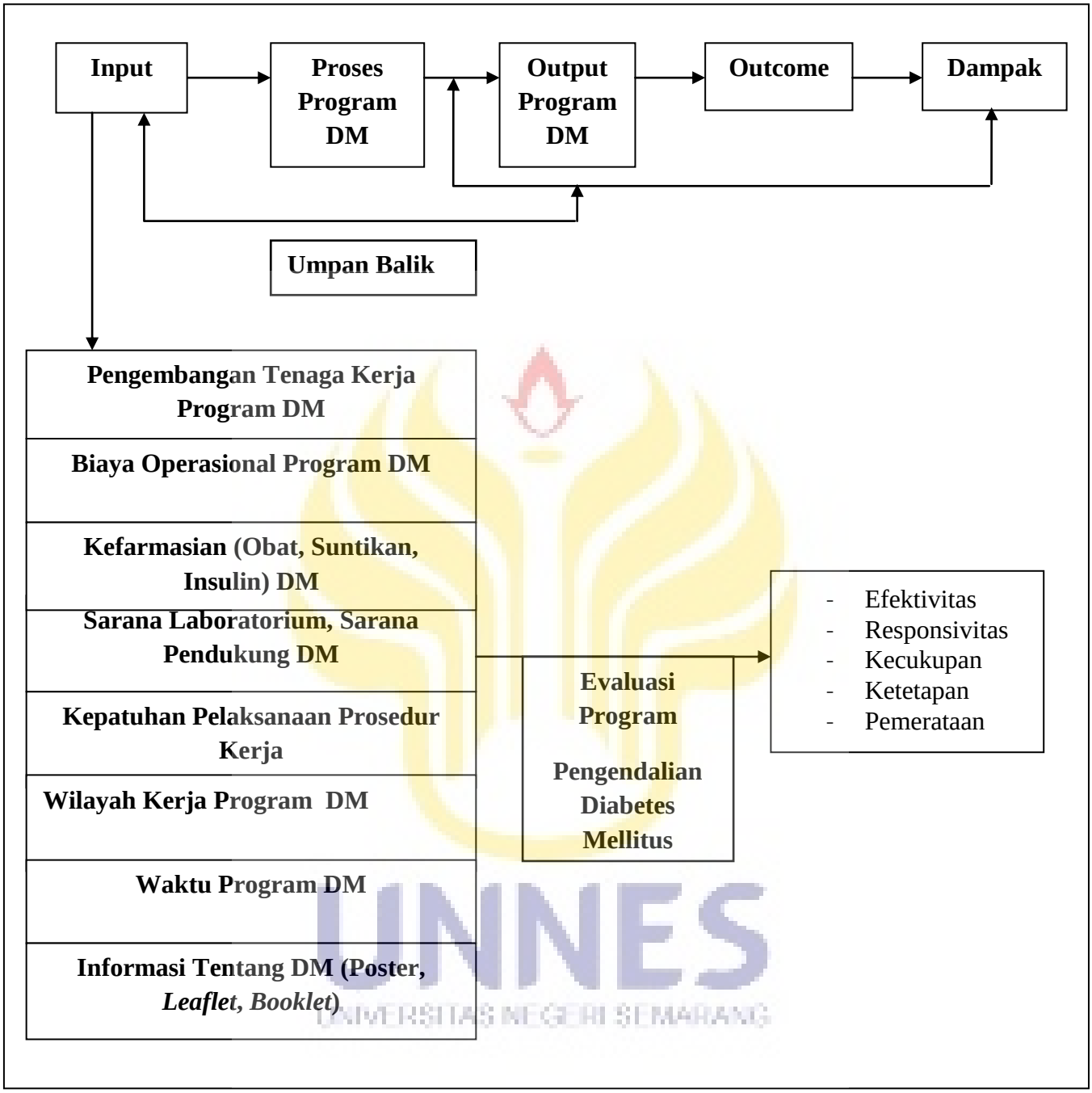
f. Medichal

Apabila terapi tanpa obat (pengaturan diet dan olahraga) belum berhasil mengendalikan kadar glukosa darah penderita, maka perlu dilakukan langkah berikutnya berupa terapi obat, baik dalam bentuk terapi obat hipoglikemik oral ,terapi insulin atau kombinasi keduanya (Saraswati, 2009: 32).

Tujuan utama dari pengobatan diabetes adalah untuk mempertahankan kadar gula darah dalam kisaran yang normal. Kadar gula darah yang benar-benar normal sulit untuk dipertahankan, tetapi semakin mendekati kisaran yang normal, maka kemungkinan terjadinya komplikasi sementara maupun jangka panjang semakin berkurang (Saraswati, 2009: 32).

