

E-ISSN : 2581-2858

P-ISSN : 2355-2018

VOL. 9 No.4 2022

**JURNAL KESMAS (Kesehatan Masyarakat)
KHATULISTIWA**



Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat

um Pontianak

Universitas Muhammadiyah Pontianak

Dewan Editorial

Editorial In Chief

1. Ayu Rizky, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak

Managing Editor

1. Iskandar Arfan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak, Indonesia

Section Editor

1. Winda Mulia Ningsih, Universitas Muhamamdiyah Pontianak, Indonesia

Copy Editor

1. Sari Sari Kurniasih, Universitas Muhammadiyah Pontianak, Indonesia

Layout Editor

1. Sari Sari Kurniasih, Universitas Muhammadiyah Pontianak, Indonesia

Address:

Universitas Muhammadiyah Pontianak, Ahmad Yani Street, No.111, Bangka Belitung Laut, Southeast Pontianak, Pontianak, West Kalimantan, Indonesia. Email: jkmk@unmuhpnk.ac.id / 082158612970

Indexed by:



Daftar Isi

Artikel

HUBUNGAN FAKTOR LINGKUNGAN DAN PERILAKU IBU DENGAN DIARE BALITA DI INDONESIA: META-ANALISIS	179-192
 Shabrina Riskya Madjid , Nur Endah Wahyuningsih , Nikie Astorina Yunita	
PENGARUH MUTU PELAYANAN KESEHATAN DARI ASPEK MANAJEMEN ISO 9001:2015 TERHADAP KEPUASAN DAN MINAT KUNJUNGAN ULANG PASIEN	193-208
 Petty Rismawati , Jasrida Yunita , Budi Hartono	
Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di Kelurahan Pesawahan Kota Bandar Lampung Tahun 2021	209-217
 Zelda Duwieka Restu , Vera Yulyani , Agung Aji Perdana	
LITERATUR REVIEW: IMPLEMENTASI PROGRAM BINA KELUARGA LANSIA GUNA MENINGKATKAN KETAHANAN KELUARGA DI MASA PANDEMI COVID-19	218-228
 Isah Fitriani , Lina Handayani	
DETERMINAN KEJADIAN HIPERTENSI TIDAK TERKENDALI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEMUNING TAHUN 2022	229-242
 Dian Safitri Khairani , Alib Birwin , Yoli Farradika	



RESEARCH

Open Access

HUBUNGAN FAKTOR LINGKUNGAN DAN PERILAKU IBU DENGAN DIARE BALITA DI INDONESIA: META-ANALISIS

Shabrina Riskya Madjid,¹ Nur Endah Wahyuningsih,² Nikie Astorina Yunita³

^{1,2,3} Bagian Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Menerima: 15 Oktober 2021

Revisi: 20 Oktober 2021

Diterima: 13 April 2022

ABSTRAK

Secara global, diperkirakan sebanyak 88% penyakit diare disebabkan oleh sumber air bersih yang tidak layak, rendahnya kualitas sanitasi dasar rumah serta personal hygiene yang kurang. Transmisi agen infeksius diare terjadi secara fekal-oral melalui air bersih yang terkontaminasi. Penelitian meta analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor lingkungan dengan kejadian diare pada balita di Indonesia. Artikel penelitian dihimpun dari database online yang diterbitkan pada Januari 2011- April 2021. Kata kunci yang digunakan untuk mencari artikel meliputi: “diare AND balita AND sanitasi”, “diare AND balita AND lingkungan” serta “diarrhea AND toddler OR child AND environment AND Indonesia”. Hasil efek gabungan berupa Prevalence Ratio (PR) dihitung menggunakan fixed effect model atau random effect model dengan software Meta Analisis EpiYudin. Sebanyak 25 artikel dengan desain penelitian cross sectional dilanjutkan untuk meta analisis. Hasil meta analisis menunjukkan ada hubungan signifikan antara kualitas air bersih ($p=0,0001$; PR 1,47 [95%CI: 1,07-2,02]), jenis sumber air bersih ($p=0,0001$; PR= 1,53 [95%CI: 1,23-1,91]), ketersediaan jamban sehat ($p=0,0001$; PR= 1,69 [95%CI: 1,35-2,10]), pembuangan sampah ($p=0,0001$ PR= 2,03 [95%CI: 1,28-3,22]), kebiasaan Ibu mencuci tangan ($p=0,0001$; PR= 1,81 [95%CI: 1,34-2,46]), dan pengolahan air minum ($p=0,0001$; PR= 1,33 [95%CI: 1,03-1,71]) dengan diare pada balita. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan dan perilaku yang tidak sehat meningkatkan risiko persebaran patogen secara fekal oral melalui 5F (lalat, kebun/lantai, cairan, makanan, dan jari) yang berakhir menginfeksi balita dengan sistem imunitas yang masih lemah dalam menangkal zat asing yang masuk ke dalam tubuh. Disarankan penelitian selanjutnya dapat mengkaji dalam lingkup global untuk menghasilkan kesimpulan yang lebih baik.

Kata kunci: Diare, Balita, Meta-analisis

ABSTRACT

Globally, it is estimated 88% of diarrhea disease caused by unimproved clean water, low quality of basic sanitation and poor personal hygiene. Transmission of diarrhea infectious agents occur by faecal-oral route through contaminated water. This meta-analysis aimed to find out relationship between environmental factors with diarrhea in toddlers in Indonesia. This meta-analysis conducted by research articles collected from online database in which published in January 2011- April 2021. Keywords used to search articles are: diarrhea and toddlers and sanitation, diarrhea and toddlers or child and environment and Indonesia. Overall effect of meta-analysis calculated by fixed effect model and random effect model by using EpiYudin Meta-Analysis software. In total 25 articles with cross sectional study design were used for further meta-analysis. The results showed that there were significant relationship between clean water quality ($p=0,0001$; PR 1,47 [95%CI: 1,07-2,02]), type of source clean water ($p=0,0001$; PR= 1,53 [95%CI: 1,23-1,91]), availability healthy latrine ($p=0,0001$; PR= 1,69 [95%CI: 1,35-2,10]), waste management ($p=0,0001$; PR= 2,03 [95%CI: 1,28-3,22]), mother's hand-washing habit ($p=0,0001$; PR= 1,81 [95%CI: 1,34-2,46]) and drinking water treatment ($p=0,0001$; PR= 1,33 [95%CI: 1,03-1,71]) with diarrhea in toddlers. Based on the results, it can be concluded that unhealthy environment and behaviour increase the risk of pathogen transmission via faecal oral route through 5F (flies, fields/floor, fluids, food and finger) which ends up infecting toddlers whose weak immune system against the unknown substances. It is recommended for further research can be studied in a global scope to assemble better conclusions

Keywords: Diarrhea, Toddlers, Meta-analysis

*corresponding Author:

Shabrina Riskya Madjid

Bagian Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Email : shabrinriskya24m@gmail.com



Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Diare merupakan kondisi seseorang mengalami frekuensi buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih dalam satu hari dengan konsistensi tinja lembek hingga cair. Menurut WHO, setiap tahun terdapat 525.000 kematian dan 1,7 juta kasus kesakitan yang disebabkan oleh diare pada balita.¹ Setiap tahunnya di negara berkembang diperkirakan terdapat 1,8 juta kematian yang disebabkan oleh diare dengan persentase kematian pada balita lebih dari 80%.²

Diare menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang dapat memicu terjadinya kejadian luar biasa (KLB).³ Data oleh UNICEF pada tahun 2018 menunjukkan persentase kematian yang disebabkan oleh diare pada balita di Indonesia sebesar 6% yang mana lebih tinggi bila dibandingkan dengan negara berkembang lainnya seperti Iran, Peru, Ukraina, Venezuela dan Egypt.⁴ Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar Indonesia tahun 2019, prevalensi diare di Indonesia tertinggi pada kelompok balita usia 1-4 tahun sebesar 11,5%, bayi usia di bawah 1 tahun 9% serta kelompok usia di atas 75 tahun sebesar 7,2%.⁵

Diare dipicu oleh berbagai macam faktor seperti agen infeksius, faktor gizi, faktor makanan, faktor sistem imunitas tubuh, faktor perilaku dan faktor lingkungan. Diperkirakan sekitar 88% penyakit diare yang terjadi di dunia dipicu oleh sumber air bersih yang tidak layak, kualitas sanitasi dasar rumah yang buruk serta personal hygiene yang kurang.⁶ Agen infeksius biologi yang menjadi penyebab utama diare adalah virus Rotavirus (40-60%), bakteri *Escherichia coli* (20-30%), bakteri *Shigella sp.* (1-2%), dan parasite *Entamoeba histolytica* (<1%).⁷ Patogen diare disebarkan melalui air bersih yang terkontaminasi agen infeksius disebut sebagai *water borne disease*.⁸ Patogen diare tersebut masuk ke dalam tubuh secara fekal-oral. Kontaminasi air bersih oleh bakteri *E. coli* diakibatkan penggunaan jamban tidak sehat serta perilaku buang air besar sembarangan.⁹

Laporan oleh *World Bank* Indonesia pada tahun 2019 yang berjudul *Spending for Better Result* mencatat akses penggunaan jamban di Indonesia masih sebesar 69,3% yang mana nilai ini masih sangat tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga seperti Malaysia. Di samping itu, tercatat pula hanya sebanyak 73% populasi di Indonesia yang mendapatkan akses air bersih yang layak yang mana juga tertinggal dibandingkan negara tetangga seperti Vietnam dan Filipina yang telah mencapai angka 94,7% dan 93,6%.¹⁰ Peningkatan kadar agen infeksius *E.coli* memengaruhi kualitas air bersih yang secara langsung dapat memicu terjadinya diare pada balita. Frekuensi diare pada balita secara langsung dapat menyebabkan stunting yang merupakan masalah kesehatan yang lebih serius dan memengaruhi tumbuh kembang balita.¹¹ Balita mudah mengalami diare sebab kondisi usus balita yang masih sangat peka dan sistem imunitas tubuh yang belum sempurna terhadap zat asing yang masuk ke dalam tubuhnya. Kehilangan cairan tubuh pada balita sebesar 10% dalam jangka waktu lebih dari 48 jam tanpa pertolongan medis dapat mengakibatkan kematian pada balita.¹²

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan membuat kesimpulan yang lebih kuat mengenai hubungan dari faktor lingkungan dengan diare pada balita dari beberapa artikel penelitian primer menggunakan studi meta analisis.

BAHAN DAN METODE

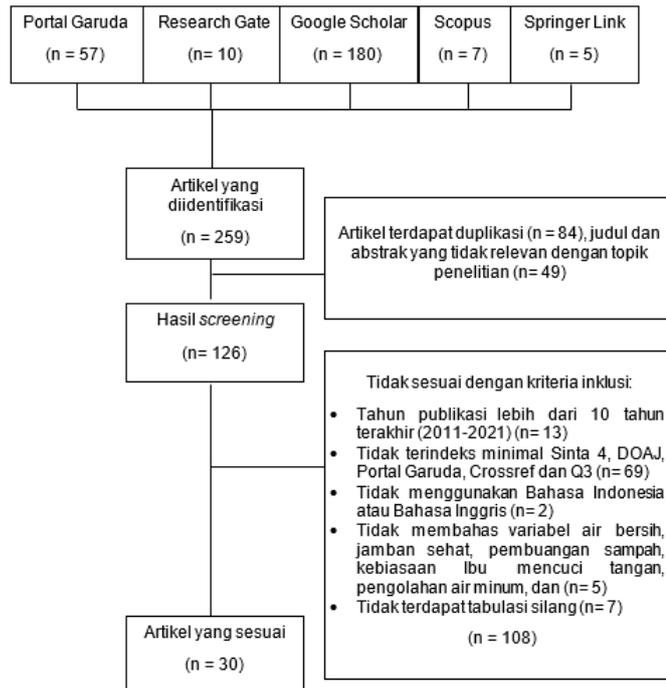
Penelitian meta analisis ini menggabungkan dua atau lebih hasil penelitian sejenis. Artikel yang digunakan terpublikasi tahun 2011-2021 pada database online seperti Google Scholar, Portal Garuda, *Research Gate*, Scopus, dan Springer Link. Pencarian artikel dengan kata kunci “diare dan balita dan sanitasi”, “diare dan balita dan lingkungan”, serta “*diarrhea and toddler or child and environment and Indonesia*”. Dari sebanyak 256 artikel yang berhasil dihimpun dari database online, diperoleh 30 artikel dengan desain penelitian cross sectional yang memenuhi kriteria inklusi. Subjek penelitian pada masing-masing artikel ini meliputi Ibu balita. Kriteria inklusi pemilihan artikel meliputi: (1) artikel yang membahas mengenai faktor lingkungan (kualitas air bersih, jenis sumber air bersih, kepemilikan jamban sehat, pembuangan sampah, kebiasaan Ibu mencuci tangan serta pengolahan air minum) dengan diare pada balita di Indonesia, (2) terpublikasi online pada Januari 2011-April 2021, (3) terindeks minimal Sinta 4, DOAJ, Portal Garuda, Crossref, dan minimal Q3, (4) menggunakan Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, serta (5) artikel full text. Artikel akan dinilai kualitasnya dengan menggunakan *The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Tools for Cross Sectional Studies*. Artikel akan dinilai layak ketika memiliki skor $\geq 50\%$.

Variabel penelitian ini meliputi jenis sumber air bersih yang terbagi menjadi dua, terlindungi (sumur bor, mata air terlindungi, sumur gali tertutup, PDAM, dan berjarak lebih dari 10meter dari sumber pencemar), dan tidak terlindungi (penampungan mata air, air hujan, sumur gali terbuka, air sungai, air waduk dan air danau). Kepemilikan jamban, yang terbagi menjadi dua sehat (memiliki lubang pembuangan tinja dilengkapi leher angsa, *septic tank* dan lantai kamar mandi kedap air, terdapat saluran pembuangan air bekas menuju SPAL, dan berjarak lebih dari 10meter dari sumber air bersih) dan tidak sehat tidak memenuhi syarat tersebut. Pembuangan sampah terbagi menjadi dua, sehat (tidak menjadi sarang vektor, kokoh, tahan air, mudah dibersihkan, tertutup, terdapat kantong plastik dan terpisah antara organik dan anorganik), dan tidak sehat tidak memenuhi syarat tersebut. Kebiasaan Ibu mencuci tangan yang baik dengan menggunakan sabun ketika selepas buang air besar, menceboki bayi, sebelum menyiapkan makan, dan yang tidak baik hanya menggunakan air saja. Pengolahan air minum yang baik dengan merebus pada suhu 100°C, sedangkan yang tidak baik tidak mengolah air minum. Efek gabungan berupa ukuran efek *Prevalence Ratio (PR)* dihitung dengan menggunakan *software* Meta-Analisis EpiYudin oleh M. Sopyudin Dahlan. *Effect size* pada masing-masing penelitian dan uji heterogenitas dihitung untuk mengetahui model perhitungan efek yang akan digunakan. Uji heterogenitas yang homogen perhitungan efek menggunakan *fixed effect model* sedangkan yang heterogen perhitungan efek menggunakan *random effects model*. *Forest plot*

merupakan visualisasi efek gabungan (*overall effect*) dengan simbol wajik dan *effect size* setiap penelitian dengan simbol lingkaran.

HASIL

Hasil pencarian artikel menggunakan *keywords* yang telah ditentukan, didapatkan sebanyak 30 artikel dengan desain studi cross sectional yang sesuai dengan kriteria inklusi digunakan dalam penelitian meta analisis (Gambar 1).



Gambar 1 Hasil Pencarian Artikel

Penilaian kualitas artikel dengan *checklist* untuk cross sectional *studies* dari *The Joanna Briggs Institute* (JBI). Didapatkan sebanyak 12 artikel dengan skor 87,5%, 9 artikel dengan skor 75% dan 9 artikel dengan skor 62,5%.

Tabel 1 Hasil Penilaian Kualitas Artikel

No	Penulis Artikel	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Skor	% Skor
1	Arimbawa <i>et al</i> (2013)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
2	Meliyanti <i>et al</i> (2016)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
3	Hartati <i>et al</i> (2018)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
4	Nurfita <i>et al</i> (2017)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
5	Saleh <i>et al</i> (2014)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
6	Marinawati <i>et al</i> (2014)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
7	Mafazah <i>et al</i> (2013)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
8	Laksmi <i>et al</i> (2013)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
9	Tangka <i>et al</i> (2014)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
10	Ferllando <i>et al</i> (2014)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%

Keterangan: P1 = Pertanyaan nomor 1; P2= Pertanyaan nomor 2; P3= Pertanyaan nomor3; P4= Pertanyaan nomor 4; P5= Pertanyaan nomor; P6= Pertanyaan nomor; P7= Pertanyaan nomor 7; P8= Pertanyaan nomor 8

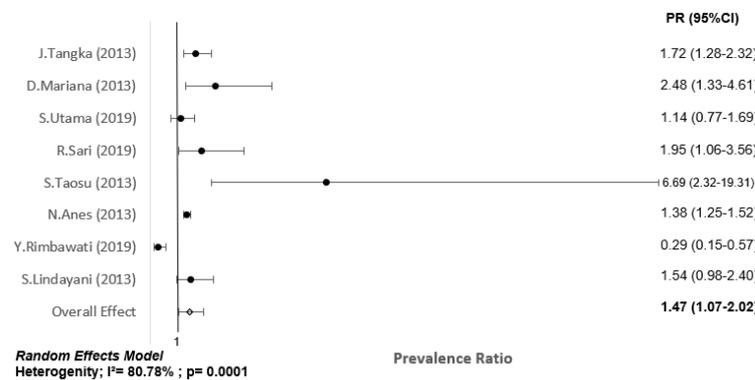
Lanjutan Tabel 1 Hasil Penilaian Kualitas Artikel

No	Penulis Artikel	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Skor	% Skor
11	Irfan <i>et al</i> (2018)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
12	Mariana <i>et al</i> (2013)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
13	Utama <i>et al</i> (2019)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
14	Katiandagho <i>et al</i> (2019)	X	√	√	√	X	√	√	√	6/8	75%
15	Sari <i>et al</i> (2019)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
16	Taosu <i>et al</i> (2013)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
17	Saputri <i>et al</i> (2019)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
18	Lindayani <i>et al</i> (2013)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
19	Rohmah <i>et al</i> (2017)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
20	Zulfiana <i>et al</i> (2018)	X	√	√	√	√	√	√	√	7/8	87,5%
21	Suda <i>et al</i> (2019)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
22	Kurniawati <i>et al</i> (2021)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
23	Ainsyah <i>et al</i> (2018)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
24	Himawati <i>et al</i> (2020)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
25	Wahyuni <i>et al</i> (2019)	√	√	√	√	√	X	√	√	7/8	87,5%
26	Anes <i>et al</i> (2013)	X	√	√	√	√	X	√	√	6/8	75%
27	Rimbawati <i>et al</i> (2019)	√	√	√	√	X	X	√	√	6/8	75%
28	Santika <i>et al</i> (2020)	X	√	√	√	√	√	√	√	7/8	87,5%
29	Rasyid <i>et al</i> (2017)	X	√	√	√	X	X	√	√	5/8	62,5%
30	Cronin <i>et al</i> (2016)	X	√	√	√	√	√	√	√	7/8	87,5%

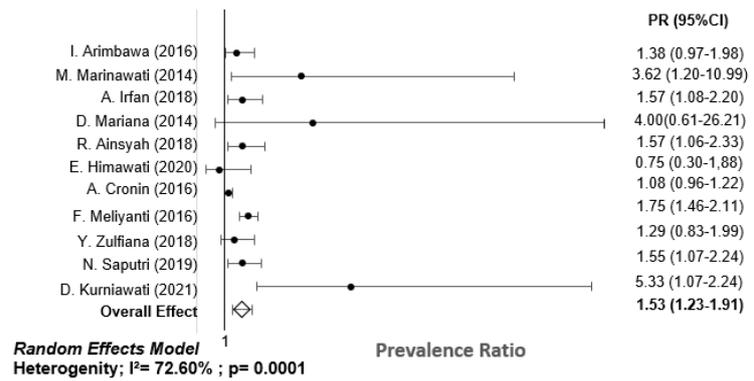
Keterangan: P1 = Pertanyaan nomor 1; P2= Pertanyaan nomor 2; P3= Pertanyaan nomor3; P4= Pertanyaan nomor 4; P5= Pertanyaan nomor; P6= Pertanyaan nomor; P7= Pertanyaan nomor 7; P8= Pertanyaan nomor 8

Uji heterogenitas pada variabel kualitas air bersih, jenis sumber air bersih, kepemilikan jamban sehat, pembuangan sampah, kebiasaan Ibu mencuci tangan dan pengolahan air minum menunjukkan heterogen sehingga ukuran efek dihitung dengan *random effects model*.

Hasil meta analisis variabel kualitas air bersih menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$; PR 1,47 [95%CI: 1,07-2,02]) dan kualitas air bersih yang tidak memenuhi merupakan faktor risikonya (Gambar 2). Hasil meta analisis variabel jenis sumber air bersih menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$; PR= 1,53 [95%CI: 1,23-1,91]) dan sumber air bersih tidak terlindungi merupakan faktor risikonya (Gambar 3).



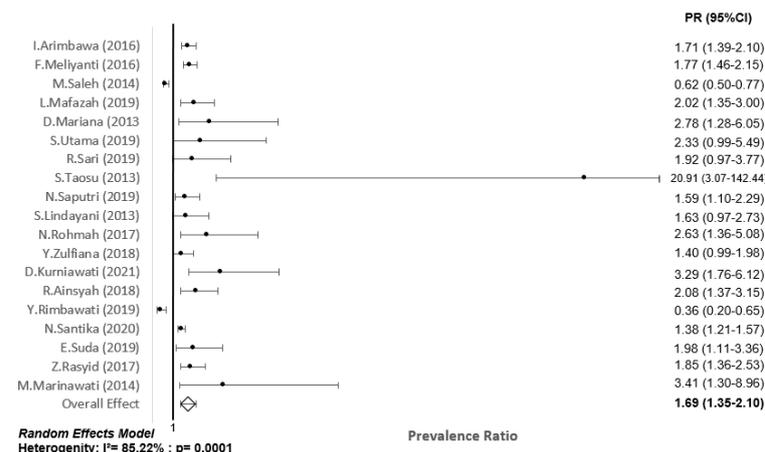
Gambar 2 Forest Plot Kualitas Air Bersih



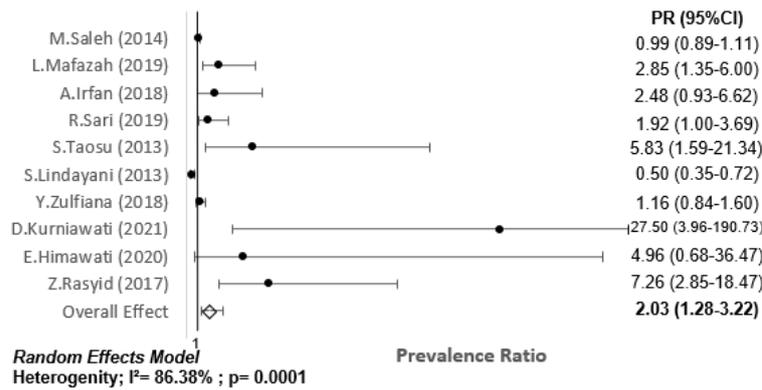
Gambar 3 Forest Plot Jenis Sumber Air Bersih

Hasil meta analisis variabel kepemilikan jamban sehat menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$; PR= 1,69 [95%CI: 1,35-2,10]) dan jamban yang tidak sehat merupakan faktor risikonya (Gambar 4). Hasil meta analisis variabel pembuangan sampah menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$ PR= 2,03 [95%CI: 1,28-3,22]) dan pembuangan sampah yang tidak sehat merupakan faktor risikonya (Gambar 5).

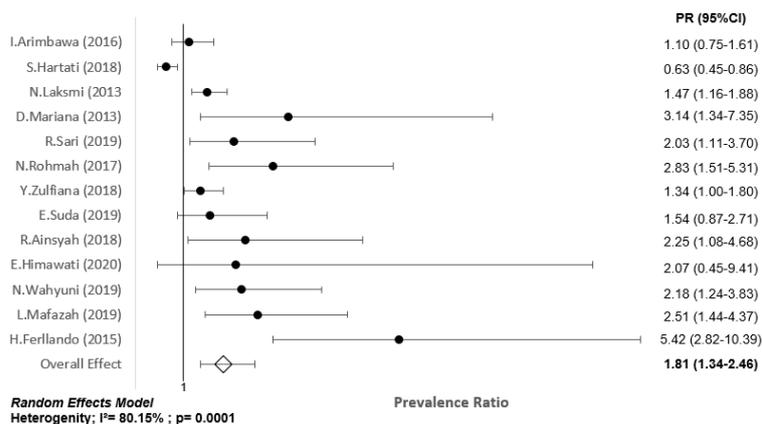
Hasil meta analisis variabel kebiasaan Ibu mencuci tangan menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$; PR= 1,81 [95%CI: 1,34-2,46]) dan kebiasaan Ibu mencuci tangan tidak menggunakan sabun merupakan faktor risikonya (Gambar 6). Hasil meta analisis variabel pengolahan air minum menunjukkan ada hubungan dengan diare pada balita ($p= 0,0001$; PR= 1,33 [95%CI: 1,03-1,71]) dan tidak merebus air minum sebelum dikonsumsi merupakan faktor risikonya (Gambar 7).



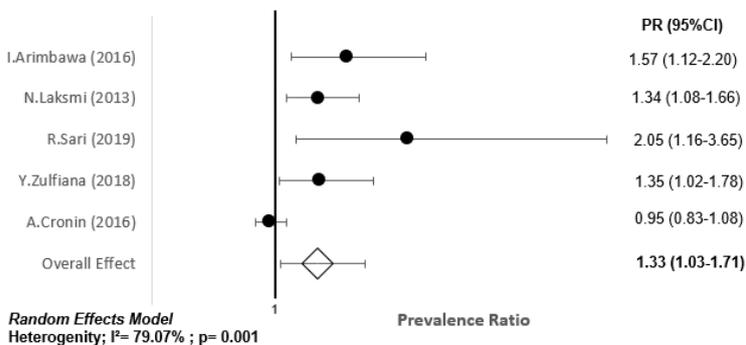
Gambar 4 Forest Plot Ketersediaan Jamban Sehat



Gambar 5 Forest Plot Pembuangan Sampah



Gambar 6 Forest Plot Kebiasaan Ibu Mencuci Tangan



Gambar 7 Forest Plot Pengolahan Air Minum

PEMBAHASAN

a. Kualitas Fisik Air Bersih dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 8 artikel kualitas fisik air bersih dan diare balita menunjukkan kualitas air bersih merupakan faktor risiko kejadian diare pada balita. Balita yang tinggal di rumah dengan air bersih yang tidak memenuhi syarat fisik berpeluang 1,47 kali lebih besar mengalami diare. Sejalan dengan penelitian oleh Taosu (2013) yang melaporkan bahwa balita yang mengalami diare banyak terjadi pada rumah tangga dengan air bersih yang tidak memenuhi syarat. Beberapa penyakit yang dapat menyerang manusia dapat ditularkan dan patogen

penyakitnya menyebar secara langsung dan tidak langsung melalui media air, disebut sebagai *waterborne diseases* atau *water related diseases*.¹³

Dalam mengurangi upaya transmisi patogen penyakit maka perlu menjaga kualitas air supaya tetap aman untuk digunakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Air bersih yang tercemar memiliki karakteristik yang berbeda baik dari segi fisik, kimia dan biologi. Pada penelitian meta analisis ini, kualitas air bersih ditinjau dari parameter fisika dengan mengacu pada PP No 22 Tahun 2021, yaitu tidak berbau, tidak berwarna, dan tidak berasa. Ditemukan kualitas air bersih yang diteliti menunjukkan air berwarna kuning, keruh, sedikit berpasir dan berbau. Kualitas air bersih tersebut tidak memenuhi syarat kesehatan yang apabila digunakan sehari-hari akan meningkatkan risiko kejadian diare terutama pada balita. Sedangkan pada penelitian oleh Sari (2019) ditemukan sebanyak 23,5% masyarakat masih menggunakan air yang keruh dan berasa asin sehingga termasuk dalam kategori tidak memenuhi syarat kesehatan.

Sebagai upaya menjamin kualitas air yang digunakan, sebaiknya masyarakat yang memiliki sumber air kurang layak dapat menggunakan filter air baik konvensional maupun *modern* serta menerapkan proses koagulasi menggunakan koagulan tawas atau klor untuk menghilangkan residu pada air tersebut. Teknik sejenis telah diterapkan oleh masyarakat Desa Sukawati Bali yang menggunakan filtrasi/penyaringan air tradisional yang disebut sebagai *Topo* yang terbuat dari batu paras.¹³

b. Jenis Sumber Air Bersih dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 11 artikel jenis sumber air bersih dan diare balita menunjukkan jenis sumber air bersih merupakan faktor risiko kejadian diare pada balita. Balita yang tinggal di rumah dengan sumber air bersih tidak terlindungi berpeluang 1,53 kali lebih besar mengalami diare. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Zarinayati (2020) menyatakan bahwa jenis sumber air bersih berhubungan dengan kejadian diare pada balita dengan sebanyak 54,3% balita Gading Raja Provinsi Sumatera Selatan yang mengalami diare tinggal di rumah yang memiliki sarana air bersih tidak terlindungi yaitu bersumber dari sungai. Secara teori, sumber air bersih merupakan sarana sanitasi dasar yang paling penting dan krusial sebab agen infeksius diare dapat ditularkan melalui jalur fekal oral. Sumber air bersih yang tidak terlindungi berpotensi untuk terjadinya pencemaran oleh bakteri dan agen infeksius lainnya.

Sumber air bersih adalah sarana sanitasi dasar paling penting sebab patogen diare dapat ditransmisikan melalui jalur fekal oral dengan media air. Sumber air bersih tidak terlindungi berpotensi untuk terjadinya pencemaran oleh bakteri dan agen infeksius lainnya.¹⁴ Pada penelitian ini ditemukan sumur gali terbuka, sumur gali tertutup sebagian, penampungan mata air, dan sungai merupakan jenis sumber air bersih tidak terlindungi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat. Di samping itu, terdapat beberapa sumber air yang terletak berjarak <10meter dari sumber pencemar. Sedangkan sumber air bersih terlindungi pada penelitian ini ditemukan sumur bor, sumur gali tertutup dan mata air yang terlindungi.

Pencemaran sumber air bersih dipengaruhi oleh letak sumur yang berdekatan dengan pembuangan sampah atau kandang hewan ternak.¹⁵ Selain itu, bangunan sumur dengan dinding sumur tidak kedap air dan bibir sumur terlalu dekat dengan permukaan tanah dapat menyebabkan terjadinya kontaminasi terhadap air bersih.¹⁴ Sumur gali terlindungi memenuhi beberapa syarat yaitu (1) jarak minimal 10 meter dari sumber pencemar, (2) terletak di lokasi tidak rawan banjir, (3) dinding sumur kedap air dengan kedalaman 3 meter, (3) tinggi bibir sumur minimal 70 sentimeter dari permukaan tanah dan tebal 1 meter.¹³

Upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya diare melalui media air dengan melakukan kegiatan penyuluhan oleh tenaga kesehatan setempat mengenai pentingnya penggunaan air bersih yang terlindungi. Penyuluhan serupa berhasil memberikan perubahan perilaku Ibu dalam penggunaan air bersih di Sleman.

c. Kepemilikan Jamban Sehat dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 19 artikel jamban sehat dan diare balita menunjukkan jamban yang sehat merupakan faktor risiko kejadian diare pada balita. Balita yang tinggal di rumah dengan jamban tidak sesuai syarat kesehatan berpeluang 1,69 kali lebih besar mengalami diare bila dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah dengan jamban yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Mariana (2013) yang melaporkan bahwa penggunaan jamban tidak sehat mampu meningkatkan kejadian diare pada balita hingga 2,77 kali.

Dalam satu gram tinja orang sedang sakit terdapat sekitar 106-108 patogen bakteri, 106 patogen virus, 104 kista dan ookista protozoa, dan 104 telur cacing.¹⁶ Pada penelitian ini, jamban dikategorikan sehat bila: (1) terdapat lubang pembuangan tinja dengan leher angsa, (2) terdapat septic tank kedap air, (3) lantai kedap air, (4) terdapat saluran pembuangan menuju SPAL, dan (5) berjarak lebih 10 meter dari sumber air bersih yang mana sesuai dengan Permenkes No 3 Tahun 2014.¹³ Jamban berbentuk leher angsa bertujuan untuk mencegah bau tidak sedap dan binatang seperti kecoa keluar dari saluran septic tank.¹⁷ Jamban yang tidak sehat tidak memenuhi persyaratan kesehatan tersebut.

Dalam penelitian ini rumah tangga yang tidak memiliki jamban sehat cenderung melakukan pembuangan tinja di MCK umum, menumpang tetangga dan di sungai. Pembuangan tinja di sungai dapat memicu terjadinya penyebaran patogen penyakit yang menyebabkan diare seperti *Escherichia coli*, *Campylobacter*, *Aeromonas* dan *Plesiomonas*. Jenis jamban yang tidak memenuhi syarat kesehatan seperti jamban cemplung/cubluk/hanya lubang dibuat terletak tepat di atas sungai berisiko jamban akan terisi oleh air ketika terjadi peningkatan debit sungai dan mencemari lingkungan sekitar jamban tersebut.¹⁸

Menurut Lawrence Green, sarana dan prasarana mempengaruhi perilaku seseorang dan menjadi faktor pendukung terciptanya kualitas hidup yang lebih sehat.¹⁷ Oleh karena itu, pengadaan jamban umum yang memenuhi syarat bagi kelompok masyarakat yang belum

memiliki jamban dapat mengurangi mengurangi aktivitas buang air besar sembarangan yang berpotensi mencemari lingkungan hingga menyebabkan diare pada balita.

d. Pembuangan Sampah dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 4 artikel pembuangan sampah dan diare balita menunjukkan pembuangan sampah sehat merupakan faktor risiko kejadian diare balita. Balita tinggal pada rumah dengan pembuangan sampah tidak sehat berpeluang 2,03 kali lebih besar mengalami diare dibandingkan balita yang tinggal di rumah dengan pembuangan sampah sehat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Putra (2017) menunjukkan terdapat hubungan antara sarana pembuangan sampah dengan kejadian diare pada balita dengan balita yang tinggal pada rumah dengan sarana pembuangan sampah yang tidak memenuhi syarat berisiko 2,547 kali lebih besar mengalami diare.

Sarana pembuangan sampah yang sesuai syarat kesehatan seperti terbuat dari material yang kuat dan tahan air, mudah dibersihkan, tertutup serta dilapisi kantong plastik dapat mencegah vektor penyakit berkembangbiak pada sampah tersebut.¹⁷ Masyarakat yang membiarkan sampah menumpuk dapat menyebabkan timbulnya bau tidak sebab, mengganggu estetika, sebagai sarang perkembangbiakan vektor penyakit serta air lindi dapat mencemari lingkungan sekitarnya.¹⁷ Secara teori sarana pembuangan sampah yang memenuhi syarat mampu mencegah terjadinya perkembangbiakan dan sarang vektor seperti tikus, kecoa dan lalat. Sampah rumah tangga didominasi oleh sampah organik seperti sampah sayuran, kulit buah, dan daun yang mudah didaur ulang. Sisanya, sampah anorganik rumah tangga meliputi plastic, botol kaca, botol plastic, dan stearofoam.^{19,20}

Pada penelitian ini ditemukan masyarakat yang tidak memiliki sarana pembuangan sampah disebabkan tidak terdapat lahan atau sarana pembuangan sampah serta kebiasaan yang masih diterapkan oleh masyarakat setempat cenderung membiarkan sampah terbuka di halaman rumah menunggu diangkut oleh petugas kebersihan. Tentu saja hal tersebut dapat mengundang vektor penyakit seperti lalat hinggap dan mentransmisikan patogen penyakit dari sampah ke makanan atau minuman. Oleh karena itu, masyarakat sebaiknya mampu menyediakan tempat sampah khusus di luar dan di dalam rumah yang tertutup dan kedap air serta terpisah antara sampah organik dan sampah anorganik.

e. Kebiasaan Ibu Mencuci Tangan dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 13 artikel kebiasaan mencuci tangan Ibu dan diare diperoleh menunjukkan kebiasaan mencuci tangan Ibu sebagai faktor risiko kejadian diare balita. Balita dengan Ibu tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun berpeluang 1,81 kali lebih besar untuk mengalami diare. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Radhika (2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kebiasaan mencuci tangan Ibu pakai sabun dengan kejadian diare pada balita. Mencuci tangan dengan air saja tidak cukup untuk membunuh patogen penyebab penyakit yang menempel pada tangan. Sehingga mencuci

tangan pakai sabun dan air bersih yang mengalir mampu memutus mata rantai penyebaran patogen penyakit yang salah satunya diare.

Penelitian Rohmah (2017) menunjukkan bahwa 75,6% balita dengan Ibu yang memiliki kebiasaan mencuci tangan dengan sabun tidak mengalami diare. Transmisi patogen diare terjadi secara fekal oral sehingga kebersihan tangan Ibu harus senantiasa dijaga untuk mencegah terjadinya kontaminasi silang dari tangan Ibu ke balita baik secara langsung ataupun tidak langsung melalui media seperti air minum, makanan, dan mainan. Terdapat waktu khusus untuk Ibu wajib cuci tangan menggunakan sabun yaitu selepas Ibu buang air besar, selepas menceboki bayi, sebelum menyiapkan makanan, sebelum memberi makan bayi, dan sebelum memegang bayi.²¹

Perilaku mencuci tangan dengan sabun terbentuk ketika seseorang telah memiliki pemahaman yang baik terkait pentingnya mencuci tangan dengan sabun. Ibu balita yang mengalami diare memiliki pengetahuan yang kurang akan pentingnya mencuci tangan dan menggunakan bahan antiseptik atau sabun sehingga meningkatkan risiko kejadian diare pada balitanya. Kegiatan penyuluhan mengenai gerakan cuci tangan pakai sabun (CTPS) berhasil menunjukkan ada peningkatan pengetahuan serta sikap Ibu untuk melakukan upaya pencegahan diare di Kota Mataram.²² Oleh karena itu, upaya penyuluhan dan edukasi singkat mengenai cuci tangan pakai sabun (CTPS) oleh tenaga kesehatan kepada Ibu balita perlu diterapkan di berbagai wilayah lainnya untuk mencegah terjadinya transmisi silang patogen diare ke balita. Serta masyarakat sebaiknya senantiasa menyediakan fasilitas cuci tangan seperti sabun dan air mengalir.

f. Pengolahan Air Minum dan Diare Balita

Hasil meta analisis dari 5 artikel pengolahan air minum dan diare balita menunjukkan bahwa pengolahan air minum dengan cara merebus sebagai faktor risiko pada kejadian diare balita. Tidak merebus air minum pada suhu 100°C sebelum dikonsumsi mampu meningkatkan peluang balita mengalami diare hingga 1,33 kali. Penelitian ini didukung dengan penelitian oleh Putra (2015) melaporkan balita yang tinggal di rumah tangga dengan perilaku tidak merebus air sebelum dikonsumsi berisiko hingga 7,95 kali menderita diare dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah dengan perilaku merebus air minum sebelum dikonsumsi.

Air minum yang dikonsumsi harus terbebas dari agen bakteriologis seperti virus, bakteri dan mikroorganisme lainnya. Penularan diare secara fekal oral rentan terjadi pada air minum yang terkontaminasi. Melalui proses merebus air pada suhu 100°C mampu mematikan mikroorganisme yang terkandung dalam air minum sehingga aman untuk dikonsumsi.²² Pada Ibu balita yang mengalami diare tidak mengetahui cara pengolahan air minum dengan baik dalam kesehariannya. Pada penelitian ini juga ditemukan sebagian masyarakat yang tidak merebus air minum menggunakan air minum isi ulang *sterillight* dalam memenuhi kebutuhan air minum.

Dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan pengolahan air minum, sebaiknya dilakukan penyuluhan singkat oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat. Di Kabupaten Merangin terjadi perubahan kebiasaan masyarakat dalam merebus air minum sebelum digunakan setelah petugas kesehatan memberikan penyuluhan terkait pengolahan air minum.²²

g. Transmisi Diare secara Fekal Oral

Patogen diare ditularkan antara lingkungan dan perilaku kepada manusia melalui jalur fekal oral secara langsung ataupun tidak langsung melalui 5F (flies, fields/floor, fluids, foods, dan finger) atau (lalat, kebun/lantai, cairan, makanan, dan jari). Secara langsung terjadi akibat terinfeksi mikroorganisme feses orang yang sedang sakit secara langsung dari tangan yang tidak bersih menyentuh atau mengolah makanan. Sedangkan secara tidak langsung, transmisi terjadi ketika seseorang yang sedang terinfeksi berperilaku buruk dengan melakukan buang air besar sembarangan yang dapat mengkontaminasi lingkungan lalu patogen diare dapat disebarkan oleh lalat yang bersarang pada lingkungan dan tumpukan sampah yang kotor dan berbau. Lalat yang membawa patogen diare selanjutnya akan hinggap pada makanan dan memindahkan patogen tersebut. Selain itu, penggunaan air bersih yang terkontaminasi patogen dari feses manusia untuk keperluan memasak dan minum serta kehidupan sehari-hari juga berisiko sebagai media penyebaran patogen diare.²³ Oleh karena itu, penting bagi masyarakat dalam menjaga lingkungan sekitar dan meningkatkan kesadaran akan hidup bersih dan sehat guna memutus siklus fekal oral diare.

KESIMPULAN

Risiko diare pada balita dipicu oleh perilaku manusia yang tidak mencerminkan hidup bersih dan sehat yang dapat mengkontaminasi lingkungan sekitar dari patogen diare pada feses orang terinfeksi. Kondisi ini menyebabkan terjadinya persebaran patogen secara fekal oral melalui 5F (fly atau lalat, field/floor atau kebun/lantai, fluid atau cairan, food atau makanan, dan finger atau jari) yang berakhir menginfeksi balita dengan sistem imunitas yang masih lemah dalam menangkal zat asing yang masuk ke dalam tubuh. Penelitian ini menghasilkan kesimpulan dari beberapa penelitian terdahulu bahwa faktor lingkungan dan perilaku yang tidak baik meningkatkan risiko terjadinya diare pada balita. Sayangnya, penelitian ini hanya melingkup pada wilayah Indonesia. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengkaji dalam lingkup yang lebih luas secara global untuk menghasilkan kesimpulan yang lebih baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Prof. Dr. Yos Johan Utama., S.H., M.Hum selaku rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan fasilitas berupa akses jurnal berbayar tanpa batas sehingga dapat digunakan sebagai referensi dari penelitian ini serta Sunindy Wahyunita.,

S.KM, Atha Rifqia Pradana., S.KM, Zulfa Fatmawati., S.KM dan Farah Nadiyah yang telah membantu dalam bertukar pikiran dan interpretasi hasil meta analisis dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Diarrhoeal Disease [Internet]. WHO. 2017 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Hodge J, Chang HH, Boisson S, Collin SM, Peletz R, Clasen T. Assessing The Association Between Thermotolerant Coliforms in Drinking Water and Diarrhea: An Analysis of Individual-Level Data from Multiple Studies. *Environmental Health Perspect.* 2016;124(10):1560–7. doi: 10.1289/EHP156
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. 2019. Available from: https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf
4. UNICEF. Diarrhoea Remains a Leading Killer of Young Children, Despite the Availability of a Simple Treatment Solution [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. 2019. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
6. Celesta AG, Fitriyah N. Gambaran Sanitasi Dasar di Desa Payaman, Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Lingkungan.* 2019;11(2):83–90. doi: 10.20473/jkl.v11i2.2019.83-90
7. Gali A, Krishna K, Lowry J, Mohammadnezhad M. Environmental Factors Associated with Diarrhoea Prevalence among Under-Five Children in The Mataniko Settlements in Honiara, Solomon Island. *Rural Remote Health.* 2020;20(1). doi: 10.22605/RRH5308
8. Ditjen P2PL. Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 2015-2019. 2018. Available from: <http://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2017/01/RAP-2015-2019.pdf>
9. Mirsiyanto E, Sitorus RJ. Analysis of Environmental Factors with Chronic Diarrhea in Toddlers in Jambi City in 2019. *International Journal of Science and Society.* 2020;2(4):300–10. doi: 10.54783/ijssoc.v2i4.216
10. Indonesia World Bank. Indonesia Public Expenditure : Spending for Better Results. 2020. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/indonesia/publication/indonesia-public-expenditure-review>
11. Angraini W, Amin M, Pratiwi BA, Febriawati H, Yanuarti R. Pengetahuan Ibu, Akses Air Bersih Dan Diare Dengan Stunting Di Puskesmas Aturan Mumpo Bengkulu Tengah. *J Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa.* 2021;8(2):92. doi: 10.29406/jkkm.v8i2.2816

12. World Health Organization. Diarrhoea [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <http://www.who.int/topics/diarrhoea/en/>
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. 2014. Available from:http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%203%20ttg%20Sanitasi%20Total%20Berbasis%20Masyarakat.pdf
14. Marinawati M, Marta M. Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Limbur Lubuk Mengkuang Kabupaten Bungo Tahun 2013. *Scientia Journal*. 2014;3(1):6–14. Available from: <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/931550>
15. Oktariza M, Suhartono S, Dharminto D. Gambaran Kondisi Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Buayan Kabupaten Kebumen. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018;6(4):476–84. doi: 10.14710/jkm.v6i4.21456
16. Mara D, Lane J, Scott B, Trouba D. Sanitation and Health. *PLoS Med*. 2010;7(11):1–7. doi: 10.1371/journal.pmed.1000363
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. 2016. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/113087/permenkes-no-39-tahun-2016>
18. Bhatnagar S, Gautam R, Srivastava G, Khan KA, Thakur S. Chronic Diarrhea in North Indian Children : A Widening Etiological Spectrum. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 2014;1(1):37–41. doi: 10.5455/2349-3291.ijcp20140511
19. Saleh M, Rachim LH. Hubungan Kondisi Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Baranti Kabupaten Sidrap Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan*. 2014;VII(1):221–33. doi: 10.24252/kesehatan.v7i1.940
20. Afrilia EN, Wispriyono B. Hubungan Kondisi Rumah dan Kepadatan Lalat di Sekitar Tempat Pembuangan Akhir Sampah. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*. 2018;11(2):99–104. doi: 10.12928/kesmas.v11i2.5810
21. Laksmi NPA, Windiani IT, Hartawan INB. Hubungan Perilaku Ibu Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sukawati I Periode Bulan November Tahun 2013. *Jurnal Medika Udayana*. 2013;4(7):1–9. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/15095>
22. Kumarayanti NKD, Asmara IGY, Ketut AI. Efektivitas Edukasi Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Terhadap Upaya Pencegahan Diare di Kota Mataram. *Jurnal Kedokteran*. 2020;9(2):83–9. doi: 10.29303/jku.v9i2.392
23. Kumarayanti NKD, Asmara IGY, Ketut AI. Efektivitas Edukasi Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Terhadap Upaya Pencegahan Diare di Kota Mataram. *Jurnal Kedokteran*. 2020;9(2):83–9. doi: 10.29303/jku.v9i2.392



RESEARCH

Open Access

MUTU PELAYANAN KESEHATAN DARI ASPEK MANAJEMEN ISO 9001:2015 TERHADAP
KEPUASAN DAN MINAT KUNJUNGAN ULANG PASIEN

Petty Rismawati,¹ Jasrida Yunita,² Budi Hartono³

^{1,3} Program Pascasarjana, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Riau

² Puskesmas Tanah Merah, Kabupaten Indragiri Hulu, Riau

Menerima: 7 Maret 2022

Revisi: 24 April 2022

Diterima: 7 Juni 2022

ABSTRAK

Peningkatan kualitas layanan yang baik tidak hanya berasal dari sudut pandang Puskesmas saja, tetapi harus pula berasal dari sudut pandang pasien. Melalui peningkatan kualitas layanan maka diharapkan kepuasan pasien juga akan meningkat dan loyalitas pasien melalui minat kunjungan ulang akan dapat tercipta. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh mutu pelayanan kesehatan dari aspek manajemen ISO 9001:2015 terhadap kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini seluruh pasien yang berkunjung ke Puskesmas Tanah Merah Kabupaten Indragiri Hulu dengan jumlah sampel 97 responden yang dipilih secara *accidental sampling*. Data dikumpulkan melalui kuesioner dari bulan Mei – Juni 2019 dan dianalisis dengan *Path Analysis*. Hasil penelitian menunjukkan fokus pada pelanggan, keterlibatan personel dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien. Fokus pada pelanggan, keterlibatan personel dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta, kepuasan pasien berpengaruh positif dan signifikan terhadap minat kunjungan ulang. Manajemen ISO 9001 berkaitan dengan kepuasan pasien yang berfokus kepada pelanggan, melibatkan personel atau petugas, serta mampu membuat keputusan efektif berdasarkan fakta. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu ada pengaruh mutu pelayanan kesehatan dari aspek manajemen ISO 9001:2015 terhadap kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien. Saran bagi Puskesmas Tanah Merah sebaiknya mendaftarkan puskesmas untuk disertifikasi ISO 9001:2015 untuk meningkatkan kepercayaan pasien terhadap kualitas pelayanan puskesmas serta petugas kesehatan lebih perhatian dan fokus pada kebutuhan pasien dengan cara memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien, berempati terhadap keluhan pasien serta bersikap ramah dan sopan

Kata kunci: Kepuasan pasien, Minat kunjungan ulang, ISO 9001:2015

ABSTRACT

Quality improvement of good services does not only come public health center, but must also come from the patient. Quality improvement can be improving of patient satisfaction and also improving of patient loyalty through revisits. The purpose of this study was to determine the effect of the quality of health services from the aspect of management ISO 9001:2015 on patient satisfaction and interest of revisits. This type of research was quantitative analytic with a cross sectional design. The population in this study were all patients who visited the Tanah Merah Public Health Center, Indragiri Hulu Regency with 97 respondents selected by accidental sampling. Data was collected through a questionnaire from May – June 2019 and analyzed by Path Analysis. The results showed that customer focus, engagement of people, and evidence based of decision making had a positive and significant effect on patient satisfaction. The customer focus, engagement of people, and evidence based of decision making, patient satisfaction have a positive and significant effect on the interest of revisits. Management ISO 9001 was concerned with patient satisfaction, focusing on customers, involving personnel or officers, and being able to make effective decisions based on facts. The conclusion of this study is that there is an effect of the quality of health services from the aspect of management ISO 9001:2015 on patient satisfaction and interest of revisits. Suggestions for the Tanah Merah Public Health Center should register the public health center for ISO 9001:2015 certification to increase patient confidence in the quality of public health center services and health workers are more attentive and focused on patient needs by providing services according to patient needs, empathizing with patient complaints and being friendly and polite

Keywords: Patient satisfaction, Interest of revisit, ISO 9001:2015

*corresponding Author:

Jasrida Yunita

Program Pascasarjana, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Riau

Email : jasridayunita@htp.ac.id



Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Mutu dan kinerja pelayanan perlu diupayakan untuk ditingkatkan secara berkesinambungan, untuk itu perlu umpan balik dari masyarakat dan pengguna pelayanan puskesmas sehingga dapat menyempurnakan pelayanan puskesmas. Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu dan peningkatan kinerja dilaksanakan secara berkesinambungan, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 menyebutkan bahwa puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali.¹ Selain dengan akreditasi, saat ini mulai banyak organisasi pelayanan kesehatan yang menerapkan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2015. ISO merupakan salah satu sarana organisasi untuk meningkatkan mutu suatu layanan agar sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Implementasi standar tersebut merupakan upaya untuk mewujudkan kepuasan pasien. Penilaian kepuasan pelanggan bisa dilakukan dengan melakukan pengkajian dimensi mutu layanan yang secara langsung bisa menilai kinerja suatu layanan.²

Perkembangan tingkat pelayanan dipuskesmas saat ini sangat dipengaruhi oleh sertifikasi ISO (*International Organization for Standardization*).³ Terdapat tujuh prinsip manajemen mutu dalam ISO 9001:2015 yaitu: fokus pada pelanggan, kepemimpinan, keterlibatan personel, pendekatan proses, peningkatan berkesinambungan, pembuatan keputusan berdasarkan fakta, dan manajemen hubungan.⁴

Untuk mengetahui standarisasi tingkat kelayakan sarana dan prasarana sebuah puskesmas demi menciptakan kualitas puskesmas yang baik, pendekatan kualitas pelayanan yang banyak dijadikan acuan dalam penelitian pemasaran adalah model *Service Quality* (servqual) yang dikembangkan oleh Parasuraman dan Zeithaml. Kelima komponen mutu tersebut meliputi *Tangible* (fasilitas fisik), *Reliability* (tepat waktu dan akurat), *Responsiveness* (cepat tanggap), *Assurance* (jaminan kualitas), dan *Empathy* (kepedulian dan perhatian).⁵ Kelima dimensi kualitas pelayanan tersebut kemungkinan akan memberikan kepuasan pasien bila Puskesmas selalu melayani sebaik mungkin terhadap pasien.

Peningkatan kualitas layanan tidak hanya berasal dari penilaian puskesmas tetapi juga berasal dari penilaian pasien. Puskesmas perlu mengetahui keinginan dan kebutuhan pasien. Melalui peningkatan kualitas layanan maka diharapkan kepuasan pasien juga akan meningkat dan loyalitas pasien akan dapat tercipta. Kepuasan pasien merupakan tujuan utama puskesmas dengan harapan agar pasien melakukan kunjungan ulang ke puskesmas. Pasien yang puas terhadap pelayanan kesehatan akan berpeluang untuk berminat melakukan kunjungan ulang ketika kesehatannya terganggu.⁶ Jika suatu pelayanan dapat memenuhi harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan tersebut dapat dikatakan baik.⁷

Untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, Puskesmas Tanah Merah selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien, salah satu cara yang dilakukan dengan menyediakan sarana berupa kotak

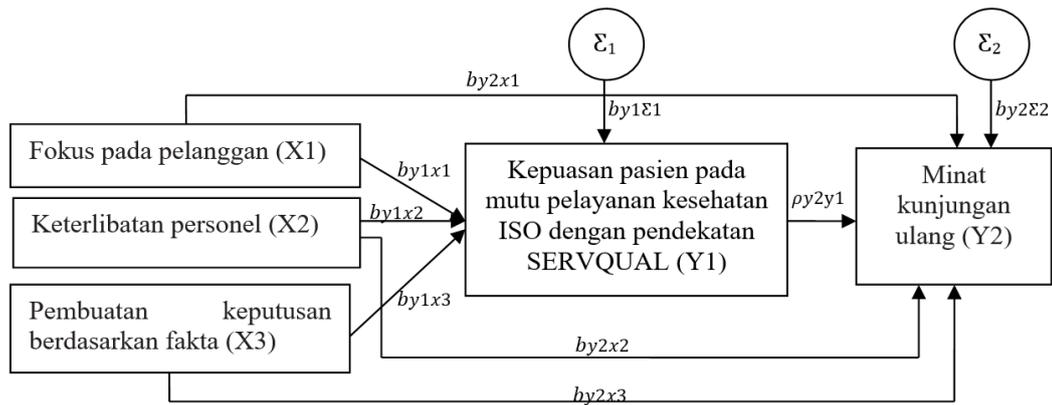
kepuasan pasien, dimana setiap pasien yang berkunjung dapat mengisi kotak dengan pernyataan puas apa tidaknya dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Tanah Merah. Hasilnya diketahui pada tahun 2017 terdapat 182 pasien yang tidak puas dengan pelayanan kesehatan Puskesmas Tanah Merah dan pada tahun 2018 terjadi penurunan menjadi 146 pasien yang tidak puas. Selain itu juga terjadi penurunan jumlah pasien berobat ke Puskesmas Tanah merah yaitu dari 18.983 tahun 2017 menjadi 15.923 tahun 2018.

Puskesmas yang memiliki sertifikat ISO 9001 berarti telah memberikan jaminan mutu kepada pasien yang dapat memberikan kepuasan kepada pasien dalam standar yang sudah ditetapkan secara internasional. Hal ini dapat menepis anggapan masyarakat yang masih memandang sebelah mata tentang pelayanan di Puskesmas.⁸ Untuk itu tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh mutu pelayanan kesehatan dari aspek manajemen ISO 9001:2015 terhadap kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif analitik dengan desain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Tanah Merah, Kabupaten Indragiri Hilir, Provinsi Riau pada bulan Mei – Juni 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang berobat ke Puskesmas Tanah Merah dengan jumlah sampel 97 responden dengan teknik *accidental sampling* dengan kriteria pasien berusia 17 tahun keatas dan tidak dalam kondisi penyakit yang parah.

Teknik pengumpulan data dengan kuesioner yang terdiri dari variabel independen yaitu fokus pada pelanggan terdiri dari 4 pertanyaan, keterlibatan personel 5 pertanyaan, pembuatan keputusan berdasarkan fakta 4 pertanyaan masing-masing terdiri dari 5 pertanyaan yang diukur menggunakan skala *likert* dengan penilaian Sangat Setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) = 1. Untuk variabel dependen kepuasan pasien menggunakan pendekatan SERVQUAL yang terdiri dari 21 pernyataan dan minat kunjungan ulang terdiri dari 5 pertanyaan diukur menggunakan skala *likert* dengan penilaian Sangat Puas (SP) = 4, Puas (P) = 3, Tidak Puas (TP) = 2 dan Sangat Tidak Puas (STP) = 1. Analisis data menggunakan *Path Analysis* (Gambar 1) berdasarkan pengujian asumsi klasik dan pembuktian hipotesis yang disajikan dalam tabel dan diagram jalur. Pada penelitian ini uji yang digunakan uji normalitas data, multikolenieritas dan heteroskedastisitas. Uji autokorelasi tidak digunakan karena penelitian ini menggunakan data *cross sectional*. Penelitian ini juga sudah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan STIKes Hang Tuah Pekanbaru.



Gambar 1. Hubungan Masing-masing Struktur

HASIL

Analisis Univariat

Berdasarkan (Tabel 1) diketahui bahwa variabel fokus pada pelanggan, keterlibatan personal, dan pengambilan keputusan berdasarkan fakta dominan pada kategori setuju. Variabel kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang terbanyak pada kategori puas.

Tabel 1. Hasil Univariat

Variabel	Skor	n=97	%
Fokus pada Pelanggan			
Mean		11,07 ± SD 2,480	
Sangat Tidak Setuju	5-7	4	4,1%
Tidak Setuju	8-10	35	36%
Setuju	11-13	39	40,2%
Sangat Setuju	14-15	19	19,6%
Keterlibatan Personel			
Mean		16,10 ± SD 1,765	
Sangat Tidak Setuju	10-12	2	2,1%
Tidak Setuju	13-15	33	34%
Setuju	16-18	53	54,6%
Sangat Setuju	19-21	9	9,3%
Pengambilan Keputusan berdasarkan Fakta			
Mean		11,10 ± SD 2,189	
Sangat Tidak Setuju	5-7	4	4,1%
Tidak Setuju	8-10	37	38,1%
Setuju	11-13	40	41,2%
Sangat Setuju	14-15	16	16,5%
Kepuasan Pasien			
Mean		62,67 ± SD 5,688	
Sangat Tidak Puas	49-55	7	7,2%
Tidak Puas	56-62	37	38,1%
Puas	63-69	44	45,4%
Sangat Puas	70-76	9	9,3%
Minat Kunjungan Ulang			
Mean		15,90 ± SD 1,794	
Sangat Tidak Setuju	12-13	14	14,4%
Tidak Setuju	14-15	28	28,9%
Setuju	16-17	34	35,1%

Sangat Setuju	18-20	21	21,6%
---------------	-------	----	-------

Uji Asumsi Klasik

Suatu hasil dari analisi akan dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan kesimpulan jika telah memnuhi beberapa asumsi yang disebut dengan asumsi klasik yang meliputi normalitas data, multikolenieritas, heteroskedastisitas dan autokorelasi.

Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa semua variabel (fokus pada pelanggan, keterlibatan personel, pembuatan keputusan berdasarkan bukti, kepuasan pasien, dan minat kunjungan ulang) memiliki data normal (terdistribusi normal) dengan nilai $p > 0,05$. Uji Multikoleniaritas juga menunjukkan bahwa nilai tolerance pada variabel X1, X2, X3 lebih besar dari 0,1 dan nilai VIF (*Variance Inflation Factor*) kurang dari 10, sehingga dapat disimpulkan tidak terjadi multikolonieritas antar variabel. Berdasarkan gambar grafik *scatterplot* terlihat bahwa titik-titik menyebar di atas dan di bawah angka 0 pada sumbu Y dan tidak membentuk suatu pola tertentu, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi (data tidak ditampilkan).

Pengujian Hipotesis

Uji Variabel secara Simultan (Uji F)

Hasil Uji F diperoleh nilai F hitung sebesar 16,796 dengan $p < 0,05$, sehingga disimpulkan bahwa hubungan antara variabel fokus pada pelanggan (X1), keterlibatan personel (X2), pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3) terhadap kepuasan pasien (Y1) berbentuk linier (Tabel 2).

Tabel 2. Uji F Variabel Eksogen X1, X2, X3 terhadap Variabel Endogen Y1

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1091,278	3	363,759	16,796	0,000
Residual	2014,165	93	21,658		
Total	3105,443	96			

Pada (Tabel 3) terlihat nilai F hitung sebesar 23,970 dengan $p < 0,05$, dapat disimpulkan bahwa hubungan antara variabel fokus pada pelanggan (X1), keterlibatan personel (X2), pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3), kepuasan pasien (Y1) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) berbentuk linier. Berdasarkan analisis uji F (uji simultan) didapatkan nilai derajat kebebasan atau df (*degrees of freedom*) yaitu 96. Derajat kebebasan adalah total pengamatan (N) dikurangi banyaknya parameter yang ditaksir atau $df = N - \text{banyaknya parameter yang ditaksir (k)}$, karena pada penelitian ini banyaknya parameter yang ditaksir (k) adalah 1 maka $df = 97 - 1 = 96$.

Tabel 3. Uji F Variabel Eksogen X1, X2, X3, Y1 terhadap Variabel Endogen Y2

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	157,676	4	39,419	23,970	0,000

Residual	151,293	92	1,644
Total	308,969	96	

Uji Variabel secara Parsial (Uji T)

Uji T secara parsial untuk mengetahui pengaruh variabel eksogen = X1, X2, X3 terhadap variabel endogen Y1 dan mengetahui pengaruh variabel eksogen = X1, X2, X3, Y1 terhadap variabel endogen Y2. Hasil pengujian secara parsial dapat diketahui bahwa variabel fokus pada pelanggan (X1), keterlibatan personel (X2), dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3) berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Y1) dengan $p < 0,05$ (Tabel 4).

Tabel 4. Uji T Variabel Eksogen X1, X2, X3 terhadap Variabel Endogen Y1

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Fokus pada Pelanggan	0,529	0,219	0,231	2,421	0,017
Keterlibatan Personel	1,089	0,285	0,338	3,819	0,000
Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta	0,658	0,260	0,253	2,525	0,013

Hasil uji T variabel fokus pada pelanggan (X1), keterlibatan personel (X2), pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3), kepuasan pasien (Y1) berpengaruh terhadap minat kunjungan ulang (Y2) dengan $p < 0,05$ (Tabel 5).

Tabel 5. Uji T Variabel Eksogen X1, X2, X3, Y1 terhadap Variabel Endogen Y2

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Fokus pada Pelanggan	0,128	0,062	0,176	2,052	0,043
Keterlibatan Personel	0,425	0,084	0,418	5,034	0,000
Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta	0,268	0,074	0,327	3,614	0,000
Kepuasan Pasien	0,072	0,029	0,229	2,529	0,013

Menganalisis Koefisien Korelasi dan Koefisien Determinasi

Pada Model I (Tabel 6) didapatkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,593, ini berarti terdapat hubungan antara fokus pada pelanggan, keterlibatan personel dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta terhadap kepuasan pasien dengan tingkat hubungan sedang karena berada pada interval koefisien 0,40-0,599. Nilai koefisien determinasi sebesar 0,351, artinya sumbangan pengaruh fokus pada pelanggan, keterlibatan personel dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta terhadap kepuasan pasien sebesar 35,1% sementara sisanya 64,9% merupakan kontribusi dari variabel lain yang tidak masuk dalam variabel yang diteliti. Sementara itu untuk nilai ϵ_1 dapat dicari dengan rumus $\epsilon_1 = \sqrt{1 - 0,351} = 0,806$.

Pada Model II (Tabel 6) didapatkan nilai koefesien korelasi sebesar 0,714, ini berarti terdapat hubungan antara fokus pada pelanggan, keterlibatan personel, pembuatan keputusan berdasarkan fakta dan kepuasan pasien terhadap minat kunjungan ulang dengan tingkat hubungan kuat karena berada pada interval koefesien 0,60-0,799. Nilai koefesien determinasi sebesar 0,510, artinya sumbangan pengaruh fokus pada pelanggan, keterlibatan personel, pembuatan keputusan berdasarkan fakta dan kepuasan pasien terhadap minat kunjungan ulang sebesar 51,0% sementara sisanya 49% merupakan kontribusi dari variabel lain yang tidak masuk dalam variabel yang diteliti. Sementara itu untuk nilai ε^2 dapat dicari dengan rumus $\varepsilon^2 = \sqrt{1-0,510} = 0,7$.

Tabel 6. Koefesien Korelasi dan Koefesien Determinasi X1, X2, X3, terhadap Y1 (Model I) dan Koefesien Korelasi dan Koefesien Determinasi X1, X2, X3, Y1 terhadap Y2 (Model II)

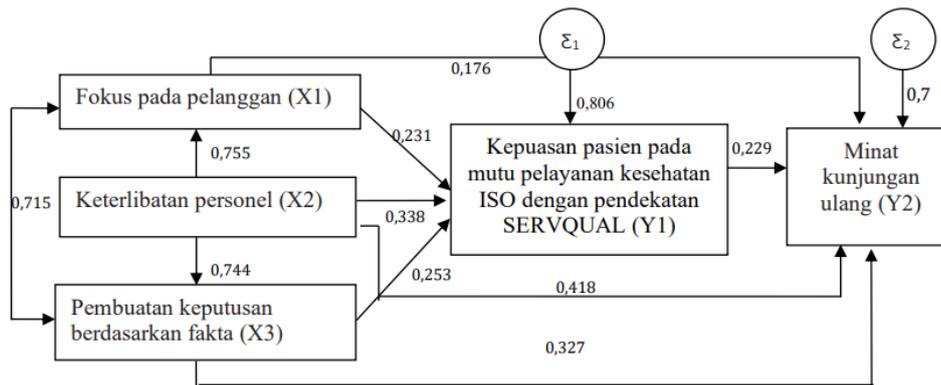
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Model I	0,593	0,351	0,330	4,654
Model II	0,714	0,510	0,489	1,282

Uji Analisis Jalur (Path Analysis)

Analisis jalur merupakan perluasan dari analisis regresi linier berganda atau analisis regresi yang digunakan untuk mengukur hubungan kausalitas antar variabel. Pada Model I nilai nilai *Standardized Coefficient* (Beta) variabel eksogen fokus pada pelanggan ($by1x1$) adalah 0,231, keterlibatan personel ($by1x2$) adalah 0,338, pembuatan keputusan berdasarkan fakta ($by1x3$) adalah 0,253. Pada model II nilai *Standardized Coefficient* (Beta) variabel eksogen fokus pada pelanggan ($by2x1$) adalah 0,176, keterlibatan personel ($by2x2$) adalah 0,418, pembuatan keputusan berdasarkan fakta ($by2x3$) adalah 0,327, kepuasan pasien ($by2y1$) adalah 0,229 terlihat pada (Tabel 7). Diagram jalur dari kedua permodelan tersebut terlihat pada (Gambar 2).

Tabel 7. Nilai Koefesien Jalur Kepuasan Pasien Sebagai Variabel Endogen

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
Model I	Kepuasan Pasien					
	Fokus pada Pelanggan	0,529	0,219	0,231	2,421	0,017
	Keterlibatan Personel	1,089	0,285	0,338	3,819	0,000
	Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta	0,658	0,260	0,253	2,525	0,013
Model II	Minat Kunjungan Ulang					
	Fokus pada Pelanggan	0,128	0,062	0,176	2,052	0,043
	Keterlibatan Personel	0,425	0,084	0,418	5,034	0,000
	Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta	0,268	0,074	0,327	3,614	0,000
	Kepuasan Pasien	0,072	0,029	0,229	2,529	0,013



Gambar 2. Diagram Jalur Model Struktur Langsung dan Tidak Langsung

Berdasarkan tabel dan diagram di atas telah diketahui nilai *Standardized Coefficient* (Beta) masing-masing variabel, Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Variabel X1, X2, X3 melalui Y1 terhadap Y2 adalah sebagai berikut :

- 1) Pengaruh langsung fokus pada pelanggan (X1) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) sebesar 0,176, sedangkan pengaruh tidak langsung fokus pada pelanggan (X1) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) adalah perkalian nilai beta X1 dan Y1 sebesar $0,231 \times 0,229 = 0,0529$. Dari hasil tersebut dapat diketahui total pengaruh fokus pada pelanggan (X1) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) sebesar $0,176 + 0,0529 = 0,228$. Hal ini berarti besarnya pengaruh total fokus pada pelanggan terhadap minat kunjungan ulang yaitu 22,8 % dan sisanya 77,2% dipengaruhi oleh faktor lain.
- 2) Pengaruh langsung keterlibatan personel (X2) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) sebesar 0,418, sedangkan pengaruh tidak langsung keterlibatan personel (X2) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) adalah perkalian nilai beta X2 dan Y1 sebesar $0,338 \times 0,229 = 0,0774$. Dari hasil tersebut dapat diketahui total pengaruh keterlibatan personel (X2) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) sebesar $0,418 + 0,0774 = 0,495$. Hal ini berarti besarnya pengaruh keterlibatan personel terhadap minat kunjungan ulang yaitu 49,5% dan sisanya 50,5% dipengaruhi oleh faktor lain.
- 3) Pengaruh langsung pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) sebesar 0,327, sedangkan pengaruh tidak langsung pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) adalah perkalian nilai beta X3 dan Y1 sebesar $0,253 \times 0,229 = 0,0579$. Dari hasil tersebut dapat diketahui total pembuatan keputusan berdasarkan fakta (X3) terhadap minat kunjungan ulang (Y2) melalui kepuasan pasien (Y1) sebesar $0,327 + 0,0579 = 0,385$. Hal ini berarti besarnya pengaruh pembuatan keputusan berdasarkan fakta terhadap minat kunjungan ulang yaitu 38,5% dan sisanya 61,5% dipengaruhi oleh faktor lain.

Berdasarkan hasil analisis jalur tersebut, penelitian ini menggunakan dua persamaan regresi sebagai berikut:

- 1) Pengaruh Fokus pada Pelanggan (X1), Keterlibatan Personel (X2) dan Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta (X3) Terhadap Kepuasan Pasien (Y1)

$$Y1 = by1x1X1 + by1x2X2 + by1x3X3 + \rho y1\epsilon1$$

$$Y1 = 0,231X1 + 0,338X2 + 0,253X3 + 0,806\epsilon1$$

$$Y1 = 1,628$$

Koefisien regresi untuk variabel X1, X2, X3 bernilai positif. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang searah antara variabel X1, X2, X3 terhadap variabel Y1. Koefisien regresi variabel X1 (0,231) mengandung arti setiap penambahan nilai fokus pada pelanggan, satu satuan akan menyebabkan meningkatnya kepuasan pasien sebesar 23,1% tanpa dipengaruhi faktor lain. Koefisien regresi variabel X2 (0,338) mengandung arti setiap penambahan nilai keterlibatan personel sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya kepuasan pasien sebesar 33,8% tanpa dipengaruhi faktor lain. Koefisien regresi variabel X3 (0,253) mengandung arti setiap penambahan nilai pembuatan keputusan berdasarkan fakta sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya kepuasan pasien sebesar 25,3% tanpa dipengaruhi faktor lain. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik fokus pada pelanggan, keterlibatan personel, dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta maka semakin meningkat pula kepuasan pasien.

- 2) Pengaruh Fokus pada Pelanggan (X1), Keterlibatan Personel (X2), Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta (X3) dan Kepuasan Pasien (Y1) Terhadap Minat Kunjungan Ulang (Y2)

$$Y2 = by2x1X1 + by2x2X2 + by2x3X3 + by2y1Y1 + by2\epsilon2$$

$$Y2 = 0,176X1 + 0,418X2 + 0,327X3 + 0,229Y1 + 0,7\epsilon2$$

$$Y2 = 1,85$$

Koefisien regresi untuk variabel X1, X2, X3, dan Y1 bernilai positif. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang searah antara variabel X1, X2, X3, dan Y1 terhadap variabel minat kunjungan ulang Y2. Koefisien regresi variabel X1 (0,176) mengandung arti setiap penambahan nilai fokus pada pelanggan sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya minat kunjungan ulang sebesar 17,6% tanpa dipengaruhi faktor lain. Koefisien regresi variabel X2 (0,418) mengandung arti setiap penambahan nilai keterlibatan personel sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya minat kunjungan ulang sebesar 41,8% tanpa dipengaruhi faktor lain. Koefisien regresi variabel X3 (0,327) mengandung arti setiap penambahan nilai pembuatan keputusan berdasarkan fakta sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya minat kunjungan ulang sebesar 32,7% tanpa dipengaruhi faktor lain. Koefisien regresi variabel Y2 (0,229) mengandung arti setiap penambahan nilai kepuasan pasien sebesar satu satuan akan menyebabkan meningkatnya minat kunjungan ulang sebesar 22,9% tanpa dipengaruhi faktor lain. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik fokus pada pelanggan, keterlibatan personel, pembuatan keputusan berdasarkan fakta, dan kepuasan pasien maka semakin meningkat pula minat kunjungan ulang ke puskesmas.

PEMBAHASAN

Pengaruh Fokus pada Pelanggan terhadap Kepuasan dan Minat Kunjungan Ulang Pasien

Perhatian utama dari sebuah organisasi adalah pelanggan. Organisasi bergantung pada pelanggannya dan oleh karena itu organisasi harus berusaha memahami kebutuhan pelanggan saat ini dan masa depan, dan selalu berusaha untuk melebihi harapan pelanggan. Perkembangan suatu organisasi tergantung pada apakah pelanggan melayaninya atau tidak.⁹ Fokus utama dari manajemen mutu adalah untuk memenuhi persyaratan pelanggan dan berusaha untuk melampaui harapan pelanggan.¹⁰ Kepuasan pelanggan dapat meningkatkan kepercayaan terhadap pelayanan dan mengurangi rujukan atau permintaan rujukan ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut.¹¹

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas fokus pada pelanggan dalam kategori baik serta memberikan kontribusi meningkatkan kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien sebesar 22,8%. Menurut Pangerapan (2018) perawat merupakan sumber daya yang sering berinteraksi dengan pasien, sehingga semakin cepat tanggap perawat terhadap keluhan pasien maka akan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Selain itu, jaminan bahwa pasien akan dilayani dengan baik akan memberikan arasa aman pada pasien yang dapat meningkatkan kepercayaan terhadap layanan yang diterimanya. Perhatian petugas juga dapat menimbulkan rasa puas pada pasien tersebut, sehingga pasien akan berusaha untuk mengingat nama dan wajah perawat tersebut dan kemungkinan akan tetap terjalin hubungan yang baik dengan petugas ke depannya.¹² Petugas hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat melalui penyampaian informasi yang jelas, tidak membiarkan pasien menunggu tanpa alasan yang jelas karena ini akan dapat memberikan nilai negative terhadap pelayanan yang diberikan dan dapat menurunkan minat kunjungan ulang bagi pasien.¹³

Lebih lanjut, penelitian Amin (2013) mendapatkan bahwa variabel perhatian berhubungan erat dengan terciptanya pelayanan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu dapat memberikan pengalaman yang baik bagi pelanggan dan akan mengundang mereka untuk datang kembali dan menjadi pelanggan yang loyal.¹⁴ Perhatian berhubungan erat dengan terciptanya pelayanan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu dapat memberikan pengalaman yang baik bagi pelanggan dan akan mengundang mereka untuk melakukan kunjungan ulang dan menjadi pelanggan yang loyal.¹⁵

Implementasi ISO 9001 berkaitan dengan kepuasan pelanggan dan perbaikan proses. Perusahaan menghubungi pelanggan setelah proses pelayanan terjadi untuk mengetahui kepuasan dan harapan pelanggan (*accountable*). Perusahaan menghubungi pelanggan dari waktu ke waktu untuk mengetahui perkembangannya (*proactive*). Jika suatu perusahaan mampu memberikan pelayanan yang baik, secara langsung atau tidak langsung, citra layanannya akan tersebar luas karena kepuasan yang dirasakan pelanggannya akan disampaikan pelanggan yang satu ke pelanggan lainnya secara berantai. Layanan yang baik merupakan daya tarik yang besar bagi pelanggan.¹⁶

Fokus utama dari manajemen mutu adalah untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dan berusaha untuk melebihi harapan pelanggan, sehingga manajemen puskesmas harus memahami kebutuhan dan keinginan pasien dengan baik, untuk itu prinsip manajemen ISO 9001:2015 salah satunya fokus pada pelanggan harus dilakukan dengan cara mengukur dan memantau kepuasan pelanggan dan mengambil tindakan yang tepat, mengenali pelanggan langsung dan tidak langsung sebagai orang-orang yang menerima jasa dari puskesmas serta memahami kebutuhan dan harapan pasien terhadap puskesmas.

Pengaruh Keterlibatan Personel Terhadap Kepuasan Pasien dan Minat Kunjungan Ulang

Orang-orang yang kompeten, diberdayakan, dan terlibat di semua tingkatan di seluruh organisasi sangat penting untuk meningkatkan kemampuannya dalam menciptakan dan memberikan nilai.¹⁰ Orang-orang di semua tingkatan dalam organisasi adalah inti dari suatu organisasi sehingga keterlibatan penuh mereka memungkinkan kemampuannya digunakan untuk kepentingan organisasi secara keseluruhan.⁹

Hasil penelitian mayoritas keterlibatan personel dalam kategori baik serta keterlibatan personel memberikan pengaruh 49,5% dalam meningkatkan kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien. Dimensi keterlibatan personel yang meliputi karyawan melayani dengan cepat, karyawan cepat merespon, karyawan bersedia membantu dan keramahan petugas administrasi berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang selanjutnya dapat menimbulkan minat kunjungan ulang, Adanya penekanan pada interaksi petugas kesehatan dan pasien dalam membangun kepercayaan pasien terhadap kinerja layanan menjadi aspek penting dari mutu pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kompeten di bidangnya demi menjamin kualitas layanan kesehatan yang diberikan sesuai standar kesehatan dan mencakup prinsip *pasien safety*, dengan demikian pasien merasa aman melakukan pemeriksaan kesehatan di klinik sehingga dengan sendirinya kepuasan pasien pun meningkat dan menarik minat pasien untuk berkunjung kembali.¹⁷

Faktor penting untuk terjalinnya hubungan yang baik terhadap pasien adalah keterampilan petugas Puskesmas dalam berkomunikasi mengelola hubungan dengan pasien. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan petugas Puskesmas dalam berkomunikasi yang efektif dengan pasien adalah melalui pelatihan komunikasi interpersonal dalam mengelola hubungan dengan pasien.¹⁸

Memfokuskan pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien, keterlibatan petugas kesehatan dalam melayani pasien/klien dan membuat keputusan berdasarkan bukti akan terciptanya pelayanan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu dapat memberikan pengalaman yang baik bagi pasien dan akan mengundang mereka untuk datang kembali dan menjadi pelanggan yang loyal. Untuk itu Pelayanan yang memfokuskan pada pelanggan sesuai dengan prinsip manajemen ISO 9001: 2015 harus dilaksanakan dan ditingkatkan.

Keterlibatan personel dalam meningkatkan kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang memiliki peran yang sangat penting. Hal ini karena petugas kesehatan merupakan sumber daya puskesmas yang paling sering berinteraksi dengan pasien. Keterlibatan petugas dalam melayani pasien/klien berhubungan erat dengan loyalitas dan minat pasien untuk melakukan kunjungan ulang. Untuk itu puskesmas yang mengimplementasikan ISO 9001:2015 perlu membekali seluruh personelnnya dengan pemahaman mengenai ISO 9001:2015.

Menurut Pangerapan (2018) dalam rangka meningkatkan loyalitas dapat dilakukan dengan cara menambahkan nilai apa yang ditawarkan, menambahkan nilai dapat dilakukan dengan cara seperti meningkatkan kecepatan pelayanan. Bagi sebuah rumah sakit, sangat penting akan adanya petugas terutama perawat yang cepat tanggap dalam melayani pelanggan/pasien, karena perawat merupakan sumber daya rumah sakit yang paling sering berinteraksi dengan pasien. Daya tanggap petugas dalam melayani pasien/klien berhubungan erat dengan kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang.¹²

Pengaruh Pembuatan Keputusan Berdasarkan Fakta Terhadap Kepuasan Pasien dan Minat Kunjungan Ulang

Keputusan yang diambil oleh suatu organisasi tidak dapat dilakukan tanpa analisis yang memadai. Untuk itu diperlukan suatu upaya untuk secara terus menerus melakukan pencatatan terhadap segala hal yang terkait dalam pelaksanaan kegiatan guna memenuhi tuntutan pelanggan. Dengan demikian keputusan yang efektif akan dibuat berdasarkan analisis data dan informasi yang telah dikumpulkan melalui catatan sebelumnya.⁹

Hasil penelitian juga memperlihatkan mayoritas pembuatan keputusan berdasarkan fakta dalam kategori baik serta pembuatan keputusan berdasarkan fakta memberikan kontribusi 38,5% dalam meningkatkan kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien. Menurut Pangerapan (2018) setiap pasien pada dasarnya ingin diperlakukan secara baik oleh pihak pengelola rumah sakit. Adanya jaminan bahwa pasien yang datang akan dilayani secara baik oleh pihak pengelola rumah sakit akan memberikan rasa aman kepada pasien, sehingga kemantapan pribadi pasien akan bertambah yang dapat meningkatkan loyalitas terhadap rumah sakit.¹²

Keputusan yang efektif adalah berdasarkan pada analisis data dan informasi. Analisis data dan informasi berguna untuk menghilangkan akar penyebab masalah, sehingga masalah-masalah mutu dapat terselesaikan secara efektif dan efisien, harus ditujukan untuk meningkatkan kinerja organisasi dan efektivitas implementasi manajemen mutu.⁴

Pembuatan keputusan berdasarkan fakta harus didukung oleh informasi yang akurat. Menurut Hernawan (2015), memiliki informasi yang terdokumentasi juga dapat membantu dalam mengatur arsip yang lebih rapi, sehingga pencarian dokumen lebih mudah dan tidak memakan waktu lama. Hubungan dengan pihak luar, dapat disusun dan dievaluasi berdasarkan kesepakatan masing-

masing pihak dengan menggunakan dokumen sebagai bukti yang sebelumnya masih berupa komunikasi verbal tanpa rekaman rentan terhadap miskomunikasi.¹⁹

Dokumen yang tersedia lengkap seperti catatan rekam medis pasien, hasil labor, dan data lainnya akan dapat membantu petugas dalam membuat keputusan atau tindakan pengobatan untuk pasien. Bukti yang lengkap akan membuat kepercayaan pasien semakin tinggi yang berdampak pada kepuasan pasien nantinya. Pasien puas dalam pelayanan maka akan dapat meningkatkan minat pasien untuk datang kembali jika mereka membutuhkan pelayanan nantinya.

Pengaruh Kepuasan Pasien Terhadap Minat Kunjungan Ulang

Kepuasan pelanggan berhubungan langsung dengan proses kegiatan organisasi. Proses ini mengutamakan kualitas layanan yang perlu ditinjau dan diberikan umpan balik kepada pelanggan dengan benar. Ini termasuk mekanisme komunikasi umpan balik pelanggan yang berupaya mengatasi keluhan pelanggan sebagai bagian dari tujuan organisasi yang berorientasi kepuasan pelanggan. Selain itu, mekanisme umpan balik harus memberikan sinergi untuk memaksimalkan manfaat penerapan sistem manajemen mutu ISO 9001.¹⁶

Berdasarkan hasil penelitian kepuasan pasien berada dalam kategori puas serta kepuasan pasien memberikan kontribusi sebesar 22,9% dalam meningkatkan minat berkunjung ulang pasien. Sistem Manajemen ISO 9001:2015 menekankan bahwa pelanggan memegang peranan penting dalam menetapkan persyaratan sebagai masukan (*input*). Pemantauan kepuasan pelanggan menginginkan penilaian informasi yang berhubungan dengan persepsi pelanggan tentang organisasi atau lembaga telah memenuhi persyaratan pelanggan atau tidak.

Menurut Kohler dalam Sukiswo (2018), pengukuran kepuasan pengguna jasa kesehatan merupakan salah satu indikator untuk mengetahui mutu pelayanan kesehatan. Kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan atas produk akan mempengaruhi pola perilaku selanjutnya seperti minat beli produk. Penelitian Sukiswo juga menemukan bahwa kepuasan pasien yang meliputi kepuasan dalam aspek dimensi mutu berhubungan dengan minat kunjungan ulang pasien.²⁰

Menurut Afifah (2017) mutu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan pada pelanggan yang pada akhirnya pelanggan akan memanfaatkan ulang dan merekomendasikan pelayanan kesehatan tersebut pada orang disekitarnya. Sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan pembelian ulang yang nantinya akan mempengaruhi ucapan konsumen tentang pelayanan yang diberikan. Pelayanan yang baik dan bermutu akan meningkatkan jumlah kunjungan yang pada akhirnya akan meningkatkan jumlah pendapatan puskesmas.²¹

Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya, diperlukan pelayanan yang berorientasi kepada pasien, artinya jasa yang didesain sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien, dengan demikian mutu pelayanan dapat meningkat. Dengan diberlakukannya regulasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh pemerintah dalam Permenkes no 28 tahun 2014

maka tugas dan fungsi puskesmas semakin berat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.²²

Puskesmas sebagai *gate keeper* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk tetap memberikan pelayanan yang bermutu yang berorientasi terhadap kebutuhan pasien. Untuk meningkatkan kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang, Puskesmas harus patuh pada regulasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam pemberi pelayanan kesehatan serta mampu mengimplementasikan manajemen ISO 9001: 2015 dalam manajemen mutu puskesmas guna meningkatkan kepuasan pasien serta minat kunjungan ulang terutama tiga prinsip yang diteliti yaitu fokus pada pelanggan, keterlibatan personel dan minat kunjungan ulang karena ketiga aspek ini berhubungan langsung dengan kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang.

Untuk meningkatkan kepuasan pasien dan minat kunjungan ulang, petugas puskesmas sebaiknya selalu memberikan senyum dan sopan kepada setiap pasien yang menggunakan jasa puskesmas, memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien, menerima dan mengevaluasi setiap keluhan pasien terhadap pelayanan puskesmas untuk perbaikan pelayanan di waktu berikutnya serta berusaha memenuhi keinginan pasien.

KESIMPULAN

Peningkatan mutu berdasarkan ISO 901:2015 yang meliputi fokus pada pelanggan, keterlibatan personil, dan pembuatan keputusan berdasarkan fakta merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien dengan arah hubungan positif. Faktor yang berkontribusi cukup besar dalam meningkatkan kepuasan dan minat kunjungan ulang adalah keterlibatan personil (49,5%). Sebaiknya Puskesmas perlu melakukan sertifikasi berdasarkan standar ISO 9001:2015 serta petugas kesehatan lebih perhatian dan fokus pada kebutuhan pasien dengan cara memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien, berempati terhadap keluhan pasien serta bersikap ramah dan sopan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua responden yang sudah berpartisipasi dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Bapak dr. H. Zainal Abidin, MPH dan juga Bapak Doni Jepisah, SKM, M.Kes yang telah memberikan masukan secara substansi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. PMK No. 46 ttg Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi.pdf.part. (2015).
2. Candrawati, A. A. A. A., Suarjana, I. K. & Wirawan, D. N. Perbedaan Kepuasan Pasien pada Puskesmas ISO dan Puskesmas Non ISO di Kota Denpasar. *Public Heal. Prev. Med. Arch.* 3, 28 (2015).
3. Radito, T. Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Fasilitas Kesehatan Terhadap Kepuasan

- Pasien Puskesmas. *J. Ilmu Manaj.* 11, 1–25 (2014).
4. Sugian, S. 7 Prinsip Manajemen Mutu - ISO 9001 2015. *Www.Itokindo.Org* vol. 2015 1–8 (2015).
 5. Parasuraman, A. & Zeithaml, V. A. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *J. Retail.* 64, 12–40 (1988).
 6. Lestari, E. D., Samsualam, S. & Ahri, R. A. Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Dan Minat Kunjungan Ulang Pasien Di Wilayah Kerja Puskesmas Mandai Kabupaten Maros Tahun 2017. *Ilmiah Kesehatan Diagnosis* vol. 11 423–428 (2017).
 7. Yanuarti, R., Febriawati, H., Anggraini, W., Pratiwi, B. A. & Wati, N. Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan Rumah Sakit pada Masa Pandemi COVID 19. *J. Kesmas Asclepius* 3, 49–59 (2021).
 8. Laksmi, D. ISO 9001, Mampukah Meningkatkan Pelayanan Puskesmas? (2019).
 9. Suyitno. The implementation of quality management system using ISO 9001:2008 based Total Quality Management Concept. *J. Soc. Sci. J. Soc. Sci.* 7, 15–27 (2018).
 10. Fonseca, L. & Domingues, J. P. ISO 9001:2015 Edition- Management, Quality and Value. *Int. J. Qual. Res.* 11, 149–158 (2017).
 11. Febriawati, H., Yandrizal, Y. & Angraini, W. Service Quality, Satisfaction and Patient Loyalty in Public Health Center of Bengkulu. *J. Aisyah J. Ilmu Kesehat.* 7, 29–38 (2022).
 12. Pengerapan, D. T., Palandeng, O. E. L. I. & Rattu, A. J. M. Hubungan antara Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Gmim Pancaran Kasih Manado. *JKK (Jurnal Kedokt. Klin.* 2, 9–18 (2018).
 13. Ningsih, N. A., Hasmah, H. & Bhebhe, A. V. Hubungan Mutu Pelayanan dengan Minat Memanfaatkan Ulang Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. *J. Kesmas Jambi* 5, 71–80 (2021).
 14. Amin, M. & Nasharuddin, S. Z. Hospital Service Quality and Its Effects on Patient Satisfaction and Behavioural Intention. *Clin. Gov. An Int. J.* 18, 238–254 (2013).
 15. Puspitasari, M. G. & Edris, M. Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Loyalitas dengan Mediasi Kepuasan Pasien Rawat Inap pada Keluarga Sehat Hospital Pati. *Anal. Manaj.* 5, 49–62 (2011).
 16. Dongmo, C. & Onojaefe, D. Using Customer Satisfaction to Understand Implementation Benefits of the ISO 9001 Quality Management System. *Bus. Manag. Dyn.* 3, 1–9 (2013).
 17. Helmawati, T. & Handayani, S. D. Pengaruh Kualitas Layanan terhadap Minat Kunjungan Ulang yang Dimediasi oleh Kepuasan Pasien di Klinik Rumah Zakat Yogyakarta. *JMMR J. Medicoeticolegal dan Manaj. Rumah Sakit* 3, 1–15 (2014).
 18. Gustiarini. Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Bandung Setelah Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. *Scientica* III, 46–68 (2016).
 19. Hernawan, Y., Kesuma Dewi, S. W. & Musafa, M. The Implementation of Iso 9001: 2015 Quality Management System at PT Tarumatex Bandung. *J. Econ. Stud.* 2, 1–33 (2018).
 20. Sukiswo, S. S. Hubungan Kepuasan Pasien dengan Minat Kunjungan Ulang di Puskesmas

Sangkalan Kecamatan Susoh Kabupaten Aceh Barat. *J-Kesmas J. Fak. Kesehat. Masy. (The Indones. J. Public Heal.* 5, 12 (2018).

21. Afifah, K. Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien di Puskesmas Cangkringan Selman. (2017).
22. Kemenkes RI. Permenkes no. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. (2014).



FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPEMILIKAN JAMBAN SEHAT DI KELURAHAN PESAWAHAN KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2021

Zelda Duwieka Restu,¹ Vera Yulyani,² Agung Aji Perdana³

^{1,2,3} Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati Bandar Lampung

Menerima: 20 Mei 2022

Revisi: 29 Mei 2022

Diterima: 28 Agustus 2022

ABSTRAK

Kepemilikan jamban sehat masih menjadi masalah bagi sebagian besar masyarakat sekitar 4,5 miliar orang di dunia tidak memiliki toilet yang sehat. Pencapaian akses jamban sehat untuk Indonesia baru mencapai 81,04%, Provinsi Lampung 90,64%, Kota Bandar Lampung 96,01%, Kecamatan Teluk Betung Selatan 87,55% dan Kelurahan Pesawahan baru 87,82%. Wilayah yang berada di pesisir sungai memicu masyarakat tidak memiliki jamban sehat terutama tangki septik sebagai tampungan tinja. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat di Kelurahan Pesawahan Kota Bandar Lampung Tahun 2021. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Jumlah sampel 207 KK dari 3 RT dengan teknik pengambilan data menggunakan *Purposive Sampling*. Waktu penelitian ini dilaksanakan terhitung dari Februari – Agustus 2021 dan analisis data secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi Square*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengetahuan (p value = 0,004 OR:2,500), status ekonomi (p value = 0,018 OR: 2,380) dengan kepemilikan jamban sehat. Tidak ada hubungan peran tenaga kesehatan dengan kepemilikan jamban sehat (p value = 0,648). Kesimpulan kepala keluarga yang memiliki pengetahuan kurang baik dan status ekonomi tidak mampu berisiko tidak memiliki jamban sehat. Masyarakat, tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan melakukan komitmen untuk menyelenggarakan arisan jamban sehat untuk membangun jamban komunal.

Kata kunci : Kepemilikan jamban sehat, pengetahuan, status ekonomi, peran tenaga kesehatan

ABSTRACT

The ownership of healthy latrines is still a problem for the majority of the community around 4.5 billion people in the world who do not have healthy toilets. The achievement of access to healthy latrines for Indonesia has only reached 81.04%, Lampung Province 90.64%, Bandar Lampung City 96.01%, Teluk Betung Selatan District 87.55% and Pesawahan Village only 87.82%. Areas that are located on the coast of rivers trigger people to not have healthy latrines, especially septic tanks as a collection of feces. The purpose of this study was to determine the factors related to the ownership of healthy latrines in the Pesawahan Village, Bandar Lampung City in 2021. This study used a quantitative method with a Cross Sectional approach. The number of samples is 207 households from 3 RTs with data collection techniques using purposive sampling. The time of this research was carried out from February to August 2021 and the data analysis was univariate and bivariate using the Chi Square test. The results showed that there was a relationship between knowledge (p value = 0.004 OR: 2,500), economic status (p value = 0.018 OR: 2,380) with healthy latrine ownership. There is no relationship between the role of health workers and ownership of healthy latrines (p value = 0.648). The conclusion is that the head of the family who has poor knowledge and economic status is at risk of not having a healthy latrine. Community, community leaders and health workers.

Keywords: *Ownership of healthy latrine, knowledge, economic status, role of health workers*

*corresponding Author:

Zelda Duwieka Restu

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati, Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung, Indonesia

Email : zeldaduwiekarestu17410030@gmail.com



Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Masalah sanitasi dasar, kepemilikan dan penggunaan jamban ditimbulkan dari masalah perilaku yang sangat dirasakan oleh masyarakat yang berkaitan dengan kebutuhan individu atau kelompok.¹ Sanitasi toilet bersama yang di tingkatkan, toilet harus digunakan hanya untuk satu rumah tangga serta memenuhi standar desain tertentu yang mencegah kontak manusia dengan tinja.² 60% atau 4,5 miliar orang di dunia tidak memiliki toilet yang dapat mengelola kotoran manusia dengan aman di rumah. 892 juta orang di seluruh dunia melakukan buang air besar sembarangan.³ mengalami penurunan pada tahun 2019 menurut Dalam hasil laporan Riskesdas tahun 2018 Indonesia baru 88,2% yang berperilaku baik dalam Buang Air Besar di jamban.⁴ Dalam monev STBM Kementerian Kesehatan tahun 2020 yang terakses jamban sebesar 81,04% dari 71.481.118 jumlah KK yang aktual ter-entry dari seluruh Provinsi di Indonesia. Provinsi Lampung sebesar 90,64%, di Kota Bandar Lampung sebesar 96.01%. Kota Bandar Lampung Memiliki 20 Kecamatan, untuk Kecamatan terendah akses jamban yaitu Kecamatan Teluk Betung Selatan sebesar 87,55%.⁵ Kecamatan Teluk Betung Selatan memiliki 5 kelurahan, terdapat 2 Kelurahan yang belum mencapai status ODF yaitu Kelurahan Talang dan Kelurahan Pesawahan. Lokasi yang di ambil dalam penelitian ini yaitu Kelurahan Pesawahan dengan persentase akses jamban 87,82%. Wilayah yang tepat berada dipesisir sungai dan padat penduduk memicu masyarakat tidak memiliki tangki septik sebagai penampungan tinja. Saluran pembuangan yang terhubung oleh jamban langsung di alirkan ke parit dan sungai melalui pipa pembuangan.

Pengetahuan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kepemilikan jamban, karna adanya pengetahuan mereka bisa membedakan dan memahami akan pentingnya jamban keluarga.⁶ Pengetahuan seseorang sangat berperan penting dalam kepemilikan jamban sehat. Kepala keluarga yang tahu mengenai pentingnya jamban sehat cenderung memiliki sikap dan perilaku yang positif dalam membangun jamban sehat dari pada kepala keluarga dengan tingkat pengetahuan kurang baik. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat.⁷

Masalah ekonomi yang masih menjadi penghambat mereka untuk memenuhi keinginan dalam memiliki jamban sendiri tiap rumahnya karena merupakan suatu hal biasa bagi mereka untuk menumpang atau ditumpangi dalam penggunaan jamban.¹ Faktor ekonomi sangat mempengaruhi dalam penyediaan fasilitas Kesehatan. Tingginya angka jamban yang tidak memenuhi syarat sehat, bahkan tidak memiliki jamban masih menjadi masalah karna adanya ketidakseimbangan antara kebutuhan dan penyediaan fasilitas kesehatan.⁸ Sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh sebelumnya menyatakan ada hubungan antara status ekonomi dengan kepemilikan jamban sehat.⁹

Selain masalah ekonomi petugas kesehatan merupakan salah satu faktor pendorong masyarakat untuk memiliki jamban sehat dan memanfaatkan.¹⁰ Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga dan kelompok masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat. Tujuannya agar keluarga dapat melaksanakan hidup secara mandiri dan bertanggung jawab serta merespon terhadap masalah kesehatan di dalam keluarganya, sehingga keluarga mampu mengatasi masalah kesehatannya sendiri.¹¹ Meskipun tenaga kesehatan telah memberikan konseling atau penyuluhan tetapi masyarakat belum bisa menerima perubahan perilaku yang sudah menjadi kebiasaan atau budaya didalam masyarakat, sehingga sulit untuk memiliki kepercayaan diri dalam merubah perilaku untuk penggunaan jamban keluarga.¹² Sejalan dengan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa peran tenaga kesehatan tidak berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat.¹³ Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat di Kelurahan Pesawahan Kota Bandar Lampung tahun 2021.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional* yang di gunakan untuk mengumpulkan data dengan variable sebab (*Independent*) yaitu Pengetahuan, Status Ekonomi dan Petugas Kesehatan sekaligus mengobservasi variable sebab (*Dependent*) yaitu Kepemilikan Jamban Sehat secara Bersama dalam satu waktu. Tempat dan waktu penelitian dilaksanakan di Kelurahan Pesawahan Kota Bandar Lampung pada Februari – Agustus 2021. Teknik *sampling* menggunakan teknik dua proporsi didapatkan minimal sampel 195 KK dari jumlah populasi sebanyak 2521 KK. Teknik pengambilan data menggunakan *Purposive Sampling* sampel berdasarkan pertimbangan petugas kesehatan, sehingga peneliti mengambil 3 RT dari 48 RT dengan jumlah KK 207 KK dengan kriteria responden yaitu: masyarakat di RT 47,42, dan 36, masyarakat yang memiliki dan tidak memiliki jamban sehat dan masyarakat yang tinggal di dekat pesisir. Data yang digunakan yaitu data primer dengan bantuan kuesioner dalam pengambilan data. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung menggunakan $df = n - 2$ taraf signifikan 5% maka r tabel 0,361, untuk jumlah pertanyaan yang valid 14 dari 20 pertanyaan pengetahuan dan 8 pertanyaan yang valid dari 11 pertanyaan peran tenaga kesehatan. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan nilai r hasil ($\text{Alpha} > r$ tabel 0,6 maka semuanya reliabel.

Indikator pengukuran variable pengetahuan dengan membuat kategori tingkatan pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok jika yang di teliti masyarakat umum: 1) tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $> 50\%$ dan 2) tingkat pengetahuan kategori kurang baik jika $\leq 50\%$. Rumus yang di gungakan untuk mengukur persentase yaitu dengan membagi jumlah nilai yang benar dengan jumlah soal dikali dengan 100%. Untuk pengukuran status ekonomi diukur dari pengukuran status ekonomi menurut Gubernur Lampung Nomor: G/526/V.08/HK/2020 menetapkan Upah Minimum Kota (UMK) Bandar Lampung Tahun 2021 Sebesar Rp. 2.739.983. status ekonomi diukur melalui 5 pertanyaan dan di beri skor jika “ya” diberi skor 1 tetapi jika “tidak” diberi skor 0. Berdasarkan jumlah skor diklasifikasikan dalam 2 kategori yaitu: 1) mampu, \geq Rp. 2.739.983 dan memperoleh skor 3-5 dan 2) tidak mampu, $<$ Rp. 2.739.983 dan memperoleh skor 0-2. Pengukuran peran tenaga kesehatan diukur menggunakan skala Likert yang berjumlah 8 pertanyaan dengan skor jawaban 4= sangat setuju, 3= setuju, 2= tidak setuju, 1= sangat tidak setuju. Berdasarkan jumlah skor dikelompokkan 0 = peran tenaga kesehatan baik, jika skor $t \geq 50$ dan 1 = peran tenaga kesehatan kurang baik, jika skor $t < 50$.¹⁴ Analisis data secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi-Square* dan Penyajian data menggunakan tabel.

HASIL

Hasil analisis univariat yang disajikan pada tabel 1 dan hasil analisis bivariat tersaji pada tabel 2 berikut.

Tabel. 1 Hasil Analisis Univariat

Variabel	F	Persentase (%)
Kepemilikan jamban sehat		
Memiliki jamban sehat	63	30,4
Tidak memiliki jamban sehat	144	69,6
Pengetahuan		
Baik	83	40,1
Kurang Baik	124	59,9
Status ekonomi		
Mampu	46	22,2
Tidak mampu	161	77,8
Peran Tenaga Kesehatan		
Baik	115	55,6
Kurang baik	92	44,4

Sumber : Data Primer, 2021

Pada tabel 1. dapat diketahui distribusi frekuensi terbesar terdapat pada responden yang tidak memiliki jamban sehat (69,6%), responden dengan pengetahuan kurang baik (59,9%), responden dengan status ekonomi tidak mampu (77,8%) dan peran tenaga kesehatan baik (55,6%).

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Kepemilikan Jamban Sehat				p-value	OR (95%CI)
	Memiliki Jamban Sehat		Tidak Memiliki Jamban Sehat			
	n	%	N	%		
Pengetahuan						
Baik	35	42,4	48	57,8	0,004	2,500
Kurang baik	28	22,6	96	77,4		(1,364-4,582)
Status Ekonomi						
Mampu	21	45,7	25	54,3	0,018	2,380
Tidak Mampu	42	26,1	119	73,9		(1,208-4,691)
Peran Tenaga Kesehatan						
Baik	37	32,2	78	67,8	0,648	1,204
Kurang Baik	26	28,3	66	71,7		(0,661-2,192)

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan hasil uji *Chi-square* pada $\alpha=0,05$ pada variabel pengetahuan dan status ekonomi pada analisis bivariat mendapatkan hasil yang signifikan ($p\ value < 0,05$) dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan status ekonomi terhadap kepemilikan jamban sehat. Sementara variabel peran tenaga kesehatan pada analisis bivariat mendapatkan hasil ($p\ value > 0,05$) yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara peran tenaga kesehatan dengan kepemilikan jamban sehat.

PEMBAHASAN

1. Pengetahuan dengan Kepemilikan Jamban

Kepala keluarga yang rata-rata pendidikan SD dan SMP memiliki risiko pengetahuan kurang baik sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan kepala keluarga dalam memiliki jamban sehat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan sebelumnya yang menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat.⁷ Pengetahuan diperoleh melalui pembelajaran, pengetahuan yang tidak akurat atau tidak lengkap bahkan kurangnya pengetahuan, dapat mencegah individu untuk terlibat dalam perilaku sanitasi yang sesuai. Pengetahuan dapat menyadari risiko kesehatan dan sanitasi lingkungan yang tidak higienis.¹⁵ Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan kepemilikan jamban sehat.⁹ Pengetahuan seseorang sangat berperan penting dalam kepemilikan jamban sehat. Kepala keluarga yang tahu mengenai pentingnya jamban sehat cenderung memiliki sikap dan perilaku yang positif dalam membangun jamban sehat dari pada responden dengan tingkat pengetahuan kurang baik.⁷

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kurangnya pengetahuan dapat menyebabkan individu tidak mengetahui tentang risiko penyakit terhadap sanitasi serta dapat

mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam menanggapi pentingnya pembangunan jamban sehat. Faktor dari kurangnya pengetahuan masyarakat dipengaruhi oleh pendidikan, tingkat pendidikan dilokasi penelitian banyak yang tingkat pendidikan SD dan SMP.

2. Status Ekonomi dengan Kepemilikan Jamban

Mayoritas masyarakat dengan status ekonomi tidak mampu menyebabkan masyarakat tidak memiliki jamban sehat. Penelitian ini didukung oleh berbagai penelitian sebelumnya, salah satunya penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara Status Ekonomi dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di RT. 01 Kelurahan Alalak Utara wilayah kerja Puskesmas Alalak Tengah Kota Banjarmasin.⁸ Status ekonomi seseorang dapat menentukan ketersedianya fasilitas yang di pergunakan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perubahan perilaku pada diri seseorang.¹⁶ Penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan kepemilikan jamban sehat.¹⁷ Tingkatan pendapatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup, dimana status ekonomi yang baik akan berpengaruh pada fasilitas yang diberikan. Apabila tingkat pendapatan baik, maka fasilitas kesehatan akan terjamin. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyediakan orang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai dengan standar kesehatan¹⁸

Perlu di perhatikan di daerah kemiskinan perkotaan dalam penurunan buang air besar sembarangan variable yang di tunjukan yaitu kepemilikan jamban. Hasil wawancara mendalam kepemilikan jamban yang berhubungan dengan kepemilikan tanah dalam pembangunan tangki septik yang tidak diizinkan karena mereka masih menyewa tanah tempat tinggal mereka, pemilik tanah khawatir akan menurunkan harga jual tanah.¹⁹ Sebagai salah satu alternatif pembiayaan untuk produk sanitasi, belum pernah mengadakan arisan jamban, di mana masyarakat berkumpul, menabung secara berkala, mengundi arisan, dan yang mendapat arisan akan dibangun jamban bersama menggunakan uang tabungan bersama tersebut. Hal ini berpotensi dapat dilakukan terutama untuk tingkat ekonomi rendah.²⁰

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa status ekonomi dapat mempengaruhi perilaku dan kemampuan seseorang dalam menyediakan fasilitas sanitasi. Kemiskinan di wilayah perkotaan terutama masyarakat yang masih tinggal di lahan sewa sulit mendapatkan fasilitas jamban sehat. Selain dari itu masyarakat yang berada di pinggir sungai atau laut merasa tidak memerlukan biaya lagi untuk membangun fasilitas jamban sehat karena mereka membuang air besar langsung ke sungai atau laut dan saluran tinja pembuangan

dialirkan langsung ke sungai atau laut. Sebagai salah satu alternatif masyarakat dapat mengadakan arisan jamban untuk pembangunan jamban komunal.

3. Peran Tenaga Kesehatan dengan Kepemilikan Jamban Sehat

Petugas kesehatan yang telah melakukan berbagai macam penyuluhan dan pemicuan tidak mempengaruhi masyarakat untuk memiliki jamban sehat. Dikarenakan sudah menjadi kebudayaan di masyarakat dalam membuang air besar sembarangan atau mengalirkan langsung saluran pembuangan ke laut atau ke sungai sehingga sulit dalam merubah masyarakat untuk memiliki jamban sehat. Hal ini sejalan dengan penelitaian yang sudah dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa peran tenaga kesehatan tidak berhubungan dengan kepemilikan jamban sehat.¹³ Petugas kesehatan merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan. Salah satu unsur dalam percepatan pembangunan kesehatan adalah tenaga kesehatan yang bertugas disarana pelayanan kesehatan di masyarakat.¹⁶ menurut penelitian sebelumnya berpendapat bahwa semakin rendah pendidikan masyarakat akan lebih sulit menyerap informasi bagaimana jamban yang memenuhi syarat. Dengan kata lain banyak informasi yang di sampaikan oleh petugas kesehatan sulit untuk diingat. Sehingga upaya petugas kesehatan dalam memberikan informasi tentang jamban sehat tidak sepenuhnya tersampaikan.⁸

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara peran tenaga kesehatan dengan kepemilikan jamban sehat.⁸ Didalam hal penggunaan jamban kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan antara lain memberikan konseling rutin tentang manfaat dan kondisi jamban sehat, serta memberikan bimbingan kepada masyarakat untuk meningkatkan kesadaran, kepedulian dan kesediaan masyarakat untuk memiliki dan menggunakan jamban keluarga. Meskipun tenaga kesehatan telah memberikan konseling atau penyuluhan tetapi masyarakat belum bisa menerima perubahan perilaku yang sudah menjadi kebiasaan atau budaya didalam masyarakat, sehingga sulit untuk memiliki kepercayaan diri dalam merubah perilaku masyarakat untuk penggunaan jamban keluarga.¹²

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan status ekonomi terdapat hubungan yang signifikan dengan kepemilikan jamban sehat. Sedangkan peran tenaga Kesehatan tidak ada hubungan yang signifikan dengan kepemilikan jamban sehat. Pengetahuan dan status ekonomi yang rendah mempengaruhi seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidup dan mencegah seseorang untuk berperilaku dalam menanggapi risiko kesehatan terutama terkait dengan sanitasi. Sulitnya perekonomian masyarakat untuk membangun jamban pribadi atau jamban komunal yang sehat. Diharapkan petugas kesehatan serta masyarakat

berkomitmen dalam menyelenggarakan arisan jamban untuk pembangunan jamban pribadi atau jamban komunal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada UPT. Puskesmas Pasar Ambon telah membantu selama pelaksanaan penelitian. Terimakasih kepada Kelurahan Pesawahan memberikan izin untuk melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sary L. Fenomena Kepemilikan Jamban Terhadap Perilaku Buang Air Besar Di Dusun Sinar Banten Kabupaten Lampung Utara. 2016;5:24-31.
<http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/duniakesmas/article/view/1092>
2. Rheinländer T, Konradsen F, Keraita B, Apoya P, Gyapong M. Redefining shared sanitation. *Bull World Health Organ.* 2015;93(7):509-510.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4490809/>
3. UNICEF. 7 fast facts about toilets. Published online 2018. <https://www.unicef.org/stories/7-fast-facts-about-toilets>
4. Kemenkes RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. *Kementerian Kesehat RI.* Published online 2018;1-582. <http://www.badankebijakan.kemkes.go.id/laporan-hasil-riset-kesehatan-dasar-risikesdas/>
5. Kementerian Kesehatan RI. Monev STBM. Published online 2021. <http://monev.stbm.kemkes.go.id/monev/>
6. Gargita IW, Miswan, Rosnawati. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jamban Setelah Pemicuan STBM di Desa Pantolobete Wilayah Kerja Puskesmas Lalundu Despot Kecamatan Rio Pakava Kabupaten Donggala. 2006;1999(December):1-6.
<https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/JKS/article/view/1718>
7. Putra GS, Selviana S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di Desa Empakan Kecamatan Kayan Hulu. *J Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa.*2019;4(4):238.
<http://openjurnal.unmuhpnk.ac.id/index.php/JKMK/article/view/866>
8. Indah MF, Asrinawaty A, Nopeana NA. Analisis Kepemilikan Jamban Sehat pada masyarakat tepi sungai Di Kota Banjarmasin (Studi Di RT 01 Kelurahan Alalak Utara). *An-NadaaJKesehatMasy.*2018;5(2):101.
<https://ojs.uniskabjm.ac.id/index.php/ANN/article/view/1669>
9. Masnarivan Y, Arlina E. Penyebab Ketidakpemilikan Jamban Sehat. *J Kesehat.* 2020;11(2):121.
https://www.researchgate.net/publication/343482736_PENYEBAB_KETIDAKPEMILIKAN_

JAMBAN_SEHAT

10. Sayati D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Jamban Sehat di Wilayah Kerja Puskesmas 23 Ilir Palembang Tahun 2018. *J 'Aisyiyah Med.* 2018;2(Agustus 2018):57-68.
<https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/74/60>
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Published online 2016:2016.
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/113087/permenkes-no-39-tahun-2016>
12. Rasyid S, Saafi LO, Azizi Jayadipraja E. The Relationship of Knowledge and Support of Health Workers With the Achievement of Latrine Using in Tirawuta Sub-District, East Kolaka District. *Indones J Heal Sci Res Dev.* 2021;3(2):8-13.
<https://ijhsrd.com/index.php/ijhsrd/article/view/82>
13. Annissa A. Kepemilikan Jamban Di Kelurahan Kalanganyar Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Tahun 2018. *Faletahan Heal J.* 2019;6(2):45-50. <https://journal.lppm-stikesfa.ac.id/index.php/FHJ/article/view/46>
14. Azwar S. *Sikap Manusia (Teori Dan Pengukuran)*. Pustaka Pelajar; 2008.
15. Devine J. Introducing SaniFOAM : A Framework to Analyze Sanitation Behaviors to Design Effective Sanitation Programs. 2009;(October).
https://www.wsp.org/sites/wsp/files/publications/GSP_sanifoam.pdf
16. Widyastutik O. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di Desa Malilian, Kalimantan Barat. Published online 2017:9-25.
<https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/view/5223>
17. Novitry F, Agustin R. Determinan Kepemilikan Jamban Sehat di Desa Sukomulyo Martapura Palembang. *J Aisyah J Ilmu Kesehat.* 2017;2(2):107.
<https://aisyah.journalpress.id/index.php/jika/article/view/FN-RA>
18. Notoatmodjo S. *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Rineka Cipta; 2011.
19. Yulyani V, Febriani CA, Shaharudin MS, Hermawan D. Patterns and determinants of open defecation among urban people. *Kesmas.* 2021;16(1):45-50.
<https://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/3295>
20. SNV, Wash in Southeast Asia (Wise). Studi Rantai Pasok Sanitasi Kunci Pencapaian Target STOP Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Published online 2017.
https://snv.org/cms/sites/default/files/explore/download/03_wash_report_-_rantai_pasok_sanitasi_di_sijunjung_dan_padang_pariaman_compressed.pdf

**LITERATUR REVIEW: IMPLEMENTASI PROGRAM BINA KELUARGA LANSIA GUNA
MENINGKATKAN KETAHANAN KELUARGA DI MASA PANDEMI COVID-19**

Isah Fitriani,¹ Lina Handayani²

^{1,2} Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

Menerima: 10 Agustus 2022

Revisi: 13 Agustus 2022

Diterima: 13 Oktober 2022

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 membawa banyak perubahan yang signifikan termasuk sistem sosial dan kesehatan. Lansia menjadi satu dari sekian banyak kelompok rentan yang berisiko tinggi terhadap paparan COVID-19 dengan risiko 15% lebih tinggi pada usia 75 tahun keatas dengan tingkat kematian yang sama. Hal tersebut mengindikasikan bahwa diperlukan suatu upaya yang mampu meningkatkan keterampilan keluarga dalam perawatan lansia dan kemandirian lansia dalam menjaga kesehatan diri sendiri. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi mengetahui implementasi program Bina Keluarga Lansia (BKL) berdasarkan teori George C. Edward III dalam meningkatkan ketahanan keluarga di masa Pandemi COVID-19. Penelitian ini merupakan tinjauan pustaka menggunakan metode *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) dengan rentang penerbitan tahun 2012-2022. Basis data yang digunakan untuk mengumpulkan literatur adalah Google Scholar dan PubMed dengan kata kunci “implementasi kebijakan” “keluarga”, “lansia” dan “COVID-19”. Peneliti menemukan sebanyak 1.780 artikel yang kemudian diinklusi menjadi tujuh artikel yang relevan. Dari tujuh artikel tersebut dapat diketahui bahwa program BKL di Indonesia mengalami penurunan partisipasi dan kinerja yang cukup signifikan. Kendati demikian, program BKL masih bisa berjalan di beberapa wilayah Indonesia karena memiliki sikap pelaksana yang baik sehingga keterbatasan sumber daya maupun faktor lainnya dapat diatasi. Di lapangan, rangkaian kegiatan BKL dilaksanakan dalam berbagai kegiatan sosial, antara lain: kemasyarakatan, fisik, skrining kesehatan. Dengan demikian, apabila peran BKL bisa dimaksimalkan, maka ketahanan keluarga akan meningkat terutama selama masa pandemi COVID-19.

Kata kunci: Implementasi kebijakan, keluarga, lansia dan COVID-19

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic brought many significant changes including social and health systems. The elderly are one of the many vulnerable groups who are at high risk of exposure to COVID-19 with a 15% higher risk at the age of 75 years and over with the same mortality rate. This indicates that an effort is needed that is able to improve family skills in caring for the elderly and the independence of the elderly in maintaining their own health. This study aims to evaluate the implementation of the Elderly Family Development (BKL) program based on George C. Edward III's theory in increasing family resilience during the COVID-19 pandemic. This research is a literature review using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) method with a publishing range of 2012-2022. The databases used to collect literature were Google Scholar and PubMed with the keywords “policy implementation” “family”, “elderly” and “COVID-19”. Researchers found as many as 1,780 articles which were then included into seven relevant articles. From the seven articles, it can be seen that the BKL program in Indonesia has experienced a significant decrease in participation and performance. Nevertheless, the BKL program can still run in several parts of Indonesia because it has a good attitude of implementers so that limited resources and other factors can be overcome. In the field, a series of BKL activities are carried out in various social activities, including: community, physical, health screening. Thus, if the role of BKL can be maximized, then family resilience will increase, especially during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Policy implementation, family, and COVID-19

*Corresponding Author:

Isah Fitriani,

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Provinsi DI Yogyakarta, Indonesia

Email : isah1900029224@webmail.uad.ac.id



Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Coronavirus Disease-19 atau COVID-19 termasuk kelompok penyakit menular yang menginfeksi saluran pernafasan manusia. Penyakit ini bersifat zoonosis karena ditularkan oleh hewan yang terinfeksi virus SARS-COV-2. COVID-19 diumumkan sebagai bencana non alam berupa wabah penyakit (pandemi) secara global oleh WHO dan pemerintah RI pada tahun 2020. Fenomena ini menjadi perhatian khusus sepanjang dua tahun terakhir yang mana dalam penanggulangannya harus melibatkan seluruh komponen masyarakat mengingat transmisinya yang mudah dan cepat.¹

WHO (2020) menyebutkan bahwa dalam 75.465 kasus COVID-19 di Tiongkok, sebesar 78-85% kluster terjadi di dalam rumah tangga atau keluarga. Hal ini menunjukkan adanya transmisi dalam kontak erat yang lama. Dari sembilan kluster keluarga di Yogyakarta, sebanyak 13 kasus terkonfirmasi. Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat menjadi sarana yang cukup strategis dalam penyebaran COVID-19 karena dapat dengan mudah menularkan virus dari satu anggota ke anggota keluarga lainnya saat berada di rumah.² Kerentanan individu terhadap penyakit ini berkaitan erat dengan kondisi komorbid atau penyakit penyerta seperti diabetes, jantung koroner, kanker, dan sebagainya dimana kelompok rentannya adalah orang cacat, tunawisma, dan orang tua (lansia).³

Salah satu acuan bagi arah kebijakan Kementerian Kesehatan RI adalah kesinambungan dalam implementasi pendekatan pelayanan kesehatan (*continuum of care*). Hal ini berarti sebuah pelayanan kesehatan itu harus diselenggarakan di seluruh tahapan siklus hidup manusia sejak dalam kandungan hingga dewasa tua (lanjut usia). Guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan tersebut, maka diperlukan sebuah wadah yang diklaim mampu menjadi agen pengelola kesehatan individu maupun masyarakat. Keluarga menjadi lingkungan terdekat yang memiliki fungsi dan peran strategis dalam pembangunan kesehatan sehingga ketahanannya perlu ditingkatkan.⁴

Keluarga menjadi pondasi utama dalam keberlangsungan tumbuh kembang individu melalui pola asuh keluarga (*pattern of parenting*) sehingga kesejahteraan dan ketahanan keluarga menjadi skala prioritas utama yang harus dicapai dalam suatu keluarga.⁵ Dalam Undang-Undang RI No 52 Tahun 2009 disebutkan bahwa kekuatan dari ketahanan keluarga dipengaruhi oleh sumber daya non fisik, mekanisme koping yang baik, dan pemenuhan kebutuhan sosial. Proses observasi pada masyarakat terkait pola ketahanan keluarga yang diimiliki diharapkan mampu menetapkan keputusan yang dituangkan dalam bentuk perilaku/tindakan, kebijakan, atau program. Dengan demikian, keluarga diharapkan bisa memenuhi kebutuhan primer dan proaktif untuk mendukung peningkatan kualitas hidup individu dalam keluarga.⁶

Guna mewujudkan keluarga yang berkualitas dengan rasa aman, nyaman, dan sejahtera sesuai dengan tujuan dari pembangunan keluarga dalam UU Nomor 52 Tahun 2009, diperlukan suatu proses kemitraan dengan berbagai *stakeholder*, salah satunya adalah BKKBN. Banyaknya permasalahan yang terjadi di keluarga berupa pernikahan dini, hamil diluar nikah, kekerasan dalam rumah tangga, hingga perilaku yang tak sehat menjadi bukti konkret bahwa ketahanan keluarga

masih lemah. Pembinaan ketahanan keluarga sebagai bagian dari pilar pemberdayaan dalam promosi kesehatan dapat dicapai dengan memaksimalkan peran kelompok Tribina (Bina Keluarga Balita, Bina Keluarga Remaja, Bina Keluarga Lansia) di tingkat Padukuhan.⁷

Lansia merupakan salah satu pilar pembangunan nasional yang menjadi fokus pemerintah dalam pembangunan sumber daya manusia yang unggul dan berkualitas guna mencapai Indonesia Emas 2045. Pada tahun 2021, pemerintah meluncurkan payung hukum untuk menjalankan program-program pemberdayaan lansia dalam koordinasi lintas sektor melalui regulasi Perpres No. 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutan. Berdasarkan laporan Badan Pusat Statistik (BPS), presentase jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2021 sebesar 10,82% dari total populasi atau sekitar 29,3 juta penduduk. Dari jumlah tersebut, sebesar 43,29% lansia berasal dari rumah tangga dengan kelompok pengeluaran 40% terbawah. Oleh karena itu, lansia memerlukan perhatian besar yang dijamin oleh negara untuk mewujudkan lansia tangguh. Salah satu program promosi kesehatan yang didukung oleh pemerintah untuk mewujudkan lansia tangguh yakni Bina Keluarga Lansia (BKL).

Promosi kesehatan yang terfokus pada faktor predisposisi seperti keluarga, pasangan, teman, dan petugas kesehatan menjadi modal utama untuk mencapai keberhasilan dari suatu program pendidikan kesehatan. Faktor-faktor ini apabila diberikan intervensi khusus harapannya akan mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap individu secara maksimal karena memiliki peran yang strategis. Dengan memaksimalkan promosi kesehatan pada faktor tersebut, maka perilaku sehat bisa diwujudkan dengan mudah. Upaya-upaya tersebut pada dasarnya dilakukan untuk memperbaiki determinan sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang.⁸

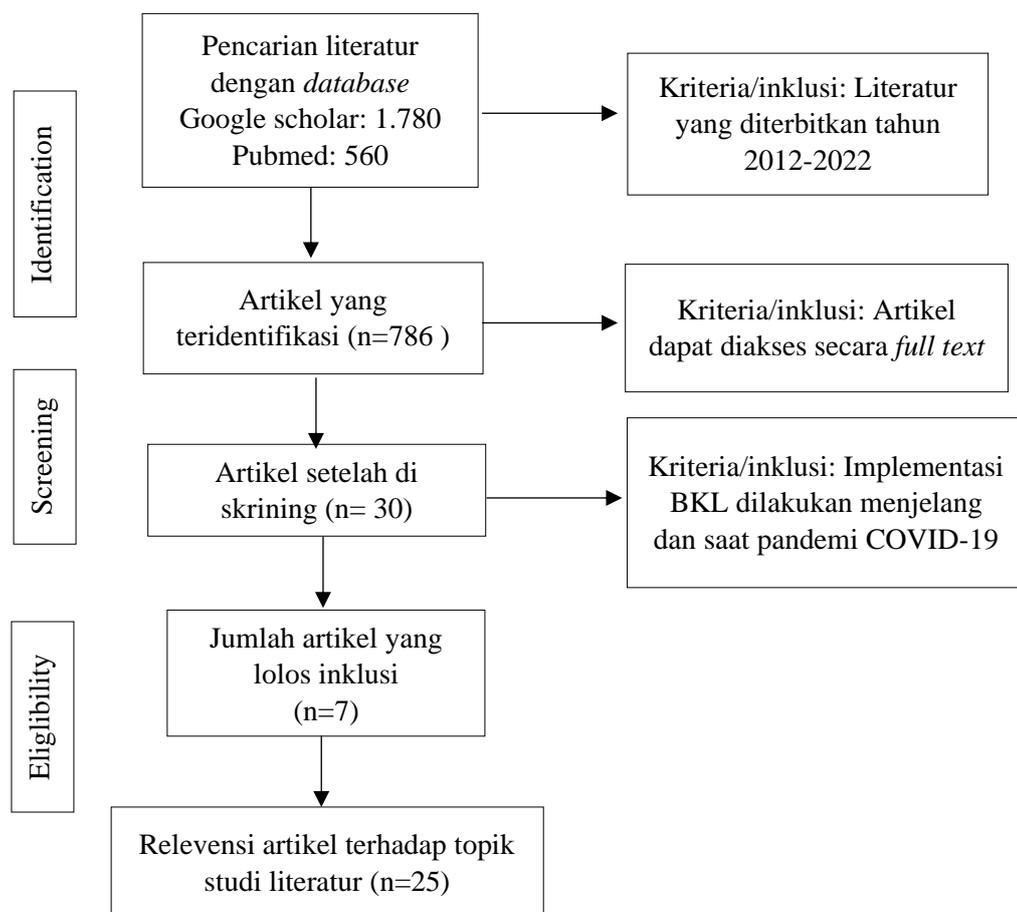
Berdasarkan teori implementasi kebijakan publik George C. Edward III, keberhasilan dari implementasi suatu kebijakan ditentukan oleh empat faktor, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Implementasi yang efektif hanya bisa terlaksana apabila para pemangku kebijakan memahami apa saja yang harus dikerjakan. Hal-hal tersebut diperoleh dari proses komunikasi yang baik sehingga informasi bisa diserap dengan maksimal, begitupun dengan sumber daya, sikap dan perilaku sumber daya (disposisi), serta struktur birokrasi dalam menentukan Standar Operasional Prosedur (SOP).⁹

Kebijakan publik termasuk BKL di bidang kesehatan dirancang khusus untuk memaksimalkan *output* kesehatan secara merata atau dalam kata lain mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kendati demikian, implementasi kebijakan yang bervariasi di berbagai aspek nyatanya berpeluang untuk membatasi dampak dari kesehatan penduduk. Keterlibatan para pemangku kebijakan dan evaluasi yang berkelanjutan sangat diperlukan untuk mendukung tercapainya tujuan suatu kebijakan kesehatan masyarakat.¹⁰

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilakukan menggunakan metode *literature review* dari jurnal nasional dan internasional yang diterbitkan 10 tahun terakhir yakni sejak tahun 2012 sampai 2022. *Database* yang

digunakan yaitu Google Scholar dan Pubmed dengan kata kunci “implementasi kebijakan”, “keluarga”, dan “COVID-19”. Peneliti menemukan artikel di Google Scholar sebanyak 1.780 dan PubMed sebanyak 560 artikel yang kemudian diseleksi menjadi 30 dari 786 artikel. Hasil seleksi tersebut selanjutnya diinklusi sesuai kriteria untuk memudahkan analisis sehingga diperoleh 25 artikel. Adapun relevansi artikel yang diperoleh yaitu sebanyak tujuh artikel nasional dari Google Scholar kemudian dianalisis menggunakan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) dengan rentang penerbitan tahun 2012-2022 yang didasarkan pada teori implementasi kebijakan publik George C. Edward III (1980) (Gambar 1).



Gambar 1. PRISMA flowchart

HASIL

Setelah melakukan penelusuran, peneliti memperoleh tujuh artikel yang relevan dengan topik penelitian yaitu implementasi program Bina Keluarga Lansia sebagai bagian dari peningkatan ketahanan keluarga yang diterbitkan menjelang dan saat Pandemi COVID-19 berlangsung. Artikel-artikel tersebut selanjutnya di *review* secara mendalam yang disajikan pada Tabel 1. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa keberhasilan dari implementasi suatu kebijakan atau program nyatanya tidak terlepas dari empat faktor dalam teori George C. Edward III (1980) yaitu komunikasi,

sumber daya (baik fisik maupun non fisik), disposisi (sikap pelaksana), dan struktur birokrasi (SOP). Masing-masing faktor saling mempengaruhi satu sama lain sehingga kita dapat mengetahui bagaimana implementasi Bina Keluarga Lansia di masyarakat terutama selama masa Pandemi COVID-19.

Tabel 1. Hasil Review Artikel

Peneliti	Judul	Hasil
Tamara, Subowo, and Afrizal, 2022 ¹¹	Implementasi Kebijakan Program Bina Keluarga Lansia (BKL) Di Kelurahan Peterongan Kota Semarang	Keberhasilan pelaksanaan program BKL di Desa Peterongan paling banyak didorong oleh komunikasi dan disposisi. Sementara sumber daya dan struktur birokrasi belum mampu terpenuhi sehingga menjadi penghambat yang cukup berarti
Jamilah and Sudirman, 2019 ¹²	Implementasi Kebijakan Bina Keluarga Lansia Di Desa Pombewe Kecamatan Sigi Biromaru Kabupaten Sigi	Implementasi program BKL di Desa Pombewe terbilang cukup baik. Hal ini dilihat dari tingkat partisipasi para lansia dalam mengikuti senam, pengajian, dan pengobatan gratis. Koordinasi dan kemitraan dengan Dinas Kesehatan, Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana, hingga Dinas Sosial Kabupaten Sigi sebagai bagian dari struktur birokrasi yang baik mampu membawa Desa Pombewe mewujudkan lansia sehat, tangguh, dan produktif
Mayasari, Permanasari, and Hayu, 2021 ¹³	Evaluasi Tata Kelola Implementasi Program Bina Keluarga Lansia (BKL) Pada Masa Pandemi COVID-19	Pelaksanaan program BKL sempat berjalan dengan baik, namun faktor SDM dan disposisi menjadi penghambat terbesar selama masa pandemi COVID-19, hampir semua kegiatan BKL diberhentikan sehingga dimensi lansia tangguh tidak dapat dicapai dengan maksimal
Witono, 2020 ¹⁴	Partisipasi Masyarakat Dalam Ketahanan Keluarga Pada Masa Pandemi COVID-19	Pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat selama bulan April 2020 mengalami kemunduran akibat COVID-19. Tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan Bina Keluarga Lansia yang sebelumnya mencapai 70-80% merosot menjadi 40-50%. Padahal, kegiatan tersebut mampu meningkatkan ketahanan keluarga terutama saat Pandemi COVID-19
Trianfano, Suryoto, and Sartono, 2022 ¹⁵	Program Implementasi Kampung Keluarga Harapan (KB) Di Desa Karangmangu Kecamatan Purwojati Kabupaten Banyumas	Pelaksanaan kampung KB di Desa Karangmangu terbilang belum maksimal karena tingkat partisipasi masyarakat dalam program Tribina (termasuk BKL) masih sedikit. Komunikasi, sumber daya, dan disposisi dalam pelaksanaan program ini memerlukan banyak evaluasi, sementara struktur birokrasi sudah mampu terpenuhi melalui SOP

Laili and Choriyah, 2021 ¹⁶	Komunikasi dalam Program Bina Keluarga Lansia Di Kabupaten Gresik	Proses komunikasi dalam program BKL di Kabupaten Gresik meliputi aspek transmisi, kejelasan, dan konsistensi. Kader BKL berkoordinasi untuk memberikan penyuluhan, sosialisasi, skrining kesehatan, dan perawatan bagi lansia dengan bantuan pihak Puskesmas Driyorejo secara gratis. Dengan adanya program BKL ini, status kesehatan lansia di Kabupaten Gresik cenderung mengalami peningkatan
Pradana and Arifin, 2021 ¹⁷	Bina Keluarga Lansia (BKL) Sebagai Sebuah Gerakan Sosial Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Di Masyarakat	BKL terbukti bermanfaat dalam meningkatkan partisipasi dan kemampuan lansia dengan adanya kegiatan-kegiatan positif berbasis pemberdayaan keluarga. BKL juga membantu lansia untuk lebih produktif di lingkungan masyarakat dan berdaya (tidak dianggap lemah). Hal ini merupakan bagian dari komunikasi efektif dan struktur birokrasi yang mudah difahami sehingga mampu mengubah persepsi individu ke arah yang lebih baik

PEMBAHASAN

Pada tanggal 2 Maret 2020, COVID-19 (*coronavirus diseases*) pertama kali dilaporkan di Indonesia sebanyak dua kasus. Di tahun yang sama pula, COVID-19 menyebar dengan cepat hingga menyebabkan tingkat mortalitas di Indonesia mencapai persentase 8,9% dan menjadi prevalensi tertinggi se-Asia Tenggara saat itu. Sebelum terjadinya wabah COVID-19, terdapat enam golongan virus corona yang menginfeksi manusia yakni *alphacoronavirus* NL63, *alphacoronavirus* 229E, *betacoronavirus* OC43, *betacoronavirus* HKU1, *Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus* (SARS-CoV), dan *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV).¹⁸

Keberadaan Pandemi COVID-19 membuat banyak keluarga kehilangan pekerjaan dan orang terkasih akibat paparan virus mematikan ini sehingga ketahanan yang dimiliki menurun drastis. Ketahanan keluarga dimaknai sebagai cara keluarga dalam menghadapi berbagai kesulitan yang ada terutama saat Pandemi COVID-19. Ketahanan keluarga ini juga berkaitan erat dengan kapasitas keluarga dalam mempertahankan kestabilan dan memulihkan kondisi internal anggotanya. Dalam hal ini, keluarga biasanya melakukan adaptasi konstruktif dalam menyikapi ancaman, gangguan, maupun krisis pada seluruh aspek kehidupannya termasuk kesehatan.¹⁹

Lansia adalah satu dari sekian banyak kelompok rentan yang berisiko tinggi terhadap paparan COVID-19. Lansia dengan usia 75 tahun ke atas berisiko 15% lebih tinggi terpapar COVID-19 dengan tingkat kematian yang sama. Semakin bertambahnya usia, maka daya tahan tubuh juga semakin menurun, belum lagi diperburuk dengan penyakit penyerta (komorbid) seperti diabetes, jantung, atau pembekuan darah yang dimiliki. Untuk mencegah hal tersebut, maka lansia sebagai bagian dari ketahanan keluarga dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik dan cek kesehatan secara

rutin. Adanya pembatasan sosial membuat keluarga menjadi terisolasi sehingga pemberian layanan bagi anggotanya yang lansia tidak bisa berjalan dengan maksimal.²⁰

Di masa Pandemi COVID-19, lansia menjadi kelompok yang memerlukan perhatian khusus setelah balita melalui upaya kemandirian dalam menjaga kesehatan diri sendiri. Dengan ketergantungan yang minim dan kemandirian yang meningkat, maka lansia mampu menjalankan protokol kesehatan dengan baik bersama anggota keluarga lainnya sehingga risiko penularan COVID-19 bisa dihindari. Selain itu, kemandirian pada lansia bisa membantu mengoptimalkan kondisi diri sendiri dari berbagai dampak negatif COVID-19 pada aspek ekonomi, sosial, dan lain sebagainya.²¹ Hal ini dapat dicapai melalui program atau kerangka kerja yang mendukung perlindungan lansia dari bencana lain (baik wabah maupun non wabah) di masa depan.²²

Bina Keluarga Lansia merupakan salah satu program yang berada dibawah naungan BKKBN sebagai sarana bagi lansia itu sendiri maupun anggota keluarganya untuk memberdayakan keluarga dalam hal keterampilan perawatan dan pelayanan yang baik bagi orang tua mereka. Program ini didukung dengan adanya pemberdayaan, pembinaan, dan pengembangan potensi yang dimiliki lansia sehingga kesejahteraan keluarga meningkat. Melalui Bina Keluarga Lansia, maka keluarga sebagai *support system* mampu mempertahankan bahkan meningkatkan ketahanan anggotanya terutama bagi kelompok rentan seperti lansia.²³

Berdasarkan hasil *review* dari tujuh literatur, diperoleh beberapa informasi terkait implementasi BKL sebagai upaya peningkatan ketahanan keluarga di masa pandemi COVID-19. Program BKL diselenggarakan oleh setiap desa/dusun untuk setiap bulan untuk memberikan pembinaan terhadap lansia agar mereka mampu menjadi lansia yang sehat, tangguh, dan produktif. Keberhasilan dari implementasi program ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi (sikap pelaksana), dan struktur birokrasi yang ada.¹²

Penelitian Laili dan Choriayah (2021) menyebutkan bahwa BKL memiliki peran dalam pemberian penyuluhan, sosialisasi, penanganan kesehatan dasar, dan perawatan bagi lansia secara gratis. Hal yang demikian tentu menjadi pendukung ketahanan keluarga terutama selama masa pandemi COVID-19.¹⁶ Meskipun kegiatan BKL cenderung berhenti di beberapa daerah di Indonesia, namun tak sedikit pula yang masih menjalankannya dengan mengurangi intensitas pertemuan atau mengubah metodenya menjadi jemput bola seperti yang dilakukan oleh kader kesehatan di Dusun Pagergunung 1, Kalurahan Sitimulyo, Kecamatan Piyungan, Bantul, DI Yogyakarta setelah peneliti melakukan studi pendahuluan pada Bulan Mei 2022 lalu.

Kegiatan yang ada dalam program BKL terdiri dari kegiatan umum (utama) dan kegiatan khusus (pengembangan). Kegiatan umum meliputi penyuluhan, *home visit*, temu keluarga, pencatatan, pelaporan, rujukan, monitoring, dan evaluasi. Sementara kegiatan khusus meliputi hal-hal yang memerlukan pengembangan seperti olahraga (senam), pembinaan ekonomi kreatif, rekreasi, pemberian makanan tambahan (PMT), dan kegiatan sosial kemasyarakatan maupun keagamaan.

Pembinaan lansia dilaksanakan sesuai SOP dalam UU dan peraturan pemerintah yang berperan sebagai dasar penentuan kebijaksanaan pembinaan di Indonesia.²⁴

Penelitian Tamara, Subowo, and Afrizal (2022) menyebutkan bahwa faktor pendorong terbesar dari keberhasilan pelaksanaan program Bina Keluarga Lansia (BKL) adalah komunikasi dan disposisi (sikap pelaksana). Komunikasi dalam hal ini dilakukan dengan jelas dan konsisten melalui sosialisasi pembentukan BKL. Sementara disposisi berkaitan dengan pengangkatan SDM pelaksana secara tepat melalui berbagai prosedur ujian, pelatihan, dan musyawarah bersama pemangku kebijakan setempat. Di sisi lain, sumber daya (dana, sarana prasarana, dan sebagainya) serta struktur birokrasi yang berkenaan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) masih memerlukan banyak perbaikan sehingga keterbatasannya dapat menghambat pelaksanaan program BKL di Kelurahan Peterongan.¹¹

Penelitian Mayasari, Permanasari, dan Hayu (2021) menyimpulkan bahwa terdapat evaluasi terhadap tata Kelola program BKL selama masa Pandemi COVID-19 terutama dalam hal sumber daya (dana, sarana prasana, SDM), dan disposisi yang berhubungan dengan penurunan respon kader BKL atau tingkat partisipasi masyarakat karena aktivitas keluarga yang berbeda-beda. Padahal, program ini dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga/lansia sehingga kualitas hidupnya bisa meningkat termasuk dalam aspek kesehatan.¹³

Bina Keluarga Lansia (BKL) sebagai gerakan sosial nyatanya mampu mengubah persepsi masyarakat tentang rendahnya aktivitas, partisipasi, dan finansial lansia di lingkungan masyarakat. Sebelum program BKL diluncurkan, Sebagian besar lansia di Indonesia hanya memiliki aktivitas yang terbatas dan tidak terlalu berat sehingga sering dianggap tidak berdaya. Namun setelah program BKL diimplementasikan, banyak lansia dan keluarga lansia yang dibina secara terpadu sesuai 7 dimensi lansia tangguh.¹⁷

COVID-19 menjadi beban bagi lansia terutama pada mereka yang memiliki komorbid atau penyakit penyerta. Lansia sebagai bagian dari pembangunan SDM memerlukan perlindungan dan perawatan khusus guna menurunkan risiko kesakitan dan kematian.²⁵ Perpaduan antara faktor disposisi, sumber daya, komunikasi, dan struktur birokrasi yang baik sangat diperlukan dalam penerapan/implementasi suatu kebijakan termasuk di bidang kesehatan masyarakat. Dengan implementasi yang baik dan tepat sasaran, maka tujuan utama dari program Bina Keluarga Lansia sebagai sarana peningkatan ketahanan keluarga di masa Pandemi COVID-19 akan tercapai dengan maksimal.

KESIMPULAN

Keberhasilan dari suatu implementasi kebijakan publik termasuk bidang kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Selama masa Pandemi COVID-19, program BKL mengalami penurunan partisipasi dan kinerja yang cukup signifikan. Kendati demikian, program BKL masih bisa berjalan di beberapa

wilayah Indonesia karena memiliki disposisi yang baik untuk memadukan komunikasi, sumber daya (baik fisik maupun non fisik), dan struktur birokrasi dalam bentuk *standard operating procedure* (SOP). Program ini diterapkan melalui berbagai kegiatan sosial kemasyarakatan, keagamaan, pembinaan ekonomi kreatif, aktivitas fisik, dan skrining kesehatan yang dapat memberdayakan lansia. Dengan demikian, apabila peran BKL bisa dimaksimalkan, maka ketahanan keluarga akan meningkat terutama di masa Pandemi COVID-19.

DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat, Jenderal, Pencegahan, Dan, Pengendalian, Penyakit. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease*. Kemenkes RI; 2020.
2. WHO. *Transmisi SARS-CoV-2: Implikasi Terhadap Kewaspadaan Pencegahan Infeksi*.; 2020.
3. Gashaw T, Hagos B, Sisay M. Expected Impacts of COVID-19: Considering Resource-Limited Countries and Vulnerable Population. *Front Public Heal*. 2021;9(May):1-11. doi:10.3389/fpubh.2021.614789
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keluarga Sehat Wujudkan Indonesia Sehat. *Kementrian Kesehatan RI*. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Warta-Kesmas-Edisi-03-2017_955.pdf. Published 2017.
5. Wiriana YS, Yulyana E, Priyanti E, Karawang US. IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN PEMBANGUNAN KETAHANAN KELUARGA MELALUI KELOMPOK TRIBINA OLEH DINAS PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA KABUPATEN KARAWANG. *J Moderat*. 2020;6(4):800-817. <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/moderat/article/view/4442/3584>
6. Musfiroh M, Mulyani S, C EB, Nugraheni A. ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KETAHANAN KELUARGA DI SURAKARTA. *PLACENTUM J Ilm Kesehat dan Apl*. 2019;7(2):61-66. <https://jurnal.uns.ac.id/placentum/article/view/32224>
7. Indrastuti. *INTEGRASI DATA TRIBINA BKB, BKR, BKL TINGKAT PADUKUHAN UNTUK MENGOPTIMALKAN PEMBINAAN KETAHANAN KELUARGA Di Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana Pemberdayaan Masyarakat Dan Desa Kabupaten Bantul*.; 2021. https://imt.jogjaprov.go.id/simperpus/index.php?p=show_detail&id=15254
8. Irwan. *Etika Dan Perilaku Kesehatan*. CV. ABSOLUTE MEDIA; 2017.
9. Agustino L. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta; 2014.
10. Oh A, Abazeed A, Chambers DA. Policy Implementation Science to Advance Population Health: The Potential for Learning Health Policy Systems. *Front Public Heal*. 2021;9(June):1-6. doi:10.3389/fpubh.2021.681602
11. Tamara SH, Subowo A, Afrizal T. Implementasi Kebijakan Program Bina Keluarga Lansia (Bkl) Di Kelurahan Peterongan Kota Semarang. *J Public Policy Manag Rev*. 2022;11(2):91-107. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/33442>

12. Jamilah, Sudirman HY. Implementasi kebijakan bina keluarga lansia di desa pombewe kecamatan sigi biromaru kabupaten sigi. *J Kolaboratif Sains*. 2019;1(1):543.
13. Mayasari E, Permanasari I, Epinarahayu R. Evaluasi Tata Kelola Implementasi Program Bina Keluarga Lansia (BKL) pada Masa Pandemi Covid-19. *J Kesehat Manarang*. 2021;7(1):64. doi:10.33490/jkm.v7i1.451
14. Witono. COVID-Partisipasi masyarakat dalam ketahanan keluarga. *J Masy Mandiri*. 2020;4(3):396-406.
15. Trianfano A, Suryoto, Sartono. PROGRAM IMPLEMENTASI KAMPUNG KELUARGA HARAPAN (KB) DI DESA KARANGMANGU KECAMATAN PURWOJATI KABUPATEN BANYUMAS. *MIDA Maj Ilm Din Adm*. 2022;19(1):1-8.
16. Laili EN, Choiriyah IU. Komunikasi Dalam Program Bina Keluarga Lansia di Kabupaten Gresik. *J Kebijak dan Manaj Publik*. 2020;9(2):1-5. doi:<https://doi.org/10.21070/jkmp.v9i2.1577>
17. Pradana AA, Arifin MH. Bina Keluarga Lansia (Bkl) Sebagai Sebuah Gerakan Sosial Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Di Masyarakat. *J Ilmu Kesejaht Sos*. 2021;22(1):1-9.
18. Susilo A, Rumende CM, Pitoyo CW, et al. Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. *J Penyakit Dalam Indones*. 2020;7(1):45. doi:10.7454/jpdi.v7i1.415
19. Walsh F. Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. *Fam Process*. 2020;59(3):898-911. doi:10.1111/famp.12588
20. Kinasih A, Hidayat, Sanubari T. Lansia sehat di masa pandemi: Aktivitas fisik selama pandemi COVID-19 (Healthy elderly in pandemic: Physical activities during the COVID-19 pandemic). *J Kesehat Komunitas*. 2021;7(2):221-225. <https://jurnal.htp.ac.id/index.php/keskom/article/view/936>
21. Sari MT, Daryanto D. Edukasi Lansia Sehat Dan Bahagia (Smart) Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Tempino Muaro Jambi. *LOGISTA - J Ilm Pengabd Kpd Masy*. 2021;5(1):35. doi:10.25077/logista.5.1.35-41.2021
22. Pandey P, Litoriya R. Ensuring Elderly Well-Being During COVID-19 by Using the Internet of Things. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022;16(2):763-766. doi:10.1017/dmp.2020.390
23. Pangestuti B. UPAYA MEWUJUDKAN LANSIA TANGGUH MELALUI BINA KELUARGA LANSIA (STUDI DESKRIPTIF DI BKL KECUBUNG). *DIKLUS J Pendidik Luar Sekol*. 2019;3(2):137-157.
24. Junadi. PENYULUHAN KELOMPOK BINA KELUARGA LANSIA (BKL) DALAM MEWUJUDKAN KELUARGA LANSIA TANGGUH DI KECAMATAN MALO KABUPATEN BOJONEGORO. *J Ilm Adm Negara*. 2017;1(1):37-72. https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

25. Cuschieri S, Grech V. Protecting our vulnerable in the midst of the COVID-19 pandemic: lessons learnt from Malta. *Public Health*. 2020;198(January):270-272. doi:10.1016/j.puhe.2021.07.043



DETERMINAN KEJADIAN HIPERTENSI TIDAK TERKENDALI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEMUNING TAHUN 2022

Dian Safitri Khairani,¹ Alib Birwin,² Yoli Farradika³

^{1,2&3} Program Studi Kesehatan Masyarakat, FIKes, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka, Jakarta, Indonesia

Menerima: 15 Mei 2022

Revisi: 20 Mei 2022

Diterima: 19 Agustus 2022

ABSTRAK

Hipertensi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko yang dapat mengakibatkan stroke, gagal jantung, gagal ginjal, gangguan pada otak dan kerusakan retina. Pada tahun 2013, penderita hipertensi diketahui bahwa sebesar 4% penderita hipertensi terkontrol dan 50% penderita hipertensi tidak terkontrol. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan dari kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning tahun 2022. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Case Control*. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara berupa lembar kuesioner dan pemeriksaan fisik berupa tensimeter digital, timbangan manual, dan mikrotoa. Sampel kasus berjumlah 76 responden hipertensi tidak terkontrol dengan cara *quota sampling* sedangkan sampel kontrol berjumlah 10 responden hipertensi terkontrol dengan cara *total sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dengan menggunakan Uji *Chi Square*, dan multivariat dengan menggunakan Uji Regresi Logistik Berganda. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol yaitu status pernikahan ($Pvalue=0,031$; $OR=5,055$) dan kepatuhan minum obat anti-hipertensi ($Pvalue=0,004$; $OR=9,217$). Faktor yang tidak berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol yaitu umur ($Pvalue=0,470$; $OR=2,000$), obesitas ($Pvalue=0,277$; $OR=0,273$), merokok ($Pvalue=1,000$; $OR=0,771$), olahraga ($Pvalue=0,114$; $OR=3,643$), dan konsumsi makanan asin ($Pvalue=0,733$; $OR=1,607$). Faktor dominan dari kejadian hipertensi tidak terkontrol adalah kepatuhan minum obat anti hipertensi ($Pvalue=0,007$; $OR=9,217$). Diperlukan penyuluhan secara langsung mengenai kepatuhan untuk minum obat anti-hipertensi dan hipertensi tidak terkontrol pada penderita hipertensi.

Kata kunci : Hipertensi, Kepatuhan Minum Obat, Status Pernikahan.

ABSTRACT

Uncontrolled hypertension is a risk factor that can lead to stroke, heart failure, kidney failure, brain disorders and retinal damage. In 2013, it was found that 4% of hypertensive patients were under control and 50% of hypertensive patients were uncontrolled. The purpose of this study was to determine the determinants of the incidence of uncontrolled hypertension in the working area of the Kemuning Health Center in 2022. This study was a quantitative study with a Case Control approach. Data was collected by means of interviews in the form of a questionnaire sheet and physical examination in the form of a digital sphygmomanometer, manual scales, and microtoa. The case sample was 76 respondents with uncontrolled hypertension by means of quota sampling, while the control sample consisted of 10 respondents with controlled hypertension by means of total sampling. Data analysis was performed univariately, bivariately using Chi Square Test, and multivariate using Multiple Logistics Regression Test. The results of this study indicate that the factors associated with the incidence of uncontrolled hypertension are marital status ($P\text{-value} = 0.031$; $OR = 5.055$) and adherence to taking anti-hypertensive drugs ($P\text{-value} = 0.004$; $OR = 9.217$). Factors that were not associated with the incidence of uncontrolled hypertension were age ($Pvalue=0.470$; $OR=2,000$), obesity ($Pvalue=0,277$; $OR=0,273$), smoking ($Pvalue=1,000$; $OR=0,771$), exercise ($Pvalue=0,114$; $OR = 3.643$), and consumption of salty food ($P\text{-value} = 0.733$; $OR = 1.607$). The dominant factor in the incidence of uncontrolled hypertension was adherence to taking antihypertensive drugs ($Sig=0.007$; $OR=9.217$). Direct in-depth information in the form of direct counseling regarding adherence to taking anti-hypertensive drugs and uncontrolled hypertension in patients with hypertension.

Keywords: Hypertension, Adherence to Medication, Marital Status.

*corresponding Author:

Dian Safitri Khairani

Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka

Email : diankhairani00@gmail.com



Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Dikatakan hipertensi yang dikeluarkan oleh WHO adalah ketika pengukuran tekanan darah sistolik mencapai ≥ 140 mmHg dan diastolik mencapai ≥ 90 mmHg.¹ Prevalensi dunia tahun 2019 menurut *World Health Organization* secara dunia sebesar 22%, urutan wilayah mulai dari yang tertinggi yaitu Afrika (27%), Mediterania Timur (26%), Asia Tenggara (25%), Eropa (23%), Pasifik Barat (19%), dan Amerika (18%).² Bukan hanya dalam lingkup dunia, hipertensi juga menjadi penyakit penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah stroke (15,4%) dan tuberkulosis (7,5%) dengan mencapai angka 6,8%.³ Secara nasional, di Indonesia prevalensi hipertensi menurut pengukuran pada umur diatas 18 tahun pada tahun 2007 sebesar 31,7%, pada tahun 2013 sebesar 25,8%, Dan pada tahun 2018 terjadi peningkatan prevalensi sebesar 34,1%, dengan angka kematian penyakit hipertensi di Indonesia mencapai 6,75 per 1.000 penduduk.⁴

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Barat, prevalensi penyakit hipertensi menurut pengukuran pada umur diatas 18 tahun mengalami peningkatan dari tahun 2007, 2013, dan 2018 dengan masing-masing sebesar 29,3%, 29,4%, 39,6%. Pada tahun 2018 prevalensi hipertensi di Jawa Barat menduduki urutan ke-2 dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia.⁵ Di Kabupaten Bogor prevalensi penyakit hipertensi menurut pengukuran pada umur diatas 18 tahun selalu mengalami peningkatan pada tahun 2007 sebesar 23,3%, pada tahun 2013 sebesar 27,6%, dan pada tahun 2018 sebesar 37,3%.⁵ Berdasarkan data Puskesmas Kemuning, penderita hipertensi pada 2 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu, pada tahun 2019 sebanyak 1.115 kasus dan pada tahun 2020 sebanyak 1.345 kasus.⁶

Permasalahan kesehatan tidak hanya mengenai tingginya prevalensi hipertensi, tetapi juga tingginya kasus kejadian hipertensi yang tidak terkontrol.⁷ Hipertensi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko yang dapat mengakibatkan stroke, gagal ginjal, gagal jantung, gangguan pada otak dan kerusakan retina.⁸ Dikatakan hipertensi tidak terkontrol pada saat tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg yang dihitung berdasarkan rata-rata dari tiga kali pengukuran pada penderita hipertensi yang memakai pengobatan anti-hipertensi atau tanpa perlakuan antihipertensi.⁹ Dari 15 juta penderita hipertensi diketahui bahwa 4% penderita hipertensi terkontrol dan 50% penderita hipertensi tidak terkontrol sehingga penderita mengalami hipertensi yang lebih berat.⁹

Menurut penelitian Gebremichael *et al.*, didapatkan hasil prevalensi hipertensi tidak terkontrol sebesar 52,5% dan disimpulkan bahwa obesitas, kepatuhan minum obat anti-hipertensi, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan memiliki penyakit penyerta merupakan faktor risiko hipertensi tidak terkontrol.¹⁰ Selain itu, penelitian Aberhe *et al.*, menunjukkan prevalensi hipertensi

tidak terkontrol sebesar 52,7% dan menyatakan bahwa adanya hubungan antara umur, diet makanan asin tinggi garam, aktivitas fisik, mengontrol berat badan, kepatuhan minum obat anti-hipertensi dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol.¹¹

Kemudian, ditemukan hasil bahwa merokok, alkohol, obesitas, usia lanjut, kurang sadarnya terhadap komplikasi, dan konsumsi tanaman khat merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian hipertensi tidak terkontrol.¹² Selain itu, penelitian oleh Artiyaningrum & Azam, ditemukan hasil bahwa umur, status pasangan, konsumsi garam, konsumsi kopi, stress, kepatuhan minum obat antihipertensi merupakan faktor risiko yang mengakibatkan tekanan darah tidak terkontrol dan cenderung lebih meningkat.¹³

Berdasarkan wawancara dengan pemegang program PTM menunjukkan di Puskesmas Kemuning hipertensi tidak terkontrol terjadi dikalangan penderita hipertensi dan belum adanya penelitian mengenai determinan kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning. Maka dari uraian diatas, untuk mengetahui determinan kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning tahun 2022 dilakukan penelitian mengenai “Determinan Kejadian Hipertensi Tidak Terkontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kemuning Tahun 2022”.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain observasional analitik melalui pendekatan *Case Control*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kemuning yang terletak di Kecamatan Bojonggede, Kabupaten Bogor. Puskesmas Kemuning memiliki wilayah kerja terdiri dari 3 desa yaitu Desa Cimanggis, Kedung Waringin, dan Waringin Jaya. Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan November 2021 – April 2022 dan waktu pengumpulan data dilakukan selama 9 hari pada tanggal 21-26 Februari 2022, 1-2 Maret 2022, dan 4 Maret 2022. Pada penelitian ini sampel kasus adalah penderita hipertensi yang memeriksakan diri di Puskesmas Kemuning minimal 2 kali pemeriksaan pada rentang waktu November 2021 - Januari 2022 yang menunjukkan hasil pengukuran tekanan darah tidak terkontrol, dengan kriteria inklusi. Sampel kontrol adalah penderita hipertensi yang memeriksakan diri di Puskesmas Kemuning minimal 2 kali pemeriksaan pada rentang waktu November 2021 - Januari 2022 yang menunjukkan hasil pengukuran tekanan darah terkontrol, dengan kriteria inklusi.

Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan teknik *Non-probability Sampling* yaitu *Quota Sampling* dan *Total Sampling*. Besar sampel kasus penelitian ini ditentukan berdasarkan sampel secara jatah yaitu pada sampel hipertensi tidak terkontrol sebanyak 76 orang sedangkan besar sampel kontrol penelitian ini ditentukan berdasarkan total sampel yaitu pada semua

sampel hipertensi terkontrol sebanyak 10 orang. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Instrumen penelitian atau alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat ukur berupa tensimeter digital, timbangan manual dan mikrotoa, dan lembar kuesioner dengan cara wawancara yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Analisis univariat yang digunakan yaitu distribusi frekuensi. Analisis bivariat yang digunakan dengan uji statistik yaitu Uji *Chi Square*. Analisis multivariat yang digunakan dengan uji statistik yaitu Uji Regresi Logistik Berganda. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik oleh Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka (KEPKK UHAMKA) dengan nomor 03/22.02/01518.

HASIL

Hasil analisis univariat pada Tabel 1, menunjukkan jumlah responden lebih banyak yang menderita hipertensi tidak terkontrol sebesar 88,4%, distribusi responden hipertensi tidak terkontrol mayoritas berjenis kelamin perempuan 80,3%, bertempat tinggal di desa Cimanggis sebanyak 53,9%, tamat SMA/Sederajat sebanyak 38,2%, dan yang tidak bekerja sebanyak 81,6%, umur diatas 40 tahun 94,7%, dan menikah 68,4%. Pada Tabel 2, menunjukkan distribusi responden hipertensi tidak terkontrol mayoritas obesitas 71,1%, tidak patuh minum obat anti-hipertensi 69,7%, tidak merokok 2,1%, kurang olahraga 89,5%, dan jarang konsumsi makanan asin 59,2%.

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Demografi dan Sosial Ekonomi Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Kemuning Tahun 2022

Karakteristik Demografi dan Sosial Ekonomi	Hipertensi			
	Tidak Terkendali		Terkendali	
	n	%	n	%
Hipertensi	76	88,4	10	11,6
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	15	19,7	1	10
Perempuan	61	80,3	9	90
Desa Tempat Tinggal				
Cimanggis	41	53,9	2	20
Kedung Waringin	29	38,2	6	60
Waringin Jaya	6	7,9	2	20
Pendidikan				
Tidak Menempuh Pendidikan Formal	3	3,9	0	0
Tidak Tamat SD/Sederajat	2	2,6	0	0
Tamat SD/Sederajat	18	23,7	3	30
Tamat SMP/Sederajat	15	19,7	2	20
Tamat SMA/Sederajat	29	38,2	4	40
Tamat Diploma/Perguruan Tinggi	9	11,8	1	10
Pekerjaan				

Bekerja	14	18,4	9	90
Tidak Bekerja	62	81,6	1	10
Umur				
>40 Tahun	72	94,7	9	90
18-40 Tahun	4	5,3	1	10
Status Pernikahan				
Menikah	52	68,4	3	30
Tidak Menikah	24	31,6	7	70

Sumber: Primer, 2022

Tabel 2. Gambaran Obesitas dan Perilaku Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Kemuning Tahun 2022

Obesitas dan Perilaku	Hipertensi			
	Tidak Terkendali		Terkendali	
	n	%	n	%
Obesitas				
Obesitas	54	71,1	9	90
Tidak Obesitas	22	28,9	1	10
Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi				
Tidak Patuh	41	53,9	2	20
Patuh	29	38,2	6	60
Merokok				
Merokok	41	53,9	2	20
Tidak Merokok	29	38,2	6	60
Olahraga				
Kurang	41	53,9	2	20
Baik	29	38,2	6	60
Konsumsi Makanan Asin				
Sering	41	53,9	2	20
Jarang	29	38,2	6	60

Sumber: Primer, 2022

Hasil analisis bivariat pada Uji *Chi Square* pada Tabel 3, menunjukkan terdapat 2 variabel yang memiliki hubungan yaitu status pernikahan dan kepatuhan minum obat anti-hipertensi sedangkan 5 variabel yang tidak memiliki hubungan yaitu umur, obesitas, merokok, olahraga, dan konsumsi makanan asin.

Tabel 3. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Hipertensi				OR (CI 95% Lower – Upper)	Pvalue
	Tidak Terkendali		Terkendali			
	n	%	n	%		
Umur						
>40 Tahun	72	94,7	9	90	2,000 (0,201 – 19,914)	0,470
18-40 Tahun	4	5,3	1	10		
Status Pernikahan						
Menikah	52	68,4	3	30	5,055 (0,047 – 0,832)	0,031
Tidak Menikah	24	31,6	7	70		
Obesitas						
Obesitas	54	71,1	9	90	0,273 (0,033 – 2,283)	0,277
Tidak Obesitas	22	28,9	1	10		
Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi						

Tidak Patuh	53	69,7	2	20	9,217 (1,815 – 46,807)	0,004
Patuh	23	30,3	8	80		
Merokok						
Merokok	6	7,9	1	10	0,771 (0,083 – 7,159)	1,000
Tidak Merokok	70	92,1	9	90		
Olahraga						
Kurang	68	89,5	7	70	3,643 (0,782 – 16,961)	0,114
Baik	8	10,5	3	30		
Konsumsi Makanan Asin						
Sering	31	40,8	3	30	1,607 (0,386 – 6,702)	0,733
Jarang	45	59,2	7	70		

Sumber: Primer, 2022

Pada Tabel 4, diketahui hasil Uji Regresi Logistik Berganda dalam model awal analisis multivariat menunjukkan bahwa terdapat 1 variabel yang memiliki nilai P value $< 0,05$ yaitu variabel kepatuhan minum obat anti-hipertensi (P value = 0,012) dan terdapat 2 variabel yang memiliki nilai P value $\geq 0,05$ yaitu variabel status pernikahan (P value = 0,090) dan variabel olahraga (P value = 0,259).

Tabel 4. Model Awal Hasil Uji Regresi Logistik Berganda

Variabel	B	SE	Wald	df	Sig	OR
Status Pernikahan	-1.372	0.783	3.069	1	0.080	0.254
Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi	2.153	0.859	6.280	1	0.012	8.611
Olahraga	1.003	0.890	1.273	1	0.259	2.728

Sumber: Primer, 2022

Pada Tabel 5, menunjukkan bahwa setelah variabel olahraga dikeluarkan, perubahan OR untuk seluruh variabel yang tersisa tidak ada yang $>10\%$, sehingga variabel olahraga layak untuk dikeluarkan.

Tabel 5. Perubahan Nilai Odds Ratio Jika Variabel Olahraga Dikeluarkan

Variabel	Nilai OR Olahraga Ada	Nilai OR Olahraga Tidak Ada	Perubahan OR
Status Pernikahan	0.254	0.228	0.102%
Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi	8.611	8.310	0.035%

Sumber: Primer, 2022

Pada Tabel 6, menunjukkan bahwa setelah variabel status pernikahan dikeluarkan, perubahan OR untuk seluruh variabel yang tersisa tidak ada yang $>10\%$, sehingga variabel status pernikahan layak untuk dikeluarkan.

Tabel 6. Perubahan Nilai Odds Ratio Jika Variabel Status Pernikahan Dikeluarkan

Variabel	OR Status Pernikahan Ada	OR Status Pernikahan Tidak Ada	Perubahan OR
Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi	8.310	9.217	-0,109%

Sumber: Primer, 2022

Pada Tabel 7, hasil Uji Regresi Logistik Berganda dalam model akhir analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkendali adalah kepatuhan minum obat anti-hipertensi dengan P value = 0,007. Dan hasil nilai OR dilihat dari nilai $exp(B)$, dimana penderita hipertensi yang tidak patuh minum obat anti-hipertensi lebih berisiko 9,217 kali untuk mengalami hipertensi tidak terkendali dibandingkan penderita hipertensi yang patuh minum obat anti-hipertensi.

Tabel 7. Model Akhir Hasil Uji Regresi Logistik Berganda

Variabel	B	SE	Wald	df	Sig	OR
Kepatuhan Minum Obat Anti- Hipertensi	2.221	0.829	7.177	1	0.007	9.217

Sumber: Primer, 2022

PEMBAHASAN

Analisis univariat yang dilakukan dalam penelitian ini mendapatkan hasil bahwa penderita hipertensi yang menderita hipertensi tidak terkendali lebih besar dibandingkan dengan penderita hipertensi yang mengalami hipertensi terkendali. Keadaan ini diduga karena tidak patuhnya mayoritas penderita hipertensi untuk minum obat anti-hipertensi (64,0%). Prevalensi penelitian ini lebih besar dibandingkan penelitian terdahulu yaitu sebesar 52,5% penderita hipertensi menderita hipertensi tidak terkendali, sedangkan sebesar 47,5% penderita hipertensi mengalami hipertensi terkendali.¹⁰ Penelitian oleh Darussalam & Warseno menemukan penderita hipertensi yang masuk dalam kategori hipertensi tidak terkendali sebesar 75% sedangkan kategori hipertensi terkendali sebesar 25%.¹⁴

Hubungan Umur dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini menyimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian hipertensi tidak terkendali. Secara teoritis, keadaan dimana umur telah mencapai >40 tahun memiliki kekakuan arteri dalam tubuh sehingga rentan menderita hipertensi tidak terkendali.¹⁹ Seperti penelitian lain dengan hasil berdasarkan nilai P value = 0,022 < 0,05 yang berarti terdapat hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi tidak

terkendali secara signifikan.¹⁴ Meskipun dalam statistik faktor umur tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian hipertensi tidak terkendali, tetapi dilihat dari proporsi dari penelitian ini penderita hipertensi yang umur >40 tahun lebih banyak menderita hipertensi tidak terkendali (94,7%). Dan ada kemungkinan variabel lain yang memiliki kekuatan menjadi faktor resiko kejadian hipertensi tidak terkendali.

Hubungan Status Pernikahan dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan kejadian hipertensi tidak terkendali. Nilai *Odds Ratio* (OR) = 5,055 artinya bahwa penderita hipertensi yang kategori menikah lebih berisiko 5,055 kali menderita hipertensi tidak terkendali dibandingkan dengan penderita hipertensi yang kategori tidak menikah (lajang/cerai/janda/duda) (95% CI 0,047-0,832).

Dalam status pernikahan seseorang dapat berdampak pada beberapa aspek kehidupan, salah satunya adalah kejiwaan atau yang sering disebut dengan psikologis. Pada seseorang yang memiliki pernikahan yang tidak harmonis dapat membuat seseorang mengalami psikologis yang tidak baik dan mengalami stress yang berlebih sehingga pada tekanan darah yang dimilikinya memiliki peningkatan tekanan darah pada arteri. Sebaliknya seseorang yang memiliki pernikahan yang harmonis, kejiwaannya lebih stabil dan memiliki rasa senang dan bahagia.²⁰ Tekanan darah cenderung akan meningkat pada penderita hipertensi yang tidak memiliki pasangan hidup dikarenakan tidak adanya yang membantu untuk mengendalikan tekanan darah pada penderita hipertensi dan tidak adanya yang mengingatkan untuk minum obat anti-hipertensi secara rutin dan sesuai anjuran dokter sehingga penderita hipertensi tidak menjaga dan memperhatikan tekanan darahnya.¹²

Maka peneliti berasumsi, seseorang yang memiliki kategori menikah lebih berisiko menderita kejadian hipertensi tidak terkendali dikarenakan seseorang yang menikah memiliki beban pikiran yang lebih banyak jika pernikahannya tidak berjalan dengan baik sehingga seseorang yang memiliki kehidupan pernikahan yang tidak berjalan dengan baik dapat mengalami stress yang berdampak pada kesehatannya, salah satunya pada tekanan darah.

Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara obesitas dengan kejadian hipertensi tidak terkendali. Dimana keadaan ini dapat memungkinkan tidak ada perbedaan secara signifikan antara penderita hipertensi kasus dengan

penderita hipertensi kontrol. Dan variabel lain masih dimungkinkan lebih kuat untuk menjadi faktor risiko hipertensi tidak terkendali.

Penderita hipertensi cenderung memiliki kategori obesitas dikarenakan tidak mengontrol makanan sehari-hari yang mengandung tinggi asam lemak jenuh dan tinggi lemak.¹³ Pada penelitian yang lain juga dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara *Body Mass Index* dengan kejadian hipertensi tidak terkendali ($P\text{ value} = 0,420 > 0,05$).¹⁶

Hubungan Kepatuhan Minum Obat Anti-Hipertensi dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini dengan uji *Chi Square* didapatkan hasil yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat anti-hipertensi dengan kejadian hipertensi tidak terkendali. Nilai *Odds Ratio* (OR) menunjukkan penderita hipertensi yang tidak patuh minum obat anti-hipertensi lebih berisiko 9,217 kali menderita hipertensi tidak terkendali dibandingkan dengan penderita hipertensi yang patuh minum obat anti-hipertensi (95% CI 1,815-46,807).

Minum obat anti-hipertensi memerlukan proses pengobatan yang perlu waktu lama pada penderita hipertensi guna mengendalikan tekanan darah mencapai target nilai normal dan konsisten. Kepatuhan minum obat anti-hipertensi pada penderita hipertensi dapat membantu penderita hipertensi memiliki tekanan darah terkendali sehingga masalah kesehatan yang diakibatkan dari hipertensi tidak terkendali tidak terjadi.²¹ Firman menjelaskan berdasarkan wawancara yang dilakukan bahwa penderita hipertensi tidak rutin minum obat anti-hipertensi dikarenakan lupa untuk meminum obat anti-hipertensi yang sudah diresepkan oleh dokter.¹⁶

Penderita hipertensi pada penelitian ini, didapatkan hasil paling banyak meminum obat anti-hipertensi golongan obat Kalsium Channel Blockers sebesar 93,0% yaitu jenis obat amlodipin sebesar 91,9%. Secara teoritis, pada dasarnya kelompok obat Kalsium Channel Blockers dapat menurunkan tekanan darah dikarenakan cara kerja jenis obat ini adalah menurunkan influk kalsium dan merelaksasi otot pembuluh darah dengan melebarkan pembuluh darah agar darah dapat mengalir dengan lancar.²² Penelitian lain juga menyimpulkan ketidakpatuhan minum obat anti-hipertensi merupakan faktor prediktor kejadian hipertensi tidak terkendali ($P\text{value} 0,041 < 0,05$). Nilai OR menunjukkan pada penderita hipertensi yang tidak patuh minum obat anti-hipertensi secara rutin dan sesuai dengan pengobatan yang dijalani lebih berisiko 2,062 kali menderita hipertensi tidak terkendali daripada penderita hipertensi yang patuh minum obat anti-hipertensi secara rutin dan sesuai dengan pengobatan yang dijalani.¹¹

Maka peneliti berasumsi, kepatuhan minum obat anti-hipertensi pada penderita hipertensi memiliki signifikansi terhadap hipertensi tidak terkontrol dikarenakan jika penderita hipertensi tidak minum obat anti-hipertensi secara rutin dan sesuai anjuran, tidak adanya pengendalian tekanan darah pada penderita hipertensi sehingga tekanan darah yang dimiliki akan terus meningkat.

Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan didapati hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara merokok dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol. Secara teoritis dinyatakan bahwa pada penderita hipertensi, berhenti merokok adalah salah satu modifikasi gaya hidup sehat guna menghindari tekanan darah semakin meningkat. Pasalnya kandungan kimia didalam rokok dapat menurunkan pemasukan oksigen dalam darah yang nantinya akan menghambat aliran darah sehingga peningkatan tekanan darah terus terjadi.²¹

Meskipun dalam hasil statistik penelitian ini menunjukkan bahwa merokok bukanlah salah satu determinan kejadian hipertensi tidak terkontrol, hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang kategori merokok pada penderita hipertensi tidak terkontrol yang kecil yaitu hanya sebesar 7,9% dan dapat dilihat dari proporsi penderita hipertensi yang tidak merokok sebesar 90% mengalami hipertensi terkontrol. Maka bagi penderita hipertensi yang mengalami kesulitan untuk berhenti dari kebiasaan merokok, dianjurkan untuk bergabung dalam gerakan yang mendukung untuk berhenti merokok yang ada di fasilitas kesehatan, tempat kerja, maupun di dalam masyarakat itu sendiri.

Hubungan Olahraga dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan membuktikan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara olahraga dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol. Namun nilai *Odds Ratio* menunjukkan penderita hipertensi yang kategori kurang olahraga lebih berisiko 3,643 kali menderita hipertensi tidak terkontrol dibandingkan dengan penderita hipertensi yang kategori olahraga baik (95% CI 0,782 – 16,961).

Secara teoritis, olahraga dapat mengendalikan tekanan darah pada penderita hipertensi maupun bukan penderita hipertensi dikarenakan olahraga yang rutin dan berkesinambungan dapat meningkatkan sirkulasi darah ke jantung.²³ Meskipun dalam statistik tidak ada hubungan antara olahraga dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol, tetapi dilihat dari proporsi dari penelitian ini penderita hipertensi yang kurang melakukan olahraga secara rutin lebih banyak menderita hipertensi tidak terkontrol (89,5%). Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan kepatuhan terhadap olahraga pada penderita hipertensi memiliki hubungan yang signifikan terhadap hipertensi tidak

terkendali (P value = 0,013). Dan dilihat dari nilai OR = 1,79 yang artinya pada penderita hipertensi yang tidak patuh untuk melakukan olahraga berpeluang lebih besar 1,79 kali mengalami hipertensi tidak terkendali daripada penderita hipertensi yang patuh untuk melakukan olahraga.¹¹ Maka, pada penderita hipertensi dianjurkan untuk memperbanyak olahraga ataupun aktifitas fisik agar saat melakukan olahraga terjadi pemacu pompa darah untuk mengalir lebih lancar.

Hubungan Konsumsi Makanan Asin dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Hasil analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini didapatkan hasil yang menunjukkan tidak ada perbedaan probabilitas antara konsumsi makanan asin dengan kejadian hipertensi tidak terkendali. Berdasarkan teori, menghindari makanan asin ataupun konsumsi makanan yang rendah natrium dapat menurunkan tekanan darah sebesar 2-8 mmHg.²¹ Meskipun dalam hasil statistik penelitian ini menunjukkan bahwa konsumsi makanan asin tidak berhubungan secara signifikan terhadap kejadian hipertensi tidak terkendali, hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang sering mengonsumsi makanan asin pada penderita hipertensi tidak terkendali yang sedikit lebih kecil yaitu hanya sebesar 40,8% dan kemungkinan bahwa variabel lain lebih memiliki kekuatan untuk menjadi faktor resiko kejadian hipertensi tidak terkendali.

Penelitian lain memperkuat dengan kesimpulan yang menunjukkan bahwa adanya kepatuhan terhadap diet rendah garam pada penderita hipertensi memiliki hubungan yang signifikan terhadap hipertensi tidak terkendali (P value = 0,01). Dan dilihat dari nilai OR = 1,98 yang artinya pada penderita hipertensi yang tidak patuh untuk melakukan diet rendah garam berpeluang lebih besar 1,98 kali mengalami hipertensi tidak terkendali daripada penderita hipertensi yang patuh untuk melakukan diet rendah garam.¹¹

Maka bagi penderita hipertensi yang masih sering mengonsumsi makanan asin lebih 3 kali dalam seminggu, untuk dapat menghindari makanan asin berupa makanan yang diasinkan, makanan kemasan kaleng, dan lain-lainnya. Tetapi perlu diperhatikan bahwa diet rendah garam bukan diartikan tidak mengonsumsi garam atau natrium sama sekali dikarenakan tubuh masih memerlukan keseimbangan mineral dan juga memberikan impuls pada pesan ke otak.

Faktor Dominan dari Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali

Berdasarkan dari hasil analisis Uji Regresi Logistik yang dilakukan dalam penelitian ini guna menentukan faktor mana yang paling dominan terhadap kejadian hipertensi tidak terkendali. Dalam menentukan faktor yang paling dominan dilihat dari nilai *Odds Ratio* (OR) yang paling tinggi yang masuk dalam permodelan akhir dalam analisis multivariat. Dalam penelitian ini, faktor dominan dari kejadian hipertensi tidak terkendali yaitu variabel kepatuhan minum obat anti-hipertensi dengan

kategori tidak patuh minum obat anti-hipertensi lebih berisiko 9,217 kali untuk menderita hipertensi tidak terkontrol daripada kategori patuh minum obat anti-hipertensi. Dalam permodelan akhir, hanya menyisakan satu variabel yang memiliki nilai *P value* 0,05, hal ini yang menjadikan nilai OR pada hasil analisis multivariat dengan hasil analisis bivariat memiliki persamaan nilai *Odds Ratio*.

KESIMPULAN

Dari hasil analisis bivariat, menunjukkan faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning tahun 2022 yaitu variabel status pernikahan dan kepatuhan minum obat anti-hipertensi. Faktor yang tidak berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning tahun 2022 yaitu variabel umur, obesitas, merokok, olahraga, dan konsumsi makanan asin. Dari hasil analisis multivariat, menunjukkan faktor dominan dari kejadian hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kemuning tahun 2022 yaitu kepatuhan minum obat anti-hipertensi. Maka saran bagi Puskesmas Kemuning, sebaiknya menambahkan informasi lebih mendalam dalam bentuk pemberian informasi berupa penyuluhan secara langsung mengenai kepatuhan untuk minum obat anti-hipertensi dan hipertensi tidak terkontrol pada penderita hipertensi. Bagi penderita hipertensi, diharapkan bagi penderita hipertensi untuk selalu minum obat anti-hipertensi secara rutin dan sesuai dengan anjuran dokter atau klinisi dan penderita hipertensi yang memiliki status pernikahan kategori menikah dapat mengelola beban pikiran yang dimiliki terhadap kehidupan pernikahannya. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat memperdalam penelitian mengenai hipertensi tidak terkontrol secara spesifik, yaitu seperti variabel konsumsi makanan asin dapat diganti menjadi spesifik dengan variabel konsumsi garam atau natrium dan variabel aktifitas olahraga dapat diganti dengan aktifitas fisik secara keseluruhan.

KETERBATASAN PENELITIAN

Adanya keterbatasan sampel yang tidak mencukupi di lapangan. Menyesuaikan dengan kondisi di lapangan, kasus hipertensi terkontrol (sampel kontrol) yang jauh lebih kecil dibandingkan hipertensi tidak terkontrol (sampel kasus). Tidak adanya matching data.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan kali ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu secara langsung dan tidak langsung kelancaran penyusunan karya ilmiah atas do'a, bantuan, dukungannya dalam penulisan karya ilmiah ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat dijadikan rujukan guna penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Improving hypertension control in 3 million people: country experiences of programme development and implementation [Internet]. *Hearts*. 2020. 1–74 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/improving-hypertension-control-in-3-million-people-country-experiences-of-programme-development-and-implementation>
2. Kemenkes RI. Hipertensi Si Pembunuh Senyap. Pus Data dan Inf Kementerian Kesehat RI [Internet]. 2019;1–5. Available from:
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi-si-pembunuh-senyap.pdf>
3. Riskesdas. Laporan Nasional Riskesdas 2007. Lap Nas 2007 [Internet]. 2007;1–384. Available from: [http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Riskesdas 2007 Nasional.pdf](http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Riskesdas%202007%20Nasional.pdf)
4. Riskesdas. Laporan Nasional Riskesdas 2018; 2018.
5. Riskesdas Jawa Barat P. Laporan Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2018. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018. 140–151 p.
6. Puskesmas Kemuning. Profil Kesehatan Puskesmas Kemuning Tahun; 2021
7. Pertiwi AD, Sarnianto P, Ramadaniyati HU. Pengaruh Faktor Determinan terhadap Hasil Terapi Hipertensi Pasien pada Tiga Puskesmas di Jakarta Pusat. *J Profesi Med J Kedokt dan Kesehat*. 2019;13(2):47–53. doi: 10.33533/jpm.v13i2.902
8. P2PTM Kemenkes RI. [Internet]. 2021. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic/apa-saja-akibat-hipertensi-yang-tidak-terkontrol>.
9. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2018;34(5):506–25. doi: 10.1016/j.cjca.2018.02.022
10. Riskesdas. Laporan Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013.
11. Gebremichael GB, Berhe KK, Zemichael TM. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *Bcm* [Internet]. 2019;6(19):1–10. doi: 0.1186/s12872-019-1091-6. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a06.pdf>
12. Aberhe W, Mariye T, Bahrey D, Zereabruk K, Hailay A, Mebrahtom G, et al. Prevalence and

- factors associated with uncontrolled hypertension among adult hypertensive patients on follow-up at Northern Ethiopia, 2019: Cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2020;36(187):1–14. doi: 10.11604/pamj.2020.36.187.23312
13. Tesfaye B, Haile D, Lake B, Belachew T, Tesfaye T, Abera H. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University Teaching and Specialized Hospital: cross-sectional study. *Res Reports Clin Cardiol.* 2017;Volume 8:21–9. doi: 10.2147/RRCC.S132126
 14. Artiyaningrum B, Azam M. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Yang Melakukan Pemeriksaan Rutin. *Public Heal Perspect J* [Internet]. 2016;1(1):12–20. Available from:
<https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/phpj/article/view/7751/0>
 15. Darussalam M, Warseno A. Faktor Yang Berhubungan dengan Pasien Hipertensi Tidak Terkontrol Di Puskesmas. *J Keperawatan Klin dan Komunitas.* 2017;1(0274):72–80. doi: 10.22146/jkkk.49111
 16. Khanam MA, Lindeboom W, Razzaque A, Niessen L, Smith W, Milton AH. Undiagnosed and uncontrolled hypertension among the adults in rural Bangladesh: Findings from a community-based study. *J Hypertens.* 2015;33(12):2399–406. doi: 10.1097/HJH.0000000000000712
 17. Firman, Amiruddin R, Dwinata I. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Usia Produktif Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Jaya Makassar. *Hasanudin J if Public Heal.* 2020;1(2):128. doi: 10.30597/hjph.v1i2.9282
 18. Ridwan, Muhamad. *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer, “Hipertensi”*. Yogyakarta: Romawi Press; 2017.
 19. Nuryati, Elmi. *Hipertensi Pada Wanita*. Surabaya: Jakad Media Publishing; 2019. Available from:
https://books.google.co.id/books?id=lHorEAAAQBAJ&pg=PA98&dq=makanan+asin&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwi614mlvp_0AhUkGaYKHaO4Cg8Q6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=makanan%20asin&f=false.
 20. Prasetyaningrum, Yunita Indan. *Hipertensi Bukan untuk Ditakuti (Edisi Cetakan Pertama)*. Jakarta: Fmedia (Imprint AgroMedia Pustaka); 2014.
 21. Pikir, B.S., Aminuddin, M., Subadjo, A., Dharmadjati, B.B., Suryawan, I.G.R., Eko, J.N. *Hipertensi Manajemen Komprehensif*. Surabaya: Airlangga Universitu Press; 2014. Available

from:

https://books.google.co.id/books?id=bm_IDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=epidemiologi+hipertensi&hl=jv&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=epidemiologi%20hipertensi&f=false

22. Utaminingsih, Alifiulahtin. *Gender dan Wanita Karir*. Malang: UB Press; 2017. Available from: https://books.google.co.id/books?id=uMxVDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=definisi+jenis+kelamin&hl=jv&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definisi%20jenis%20kelamin&f=false.
23. Utaminingsih, Wahyu Rahayu. (2015). *Mengenal dan Mencegah Penyakit Diabetes, Hipertensi, Jantung dan Stroke untuk Hidup Lebih Berkualitas*. Yogyakarta: Media Ilmu. ISBN: 979-3931-59-0.