2.2 KERANGKA TEORI

Program sebagai proses meliputi input, proses, output, outcome dan dampak program tersebut. Output, outcome dan dampak digunakan sebagai umpan balik perbaikan pada input, yang dikategorikan (7M+1I) yaitu *man* (ketenagaan), *money* (dana / biaya), *materiil* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan / teknologi) untuk mengubah masukan menjadi keluaran, *method* (metode), *market and marketing* (pasar dan pemasaran), *minute / time* (waktu), dan *information* (informasi) (Nugroho Riant, 2008: 478). Untuk menilai keberhasilan program dikembangkan indikator evaluasi menurut William Dunn (1994) mencakup efektivitas, kecukupan, pemerataan, responsivitas dan ketetapan (Subarsono, 2012: 126).



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Nugroho Riant, 2008: 478; Subarsono, 2012: 121; Wirawan, 2009: 189)

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian mengenai evaluasi input program pengendalian DM di Dinkes Kabupaten Magelang menggunakan teori 7M+1I yang telah dilakukan, didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Ketersediaan tenaga penyuluh DM sudah terdistribusi dengan baik. Namun ketersediaan tenaga terlatih masih kurang, dimana pelatihan hanya diadakan oleh Pusat dengan kontribusi peserta dua orang. Sehingga masih diperlukan adanya pelatihan petugas dalam lingkup yang lebih kecil.
2. Penggunaan dana dalam pelaksanaan program pengendalian DM berasala dari empat sumber yaitu APBN, APBD, BPJS dan mandiri. Dimana semua proses kegiatan lingkup kabupaten dan kecamatan berkecukupan, namun untuk tingkat desa belum mendapat dukungan dana dari pihak Pemerintah Desa.
3. Dalam ketersediaan alat dan OHO terdistribusi dan direncanakan dengan baik, sehingga tidak mengalami kekurangan stok. Perlengkapan alat tulis juga tersedia sangat cukup.
4. Ketersediaan perlengkapan berupa laptop, printer dan LCD untuk seminar dan penyuluhan tersedia baik.
5. Metode yang ada sudah tersedia dan dilaksanakan dengan baik yaitu pedoman teknis penemuan dan tatalaksana DM serta pedoman pengendalian DM yang sudah didasari dengan Permenkes RI no 1479 tahun 2005.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6. Pemasaran merupakan informasi mengenai kinerja pelayanan yang dilihat melalui pelayanan, jangkauan dan antusias masyarakat. Diketahui bahwa jangkauan masyarakat mudah, mengenai pelayanan dan kunjungan selalu diterima masyarakat dnegan baik.
7. Monitoring dan evaluasi dalam program pengendalian DM ini dilakukan oleh dinkes kabupaten dalam sebulan sekali berupa laporan kunjungan bulanan dan kunjungan tiga bulan dalam menilai pelayanan dan jalannya program.
8. Media informasi dalam program pengendalian DM ini sudah tersedia, namun masih kurang lengkap. Dimana materi media masih bersifat general PTM bukan DM saja.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, beberapa saran yang peneliti berikan sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan

   Kurangnya cakupan pelatihan bagi petugas kesehatan DM pada khususnya, diperlukan adanya pelatihan dalam lingkup yang lebih kecil. Pembinaan posbindu PTM DM lebih dikelola dengan baik, sehingga didapatkan kader yang cukup dan dapat terdistribusi dengan baik.

2. Puskesmas

   Informasi dalam program pengendalian DM ini adalah media informasi mengenai DM yang bisa berupa media cetak dan elektronik. Adanya media yang masih bersifat general PTM, diperlukan pembuatan media DM pada khususnya. Sehingga masyarakat yang menderita dan tidak akan lebih

mengetahui DM dengan baik. Oleh karena itu, masyarakat akan lebih pandai mengatasi dan mengendalikan DM secara dini.

3. Pemerintahan Desa

Dalam pembiayaan yang ditingkat desa untuk Posbindu, perlu adanya dukungan dana dari Pemerintah sehingga terlaksana kegiatan dengan lancar.

4. Peneliti Lain

Adapun bagi peneliti lain ataupun selanjutnya untuk mengevaluasi proses bahkan hingga output dari program DM. Sehingga didapatkan informasi menyeluruh mengenai evaluasi program DM.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR PUSTAKA

American Diabetes Asosiation (ADA), 2012, *Standards of Medical Care in Diabetes Care*, Volume 33, Supplement 1, January 2012, hlm. 11-61.

Arikunto Suharsimi, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik,* Rineka Cipta, Jakarta.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2007, *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

----------, 2013, *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Dalimartha S dan Adrian F, 2012, *Diabetes Mellitus,* Penebar Swadaya, Jakarta.

Darmono, 2007, *Pola Hidup Sehat Penderita Diabetes Melitus*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.

Departemen Kesehatan, 2008, *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Diabetes Mellitus,* Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2010, *Pedoman Pengendalian Diabetes Mellitus dan Penyakit Metabolik,* Jakarta.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Semarang.

Dunn, W., 2005, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* Edisi Kedua, Gajah Mada University Press, Yogjakarta.

Ekowati, Mas Roro Lilik, 2005, *Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi Kebijakan Atau Program* Edisi Revisi, PT Rosdakarya, Bandung.

Fajar Laksana, 2008, *Manajemen Pemasaran*, Graha ilmu, Yogyakarta.

Husein Kosasih, 2004, *Teknik Pengukuran Dan Evaluasi Kinerja Satuan Organisasi/Kerja Di Lingkungan Departemen Agama*, Modul Diklat AKIP/LAKIP, Bafan Litbang Dan Diklat Keagamaan PusdiklatAdministrasi, Departemen Agama RI, Jakarta.

International Diabetes Federation, 2006, *Panduan Global untuk Diabetes Tipe-2,* Roche Indonesia, Jakarta.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 828 Tahun 2008 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, 2004, *Modul Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah* Edisi Kedua, LAN, Jakarta.

Lestari Sri, 2009, *Sistem Informasi Klinik Gigi untuk Evaluasi Pelayanan Kesehatan Gigi pada Politeknik Kesehatan Depkes Semarang*, Tesis, Universitas Negeri Diponegoro Semarang.

Notoatmodjo Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan,* Rineka Cipta, Jakarta.

Nugroho Riant, 2009, *Public Policy. Teori Kebijakan-Analisis Kebijakan-Proses Kebijakan, Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik sebagai The Fifth Estate-Metode Penelitian Kebijakan*, Elex Media Komputindo, Jakarta.

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2011, *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe2 di Indonesia,* Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta.

Purwanto, Atwi Suparman, 2009, *Evaluasi Program Diklat*, Setia Press, Jakarta.

Puskesmas Ngluwar, 2014, *Profil Kesehatan Puskesmas Ngluwar*, Magelang.

R. A, Nabyl, 2009, *Cara Mudah Mencegah dan Mengobati Diabetes Melitus*, Aulia Publishing, Yogyakarta.

Rahmulyono, 2008, *Pelayanan Mutu Kesehatan*, Gama Media, Jakarta.

Saraswati, Sylvia, 2009, *Diet Sehat*, A+Plus Books, Yogyakarta.

Soegondo, dkk, 2011, *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

Sri Endang Wahyuni, 2008, *Evaluasi Penatalaksanaan Terapi Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang*, Skripsi, Universitas Negeri Diponegoro Semarang.

Steensma, Herman And Karni Groeneveld, 2010, *Evaluating A Training Using The Six Levels Models. Journal Of Workplace Learning*, Vol 22 Page 314-331.

Subarsono, 2012, *Analisis Kebijakan Publik Konsep Teori dan Aplikasi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan*, Alfabeta, Bandung.

Suharsimi Arikunto, 2005, *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan* Edisi Revisi Cetakan Kelima, Bumi Aksara, Jakarta.

Suharsimi Arikunto Dan Cepi Safrudin Abdul Jabar, 2005, *Evaluasi Program Pendidikan, Pedoman Teoritis Bagi Praktisi Pendidikan*, Bumi Aksara,Jakarta.

Suharso, Ana Retnoningsih, 2005, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* Cetakan Pertama, Widya Karya, Semarang.

Suyono Slamet, 2007, *Pedoman Diet Diabetes Melitus*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

Tjiptono Fandy, 2005, *BRAND Management & Strategy*, Andi Off, Yogyakarta.

Utami Prapti, 2009, *Solusi Sehat Mengatasi Diabetes*, Agromedia Pustaka, Jakarta.

Wirawan, 2009, *EVALUASI KINERJA SUMBER DAYA MANUSIA: Teori, Aplikasi, dan Penelitian*, Salemba Empat, Jakarta.

Yusuf Farida T, 2008, *Evaluasi Program dan Instrumen Evaluasi untuk Program Pendidikan dan Peneltian* , Rineka Cipta, Jakarta.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG