

Contagion

Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health



CONTAGION

Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health

Contagion: Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health, A Scientific Periodic Journal of Public Health published by the Public health Study Program of The Faculty of Public Health UINSU Medan. This Journal prioritiez the collaboration of lecturers and students with scope of the discussion is about Public Health, Health and Islam, and Coastal Health. This Journal is published twice, published on June and December.



Diterbitkan Oleh :
Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Email : contagion@uinsu.ac.id
Telp : 085363514382

Editorial Board

Director

Azhari Akmal Tarigan

UIN Sumatera Utara Medan

Editorial In Chief

Fauziah Nasution

UIN Sumatera Utara Medan

Editorial Boards

Maslinda Pane

Badan Litbangkes Kemenkes RI

Mohammad Sholah Imari

Ahli Epidemiologi Indonesia

Ahmad Irfandi

Universitas Esa Unggul

Usman

Politeknik Kesehatan Bau Bau

Putra Apriadi Siregar

UIN Sumatera Utara Medan

Zata Ismah

UIN Sumatera Utara Medan

Tri Bayu Purnama

UIN Sumatera Utara Medan

Technical Editor

Riyan Rahmat Ramadhan

UIN Sumatera Utara Medan

Cindy Lestari

UIN Sumatera Utara Medan

Citra Cahya Nst

UIN Sumatera Utara Medan

Wahidah

UIN Sumatera Utara Medan



Diterbitkan Oleh :
Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Email : contagion@uinsu.ac.id
Telp : 085363514382

| | | |
|--|---|-----------|
| Hermansyah, Ayi Darmana, Darwin Syamsul | Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Metode <i>Servqual</i> Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur Tahun 2018 | 1 |
| Isnaini Afni sagala, Dhea Afriesa Adisty, Widia Alwiyah, Rana Zahra | Epidemiologi Noncommunicable (PTM) Di Medan Dengan Menggunakan Pendekatan Stepwise WHO | 12 |
| Nofi Susanti, Siti Khodijah, Siti Fatimah, Hujaimah Daulay, Yahya Lubis | Insiden Penyakit Tidak Menular Di Kota Medan | 18 |
| Fifi Maysarah Bancin ; Maysarah Sinaga ; Tya Mailina ; Septia Suhadi | Frekuensi Risiko Penyakit Tidak Menular Pada Penduduk Dewasa di Lapangan Merdeka | 26 |
| Eka Meyla Ningrum, Elvina Andani, Muharifia Ar, Sonia Mahfira | Distribusi Penyakit Tidak Menular Pada Pegawai Stasiun Kereta Api Merdeka Medan | 31 |
| Aynil Paydah Harahap; Muchliza Rizwany; Nurlaili Wisfa; Saidaturrahmah; Sheila Intan Mahendra; Syahrevi Ulfa Marpaung | Gambaran Kinerja Sistem Surveilans Epidemiologi Di Upt Puskesmas X Medan | 39 |
| Ikhsan Ibrahim Pohan, Arbitra Morlindah Ruapertiwi, Ananda Ayu Dhelia Ghani Damanik, Ade Rahma Sari Nasution, Ema Rizka Sazkiah, Riyan Rahmat Ramadhan Tanjung | Penerapan Program Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Deli Serdang | 44 |

ANALISIS FAKTOR YANG MEMENGARUHI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DENGAN METODE *SERVQUAL* DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN ACEH TIMUR TAHUN 2018

Hermansyah, Ayi Darmana, Darwin Syamsul
Peminatan Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat
Institut Kesehatan Helvetia Medan
Email : hermansyah_idi@yahoo.co.id

| | |
|--|---|
| <p>Track Record Article</p> <p>Diterima : 20 Juli 2019</p> <p>Dipublikasi: 01 Desember 2019</p> | <p style="text-align: center;">Abstract</p> <p><i>Quality health services are health services that must pay attention to four main elements. The four main elements are input, environment, process, and output. Based on a survey conducted on the services of Health Center to patients as many as 10 people, 6 of them felt that the quality of services at the Health Center was not maximal, while the other 4 stated that the service was maximal. The purpose of this study was to determine the factors that influence the quality of health services with the Servqual Method at Health Center of Working Area of East Aceh Health Office in 2018. The research design used in this study was Cross Sectional design. The populations in this study were 7,635 people and the samples taken by accidental sampling as many as 99 people. The data collection methods were primary data and secondary data. The data analysis used by binary logistic regression test. The results showed that physical condition had a sig-p value of 0.007 <0.05, reliability of sig-p 0.008 <0.05, responsiveness of sig-p 0.011 <0.05 and guarantee of sig-p 0.034 <0.05 which means having influence towards the quality of health services, while caring did not have an influence on the quality of health services because it has a sig-p value of 0.325 > 0.05. The results of the average gap value indicated that the attribute has the largest gap value to the smallest gap value. The conclusions in this study shows that the influence of physical condition, reliability, responsiveness and assurance on the quality of health services, while the caring variable has no influence on the quality of health services and negative gap values have 4 times greater influence on the quality of health services. It is hoped that it can become a reference for the community and for the staff at the Health Center to better understand the importance of the quality of services in accordance with the regulations of the health ministry to maximize health services provided to patients.</i></p> <p>Keywords : Health Service Quality Factors, Servqual Method</p> <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang harus memperhatikan empat unsur pokok. Keempat unsur pokok tersebut adalah unsur masukan (<i>input</i>), lingkungan (<i>environment</i>), proses (<i>proces</i>), serta luaran (<i>output</i>). Berdasarkan survei yang dilakukan tentang pelayanan Puskesmas kepada pasien sebanyak 10 orang, 6 pasien diantaranya merasa kualitas pelayanan di Puskesmas belum maksimal, sedangkan 4 orang lainnya menyatakan pelayanan sudah maksimal. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dengan Metode <i>Servqual</i> di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>Cross Sectional</i>. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 7.635 orang dan sampel yang diambil dengan cara <i>accidental sampling</i> yaitu sebanyak 99 orang. Metode pengumpulan data yaitu data primer dan data sekunder. Analisa data yang digunakan yaitu <i>uji regresi binary logistic</i>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keadaan fisik memiliki nilai <i>sig-p</i> 0,007 < 0,05, kehandalan <i>sig-p</i> 0,008 < 0,05, ketanggapan <i>sig-p</i> 0,011 < 0,05 dan jaminan <i>sig-p</i> 0,034 < 0,05 yang artinya memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan kepedulian tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan karena memiliki nilai <i>sig-p</i> 0,325 > 0,05. Hasil nilai rata-rata <i>gap</i> menunjukkan bahwa atribut memiliki nilai kesenjangan yang terbesar hingga nilai kesenjangan yang terkecil. Kesimpulan dalam penelitian ini ada pengaruh keadaan fisik, kehandalan, ketanggapan dan jaminan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan variabel kepedulian tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan serta nilai <i>gap</i> yang negatif memiliki 4 kali pengaruh lebih besar terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Diharapkan dapat menjadi acuan bagi masyarakat dan bagi tenaga di Puskesmas agar lebih memahami pentingnya kualitas pelayanan yang sesuai dengan peraturan kementerian kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien secara maksimal.</p> <p>Kata Kunci : Faktor Kualitas Pelayanan Kesehatan, Metode <i>Servqual</i></p> |
|--|---|

1. Pendahuluan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat Bangsa dan Negara yang ditandai dengan penduduk yang hidup dalam lingkungan sehat dan dengan perilaku hidup yang sehat, serta memiliki kemampuan untuk menjangkau layanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas secara adil dan merata sesuai dengan kebijaksanaan umum dan strategi pembangunan kesehatan.

Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Puskesmas merupakan ujung tombak pelaksanaan pelayanan kesehatan di suatu daerah di Indonesia dan merupakan organisasi yang bersifat menyeluruh dan terpadu yang paling dekat dengan masyarakat. Pelayanan masyarakat meliputi upaya peningkatan, pencegahan, dan penyembuhan. Peran dan fungsi Puskesmas sangat strategis dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Puskesmas berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Saputro, 2015).

Layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang selalu berupaya memenuhi harapan pasien sehingga pasien akan selalu merasa berhutang budi serta sangat berterimakasih. Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang layanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan layanan kesehatan (Pohan IS, 2012).

Menurut Undang-Undang Nomor 75 Tahun 2014 Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Cakupan penduduk didapatkan pelayanan kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) masih kurang dari target cakupan 75%. Hal ini terlihat hanya 73,2 % pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu pelayanan yang diberikan kepada pasien juga masih jauh dari kata baik atau memuaskan, ini terbukti dari 73,2% hanya 51,8% pasien yang merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Who - World Helath Organization, 2013).

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan yang sangat diperlukan pada setiap Negara,

bukan hanya Negara maju namun Negara berkembang juga mengutamakan pelayanan kesehatan, faktanya pelayanan yang diberikan kepada pasien di Negara berkembang seperti Malaysia, Thailand, Singapura dan Brunei memuaskan pasiennya (Supranto, 2011). Hal ini terlihat dari cakupan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan dengan target 75%, namun 80% pasien yang mengatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan. Hal ini terbukti bahwa Malaysia dan Singapura merupakan tujuan utama pengobatan orang Indonesia. Begitu juga Amerika, Jepang, Inggris dan Prancis Negara maju yang memiliki pelayanan kesehatan yang memberikan kepuasan kepada pasien dengan persentase 82,7% (Who - World Helath Organization, 2013).

Puskesmas merupakan suatu tempat untuk melakukan upaya meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan. Puskesmas harus bisa menjamin mutu pelayanan keperawatan melalui kesesuaian dengan kebutuhan pasien. Pentingnya peningkatan mutu pelayanan puskesmas adalah untuk membangun persahabatan yang mendorong hubungan dengan pasien sehingga puskesmas tidak ditinggalkan oleh pasien (Kemenkes RI, 2013).

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang harus memperhatikan empat unsur pokok. Keempat unsur pokok tersebut adalah unsur masukan (*input*), lingkungan (*environment*), proses (*proces*), serta luaran (*output*). Untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan banyak upaya yang dapat dilakukan. Upaya tersebut jika dilaksanakan secara terarah dan terencana disebut dengan program menjaga mutu. Program menjaga mutu adalah suatu upaya yang berkesinambungan, sistematis dan objektif dalam memantau dan menilai pelayanan yang diselenggarakan dibandingkan dengan standard yang telah ditetapkan, serta menyelesaikan masalah yang ditemukan untuk memperbaiki mutu pelayanan (Kemenkes RI, 2013).

Peningkatan mutu pelayanan secara signifikan akan turut meningkatkan jumlah pelanggan selain itu juga akan dapat membentuk citra dari perusahaan sehingga pelanggan yang telah mempunyai penilaian positif terhadap perusahaan cenderung akan mempunyai sikap setia akibat perasaan puas dari pelayanan yang diterima. Kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima, mendorong terciptanya rekomendasi dari mulut ke mulut (*word of mouth*) yang menumbuhkan opini yang baik bagi masyarakat yang sangat menguntungkan pihak penyedia jasa layanan (Nidia, 2012).

Dilain pihak, usaha pemerataan kesempatan mendapatkan kesehatan yang wajar bagi setiap penduduk begitu mahal dan memerlukan dana yang besar, dan dalam hal ini masih dirasakan kurang memadai. Pemerintah sebagai pemegang saham yang terbesar dalam pembiayaan kesehatan, juga melakukan perluasan kekuasaannya terhadap pengembangan pelayanan kesehatan. Artinya, pemerintah mempunyai kekuasaan yang tidak terbatas dalam hal pengadaan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Sayangnya dana yang tersedia tidak cukup dan alokasi dana yang

disediakan pada sektor kesehatan di setiap RAPBN tidak memadai. Dengan kondisi yang ada, maka pelayanan kesehatan yang disediakan dan diberikan kepada masyarakat tidak maksimal, selain itu juga tidak menyeluruh pada satu rumah sakit saja dan terpaksa dipilah-pilah (Kemenkes RI, 2009).

Sejalan dengan keadaan yang ada maka pemerintah memberikan kesempatan bagi sektor swasta untuk ikut di dalam pelayanan yang ada, baik berbentuk rumah sakit, Puskesmas, klinik, maupun praktek dokter. Dengan adanya partner di dalam menyediakan pelayanan kesehatan, maka diharapkan akan adanya saling mengisi antar sektor swasta dan pemerintah. Kontradiksi di dalam pemberian pelayanan kesehatan yang ada yaitu di satu sisi mencari keuntungan sementara pada sisi lain memberikan pelayanan kepada masyarakat, membuat terjadinya dualisme di dalam pelayanan kesehatan yang diberikan, baik pemerintah maupun pihak swasta (Azwar A, 2010).

Dalam prakteknya untuk melihat hasil pelaksanaan suatu program kesehatan, biasanya unsur luaran (*output*) penilaian lebih ditekankan, yaitu salah satu penelitian yang dilakukan untuk melihat proses mutu pelayanan dengan melihat pemenuhan kebutuhan dan keinginan para pemakai jasa (pasien). Makin bermutu pelayanan maka makin puas pasien (Kemenkes RI, 2013).

Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja di bawah harapan, maka pelanggan akan kecewa. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan puas. Kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang peka terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan tersebut. Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien terkait pelayanan kesehatan meliputi kepuasan terhadap akses layanan, kepuasan terhadap mutu layanan, kepuasan terhadap proses layanan kesehatan dan kepuasan terhadap sistem layanan kesehatan (Soejadi, 2010).

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan semakin mendapat perhatian, karena upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan menyangkut berbagai aspek yang bersifat menyeluruh baik dalam pelayanan medik, non medik maupun sarananya. Sehingga akan dapat meningkatkan efektifitas dan juga efisiensi dalam pelayanan kesehatan itu sendiri. Pelayanan kesehatan di Puskesmas mendapat tantangan diantaranya dalam memenuhi harapan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan dan kapasitas pelayanan Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor yang menjadi pendorong akan pentingnya mutu pelayanan Puskesmas diantaranya adalah semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang kedokteran yang dapat mengakibatkan biaya pelayanan menjadi lebih

mahal, keterbatasan sumber daya Puskesmas sehingga perlu adanya upaya agar pelayanan menjadi lebih efektif dan efisien, dengan adanya pengaturan yang menggiat, adanya pembakuan standar pelayanan, tuntutan dari pihak ketiga (asuransi), meningkatnya tanggung jawab keprofesional, serta semakin meningkatnya pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat (Azwar A, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Nadwitya tahun 2013, tentang Penentuan Kualitas Pelayanan Menggunakan Metode *Servqual* dan AHP di PT. Herona Express Stasiun Tugu Yogyakarta, menunjukkan hasil bahwa nilai *GAP* dimensi *tangible* sebesar -0,0064; *reliability* sebesar 0,0006; *responsiveness* sebesar -0,0289; *assurance* sebesar -0,0912; *emphaty* sebesar -0,0169. Atribut yang menjadi prioritas perbaikan berdasarkan *Importance-Perfomace Diagram* adalah T1, T4, R4, RS1, RS2, dan A1. Namun hasil diskusi dengan manajemen atribut prioritas perbaikan adalah T1, T4, R4, RS1, A1, dan E3 (Nadwitya, 2013).

Selanjutnya pada penelitian yang dilakukan oleh Astuti tahun 2014, tentang Analisis Kepuasan Konsumen (*Servqual Model* dan *Important Performance Analysis Model*), menunjukkan hasil bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi spesifik terhadap keseluruhan pelayanan yang diberikan pemberi jasa, sehingga kepuasan pelanggan hanya dapat dinilai berdasarkan pengalaman yang pernah dialami saat proses pemberian pelayanan. Kepuasan pelanggan terutama dibidang jasa menjadi keharusan agar perusahaan tetap sukses. Perbedaan antara harapan konsumen mengenai kinerja dari perusahaan dan penilaian konsumen mengenai kinerja aktual memberikan suatu persepsi konsumen atas kualitas jasa. Perbedaan tersebut terjadi karena adanya gap (kesenjangan) antara harapan pelanggan dan kenyataan (kinerja) pelayanan yang diterima; kesenjangan tersebut ada sebagai akibat tidak terpenuhinya harapan para pelanggan. Agar dapat mengurangi kesenjangan tersebut penyedia jasa perlu mengadopsi cara untuk menghilangkan kesenjangan berdasarkan temuan Parasuraman, Berry, dan Zethaml (11a).

Penelitian yang dilakukan oleh Mustofa tahun 2014, tentang Analisis Tingkat Kualitas Pelayanan Jasa dengan Metode *Service Quality (Servqual) Fuzzy* di PT. Pos Indonesia Sidoarjo, menunjukkan hasil bahwa nilai *servqual gap* keseluruhan sebesar -0,21 yang menggambarkan kualitas pelayanan PT. Pos Indonesia cabang Gedangan Sidoarjo (kantor pos) belum memenuhi harapan pelanggan dan masih perlu dilakukan perbaikan lagi dan didapatkan nilai IKP sebesar 77,17% . Untuk nilai *servqual* peratribut yang bernilai negatif diantaranya D1, D2, C1, A2, B2, B4, C2, D3, B1, E1, A5, E3 atribut ini yang perlu dilakukan peningkatan kualitas dan terdapat atribut yang tidak perlu dilakukan peningkatan kualitas karena atribut tersebut sudah berkualitas dengan nilai gap positif. Atribut tersebut yaitu A3, A4, A1, C3, E2, B3 (Mustofa, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Rachmania, tentang Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Puskesmas Temon I Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2015, menunjukkan hasil

bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan dalam kategori baik yaitu sebanyak 73 orang (90,1%) dan kepuasan pasien juga dalam kategori puas yaitu sebanyak 70 orang (86,4%). Hasil uji statistik *Kendall Tau* yaitu nilai koefisiensi korelasi sebesar 0,381 dengan taraf signifikansi $0,000 < 0 (\alpha < 0,05)$ ada hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien rawat inap di Puskesmas Temon 1 Kulon Progo Yogyakarta (Rachmania, 2015).

Berdasarkan survei awal yang saya lakukan dengan wawancara langsung tentang pelayanan Puskesmas kepada pasien sebanyak 10 orang, 6 pasien diantaranya merasa kualitas pelayanan di Puskesmas belum maksimal, sedangkan 4 orang lainnya menyatakan pelayanan Puskesmas sudah maksimal. Keluhan pasien dikarenakan pelayanan yang diberikan tidak tepat waktu saat dibutuhkan, dokter jarang ada ditempat, komunikasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kurang baik dan jelas, serta fasilitas penunjang pelayanan dari Puskesmas kurang memadai. Hal ini yang menyebabkan pasien yang berkunjung di Puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur belum merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk menganalisis dan mengidentifikasi masalah tentang Analisis faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dengan Metode *Servqual* di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018.

2. Metode

Desain penelitian menggunakan metode Survei Analitik yaitu meneliti bagaimana dan mengapa fenomena terjadi yang kemudian menganalisa hubungan antara fenomena tersebut sehingga dapat diketahui sejauh mana faktor resiko berpengaruh terhadap suatu kejadian. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu mempelajari hubungan antara faktor-faktor resiko dengan kejadian dengan menggunakan metode observasi atau pengumpulan data dalam waktu yang bersamaan.

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Timur dan penelitian dilaksanakan pada bulan Januari tahun 2018 sampai dengan bulan Februari 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang ada di 3 Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur yaitu sebanyak 7.635 Pasien dan teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *accidental sampling* dengan menggunakan rumus *slovin* yaitu sebanyak 99 pasien.

Analisis data yang digunakan yaitu analisis multivariat. Analisis Multivariat bertujuan untuk melihat kemaknaan korelasi antara variabel bebas (*independent variable*) dengan variabel terikat (*dependent variable*) di lokasi penelitian secara simultan dan sekaligus menentukan faktor-faktor yang lebih dominan berpengaruh. Uji statistik yang digunakan untuk analisis multivariat yaitu *Regression*

Binary Logistic (Regresi Binari Logistik) pada batas kemaknaan 95% dengan perhitungan statistik $\alpha = 0,05$.

3. Hasil

Berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat bahwa dari 99 responden, sebanyak 54 responden (54,5%) menyatakan keadaan fisik dalam kategori tidak baik dan 45 responden (45,5%) menyatakan keadaan fisik dalam kategori baik. Dari 99 responden, sebanyak 50 responden (50,5%) menyatakan keandalan dalam kategori tidak baik dan 49 responden (49,5%) menyatakan keandalan dalam kategori baik. Dari 99 responden, sebanyak 53 responden (55,8%) menyatakan ketanggapan dalam kategori kurang baik dan 46 responden (46,5%) menyatakan ketanggapan dalam kategori baik (tabel 1).

Selanjutnya dari 99 responden, sebanyak 51 responden (51,5%) menyatakan jaminan dalam kategori baik dan 48 responden (48,5%) menyatakan jaminan dalam kategori tidak baik dan dari 99 responden, sebanyak 52 responden (52,5%) menyatakan kepedulian dalam kategori baik dan 47 responden (47,5%) menyatakan kepedulian dalam kategori tidak baik. Kemudian dari 99 responden, sebanyak 58 responden (58,6%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik dan 41 responden (41,4%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik (tabel 1).

Berdasarkan tabulasi silang antara keadaan fisik dengan kualitas pelayanan kesehatan, diketahui bahwa sebanyak dari 54 responden (100%) yang menyatakan keadaan fisik dalam kategori tidak baik, sebanyak 3 responden (5,6%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 51 responden (94,4%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Selanjutnya sebanyak 45 responden (100%) yang menyatakan keadaan fisik dalam kategori baik, sebanyak 38 responden (84,4%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 7 responden (15,6%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas keadaan fisik adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$. Hal ini membuktikan keadaan fisik memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018 (tabel 2).

Berdasarkan tabulasi silang antara keandalan dengan kualitas pelayanan kesehatan, diketahui bahwa sebanyak dari 50 responden (100%) yang menyatakan keandalan dalam kategori tidak baik, sebanyak 2 responden (4,0%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 48 responden (96,0%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Selanjutnya sebanyak 49 responden (100%) yang menyatakan keandalan dalam kategori baik, sebanyak 39 responden (79,6%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 10 responden (20,4%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik.

Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas keandalan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$. Hal ini membuktikan keandalan memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018 (tabel 2).

Berdasarkan tabulasi silang antara ketanggapan dengan kualitas pelayanan kesehatan, diketahui bahwa sebanyak dari 53 responden (100%) yang menyatakan ketanggapan dalam kategori tidak baik, sebanyak 5 responden (9,4%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 48 responden (90,6%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Selanjutnya sebanyak 46 responden (100%) yang menyatakan ketanggapan dalam kategori baik, sebanyak 36 responden (78,3%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 10 responden (21,7%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas ketanggapan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$. Hal ini membuktikan ketanggapan memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018 (tabel 2).

Berdasarkan tabulasi silang antara jaminan dengan kualitas pelayanan kesehatan, diketahui bahwa sebanyak dari 51 responden (100%) yang menyatakan jaminan dalam kategori baik, sebanyak 37 responden (72,5%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 14 responden (27,5%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Selanjutnya sebanyak 48 responden (100%) yang menyatakan jaminan dalam kategori tidak baik, sebanyak 4 responden (8,3%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 44 responden (91,7%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas jaminan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$. Hal ini membuktikan jaminan memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018 (tabel 2).

Berdasarkan tabulasi silang antara kepedulian dengan kualitas pelayanan kesehatan, diketahui bahwa sebanyak dari 52 responden (100%) yang menyatakan kepedulian dalam kategori baik, sebanyak 35 responden (67,3%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 17 responden (32,7%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Selanjutnya sebanyak 47 responden (100%) yang menyatakan kepedulian dalam kategori tidak baik, sebanyak 6 responden (12,8%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori baik dan sebanyak 41 responden (87,2%) menyatakan kualitas pelayanan kesehatan dalam kategori tidak baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas kepedulian adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$.

Hal ini membuktikan kepedulian memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018 (tabel 2).

Berdasarkan tabel 3 hasil uji yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan $\alpha = 0,05$, variabel bebas (*independent*) yang mempunyai pengaruh secara signifikan dengan variabel terikat (*dependent*) adalah sebagai berikut :

- 1) Keadaan fisik memiliki nilai $\text{sig-p } 0,007 < 0,05$ artinya keadaan fisik memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018.
- 2) Keandalan memiliki nilai $\text{sig-p } 0,008 < 0,05$ artinya keandalan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018.
- 3) Ketanggapan memiliki nilai $\text{sig-p } 0,011 < 0,05$ artinya ketanggapan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018.
- 4) Jaminan memiliki nilai $\text{sig-p } 0,034 < 0,05$ artinya jaminan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018.

Hasil pengujian ini menunjukkan bahwa faktor (keadaan fisik, keandalan, ketanggapan dan jaminan) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan faktor (kepedulian) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan tidak dimasukkan kedalam uji *regresi logistik* tahap II. Berdasarkan hasil penelitian di atas variabel yang paling besar memiliki pengaruhnya terhadap kualitas pelayanan kesehatan yaitu variabel keadaan fisik dengan nilai $\text{sig-p } 0,007$.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui rata-rata nilai *gap* dari 23 pernyataan variabel independen bernilai negatif. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien masih merasa kurang puas terhadap kualitas pelayanan kesehatan dilihat dari nilai *gap* pada tiap-tiap pernyataan. Berdasarkan dari hasil nilai rata-rata *Gap* menunjukkan bahwa pada variabel keadaan fisik diperoleh nilai *gap* -1,38, keandalan memiliki nilai *gap* -1,35, ketanggapan memiliki nilai *gap* -1,34, jaminan memiliki nilai *gap* -1,28 dan kepedulian memiliki nilai *gap* -1,31. Hasil ini menunjukkan bahwa keadaan fisik, keandalan, ketanggapan, jaminan dan kepedulian yang diharapkan pasien belum sepenuhnya sesuai dengan apa yang diperoleh pasien (tabel 4).

Hasil nilai rata-rata *gap* menunjukkan bahwa atribut memiliki nilai kesenjangan yang terbesar hingga nilai kesenjangan yang terkecil. Semakin besar *gap* yang dihasilkan dari sebuah perhitungan *servqual*, maka semakin tidak baik kualitas pelayanan kesehatan tersebut dan nilai *gap* yang negatif memiliki 4 kali pengaruh lebih besar terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Sebaliknya semakin kecil *gap* (*gap*

tersebut mendekati nilai nol atau positif) semakin baik kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, prioritas perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dilakukan dari *gap* atau kesenjangan terbesar (tabel 4).

4. Pembahasan

4.1. Pengaruh Keadaan Fisik terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Variabel keadaan fisik memiliki nilai $sig-p$ $0,007 < 0,05$ artinya keadaan fisik memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018. Hasil OR pada variabel keadaan fisik menunjukkan nilai OR 66,627 maka keadaan fisik yang tidak baik, memiliki pengaruh terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sebanyak 66 kali lipat di bandingkan keadaan fisik yang baik. Nilai $B = \text{Logaritma Natural dari } 66,627 = 4,199$. Oleh karena nilai B bernilai positif, maka keadaan fisik mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi peneliti keadaan fisik dalam penelitian ini memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Keadaan fisik yang ada di beberapa Puskesmas menunjukkan bahwa sebagian responden menyatakan bahwa gedung Puskesmas masih dalam keadaan kurang bersih, kursi tunggu yang tersedia di area puskesmas masih kurang banyak dan memadai, ruang tunggu pasien masih terdapat sampah atau kurang bersih, kamar mandi masih berbau dan kurang bersih serta ruangan Puskesmas masih belum tertata dengan rapi. Beberapa hal ini yang membuat sebagian besar pasien belum puas terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak Puskesmas. Untuk mengatasi keadaan fisik dari puskesmas agar lebih baik, pihak Puskesmas harus berupaya untuk selalu menjaga kebersihan dan kerapian setiap ruangan yang ada di Puskesmas, menambah jumlah kursi tunggu untuk pasien yang berkunjung, menyediakan tempat sampah di area Puskesmas dan selalu menjaga kebersihan kamar mandi yang ada di Puskesmas.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Jacobis, R tahun 2013 tentang Faktor-Faktor Kualitas Pelayanan Pengaruhnya terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas di BLU RSUP Prof.Dr. R.D. Kandou Manado, menunjukkan hasil bahwa kehandalan, daya tanggap, dan empati, sedangkan jaminan dan sarana fisik tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap. Untuk meningkatkan kepuasan pasien hendaknya pihak rumah sakit memberikan perhatian berupa, meningkatkan pelayanan kepada pasien dalam memberikan pelayanan yang maksimal serta memberi kepercayaan pada pasien (Jacobis, 2013).

Selanjutnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami, A tahun 2013 tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien, menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang terdiri dari variabel *Tangibles* (X1), *Reliability* (X2),

Responsiveness (X3), *Assurance* (X4) dan *Empaty* (X5) secara simultan/bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien. Sedangkan secara parsial, variabel *Tangibles* (X1), *Reliability* (X2) dan *Empaty* (X5) terbukti berpengaruh signifikan terhadap kepuasan (Y). Sedangkan variabel *Responsiveness* (X3), *Assurance* (X4) secara parsial tidak terbukti berpengaruh signifikan terhadap kepuasan (Y) (Utami, Ismanto, & Lestari, 2013).

Keadaan fisik pada kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan hal yang sangat penting untuk menunjang kesembuhan dari pasien karena keadaan fisik memberikan petunjuk tentang kualitas jasa semakin baik fasilitas yang diberikan oleh Puskesmas maka akan dapat menimbulkan kepuasan. Hasil deskripsi jawaban responden pada penelitian ini, komponen yang perlu ditingkatkan pada keadaan fisik pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah ruangan yang bersih, rapi, nyaman, dan tempat tidur yang sudah disiapkan dengan keadaan rapi dan bersih. Kebersihan dan kenyamanan ruangan dapat langsung dirasakan oleh pasien dari awal pasien dirawat sampai keluar dari Puskesmas karena pasien juga membutuhkan sarana dan prasarana Puskesmas yang bersih dan nyaman. Aspek dalam komponen struktur pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kategori penilaian pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah fasilitas yaitu kenyamanan pelayanan dan ruangan rapi dan bersih yang dirasakan pasien, serta peralatan yang lengkap (Al-asaf AF, 2013).

4.2. Pengaruh Keandalan terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel keandalan memiliki nilai $sig-p$ $0,008 < 0,05$ artinya keandalan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018. Hasil nilai OR pada variabel keandalan menunjukkan nilai OR 104,342 maka keandalan yang tidak baik, memiliki pengaruh terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sebanyak 104 kali lipat di bandingkan keandalan yang baik. Nilai $B = \text{Logaritma Natural dari } 104,342 = 4,648$. Oleh karena nilai B bernilai positif, maka keandalan mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi peneliti keandalan asuhan keperawatan yang perlu ditingkatkan di Puskesmas berdasarkan hasil deskripsi jawaban responden pada penelitian ini adalah prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat dan tepat tidak berbeli-belit serta kesiapan tenaga kesehatan melayani pasien setiap saat. Keandalan atau *reliability* pelayanan akan dapat diberikan jika dapat dipercaya oleh pelanggan meliputi pelayanan harus konsisten, selain itu pelayanan yang berbelit-belit dan lamanya masa tunggu pasien dapat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena membuat pasien merasa tidak dilayani dengan baik sehingga hal ini akan dapat menimbulkan ketidakpuasan. Untuk itu hal ini perlu ditingkatkan karena keandalan sangat penting dalam membantu proses kesembuhan pasien dengan tepat dan terpercaya sehingga dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan. Usaha yang

harus dilakukan dalam meningkatkan keandalan seorang petugas kesehatan antara lain melayani pasien secara cepat dan tidak mengulur waktu, tidak membiarkan pasien menunggu lama dalam pemeriksaan kesehatannya, memberikan pelayanan yang ramah dan sopan sehingga pasien merasa nyaman serta senang terhadap pelayanan yang diberikan.

Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Herwanto, H tahun 2015, tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas Simeuleu Timur, menunjukkan bahwa dari kelima dimensi kualitas pelayanan terdapat satu dimensi *reliability (kehandalan)* tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien Puskesmas Simeuleu Timur, sedangkan dimensi lainnya berpengaruh. Tetapi jika dilakukan pengujian secara bersama-sama terdapat pengaruh kualitas pelayanan sebesar 99.48% terhadap kepuasan pasien di Puskesmas Simeuleu Timur. Tingginya pengaruh kelima dimensi itu menunjukkan inti dari pelayanan publik yang berkualitas (Herwanto, 2015).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abidin tahun 2016 tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Cempae Kota Parepare menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh kehandalan ($p=0,004$), ketanggapan ($p=0,002$) dan empati ($p=0,006$) terhadap kepuasan peserta BPJS pasien rawat inap di Puskesmas Cempae Kota Parepare. Kesimpulan dari penelitian bahwa ada pengaruh kehandalan, ketanggapan dan empati terhadap kepuasan peserta BPJS pasien rawat inap di Puskesmas Cempae Kota Parepare (Abidin, 2016).

Dimensi keandalan merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan tepercaya. Pelayanan yang tepercaya adalah pelayanan yang konsisten dan kompeten. Penilaian persepsi kehandalan ini merupakan bagian dari dimensi *Kehandalan* dengan metode *Servqual (Service Quality)* yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Malholtra (2005) merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang akurat dan sesuai dengan janji (Asmuji, 2013).

Penilaian yang dilakukan pada penelitian persepsi kehandalan meliputi prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat dan tepat tidak berbeli-belit, kesiapan tenaga kesehatan melayani pasien setiap saat, tenaga kesehatan melaporkan secara detail perubahan pasien pada saat berkunjung, tenaga kesehatan selalu memberi obat pasien sesuai prosedur pemberian obat. Berdasarkan indikator penilaian persepsi kehandalan diatas sebagian besar responden atau pasien masih merasa mendapatkan pelayanan kurang baik pada prosedur penerimaan pasien belum dilayani secara cepat dan tepat serta berbeli-belit dan ketidak siapan tenaga kesehatan melayani pasien setiap saat.

4.3. Pengaruh Ketanggapan terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel ketanggapan memiliki nilai $sig-p$ $0,011 < 0,05$ artinya ketanggapan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018. Hasil nilai OR pada variabel ketanggapan menunjukkan nilai OR 84,944 maka ketanggapan yang tidak baik, memiliki pengaruh terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sebanyak 84 kali lipat di dibandingkan ketanggapan yang baik. Nilai $B = \text{Logaritma Natural dari } 84,944 = 4,442$. Oleh karena nilai B bernilai positif, maka ketanggapan mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi penelitian Persepsi daya tanggap yang perlu ditingkatkan pada pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang ramah dan sopan, hal ini sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien, karena pasien sangat membutuhkan dukungan dan pelayanan yang ramah dengan senyum, sapa dan salam itu akan dapat membuat pasien merasa dilayani dengan baik dan penuh rasa sabar serta tanggap sehingga akan membantu dalam proses penyembuhan. Ketanggapan dan kepekaan terhadap kebutuhan pasien akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Berdasarkan sudut pandang pengguna jasa pelayanan, mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang dapat memenuhi segala keinginan atau kebutuhan pasien secara sopan, menghargai, tanggap, dan ramah. Hubungan persepsi daya tanggap dengan kepuasan pasien merupakan hasil stimulus dan panca indera pasien dari pelayanan yang diterima akan dapat dipersepsikan sehingga nantinya akan dapat menilai mutu pelayanan, jika apa yang mereka harapkan sesuai dengan kenyataan yang mereka dapatkan, maka akan dapat memberikan kepuasan kepada pasien terhadap daya tanggap petugas kesehatan, begitu juga sebaliknya jika apa yang mereka harapkan tidak sesuai dengan kenyataan maka pasien tidak puas. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa, kepuasan maupun ketidak puasian pasien sangat berhubungan dengan persepsi daya tanggap pasien karena pasien dapat merasakan secara langsung pelayanan daya tanggap yang perawat berikan dari awal pelayanan yang diterima pasien sampai akhir pelayanan di Puskesmas.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambariani tahun 2014, tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Puskesmas Santun Lansia pada Kepuasan Pasien Lanjut Usia di Puskesmas Santun Lanjut Usia Kabupaten Bogor Jawa Barat, menunjukkan bahwa kualitas pelayanan Puskesmas Santun Lansia (dimensi bukti fisik, ketanggapan, dan perhatian) mempunyai pengaruh pada kepuasan pasien lansia ($p < 0,05$). Besar pengaruh bukti fisik 0,42 (17,6%), ketanggapan 0,28 (7,8%), dan perhatian 0,25 (6,3%). Dimensi pelayanan lainnya (kehandalan dan jaminan) tidak terbukti berpengaruh ($p > 0,05$). Variabel sosio-demografik (usia dan pendidikan) berbeda signifikan dengan skor kepuasan pasien lansia ($p < 0,05$). Kualitas pelayanan Puskesmas Santun Lansia dalam dimensi *servqual* (bukti

fisik, kehandalan, ketanggapan, jaminan, dan perhatian) telah dipersepsikan memiliki kenyataan cukup baik, walaupun kualitas pelayanan yang diterima masih belum memenuhi harapan (Ambariani, 2014).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nurpahmi, I tahun 2016 tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Ibu Hamil terhadap Kualitas Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Kelurahan Cibubur Kecamatan Ciracas, menunjukkan dari lima variabel yang diteliti memiliki empat hubungan yang bermakna dengan nilai *p-Value* dari masing-masing variabel yaitu bukti fisik ($p = 0,043$), ketanggapan ($p = 0,021$), jaminan ($p = 0,001$) perhatian ($p = 0,011$) sedangkan satu hubungan yang tidak bermakna yaitu keandalan ($p = 0,169$). Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan yang meliputi bukti fisik, ketanggapan, jaminan dan perhatian dapat berpengaruh terhadap kepuasan ibu hamil (Nurpahmi, 2016).

Ketanggapan merupakan bagian dari dimensi ketanggapan dengan metode *Servqual* (*Service Quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Malholtra, kesediaan untuk membantu pelanggan, merespon dan memberikan pelayanan yang cepat yang meliputi kecepatan karyawan dalam menangani keluhan pelanggan serta kesigapan karyawan dalam melayani pelanggan. Penilaian persepsi daya tanggap pada penelitian ini meliputi perawat bersikap ramah dan sopan serta perawat memperhatikan kebutuhan dan keluhan pasien. Berdasarkan penilaian tersebut sebagian besar responden merasa masih mendapatkan pelayanan kurang baik pada indikator perawat belum bersikap ramah dan sopan (Al-asaf AF, 2013).

4.4. Pengaruh Jaminan terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel jaminan memiliki nilai $sig-p$ $0,034 < 0,05$ artinya jaminan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Aceh Timur tahun 2018. Hasil nilai OR pada variabel jaminan menunjukkan nilai OR 20,076 maka jaminan yang tidak baik, memiliki pengaruh terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan sebanyak 20 kali lipat di bandingkan jaminan yang baik. Nilai $B = \text{Logaritma Natural dari } 20,076 = 3,000$. Oleh karena nilai B bernilai positif, maka jaminan mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi peneliti, dimana Puskesmas perlu meningkatkan pendidikan tenaga kesehatan dan kemampuan petugas kesehatan melayani pasien karena pendidikan dan keterampilan dari petugas kesehatan sangat menjamin dalam membantu proses penyembuhan dari pasien, hal ini sangat mempengaruhi kepercayaan dari pasien agar nantinya pasien merasa aman dalam memperoleh pelayanan asuhan petugas kesehatan. Hasil ini sejalan dengan teori dari jaminan mutu yang mempunyai arti meyakinkan orang, mengamankan atau menjaga serta

memberikan kewajaran terhadap pasien dengan menggunakan teknik-teknik sesuai dengan prosedur untuk dapat meningkatkan asuhan perawatan terhadap pasien. Dimensi jaminan merupakan hal yang sangat penting karena kesembuhan seorang pasien berada ditangan para petugas kesehatan yang menangani selama pasien dirawat, sehingga pengetahuan yang dimiliki seorang petugas kesehatan harus sesuai dengan ilmu yang mereka pelajari dan mengikuti prosedur-prosedur yang ada dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pasien membutuhkan kesembuhan dengan tepat dan terjamin. Dalam Permenkes 71 tahun 2013 dijelaskan bahwa jaminan kesehatan kepada pasien harus dipenuhi secara baik untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Adapun usaha yang dilakukan antara lain memberikan perlindungan kesehatan kepada pasien, memperoleh perawatan dan pemeliharaan kesehatan dan memberikan kemudahan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, Y tahun 2018 tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Masyarakat Sebagai Pasien di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung, menunjukkan hasil bahwa keandalan, daya tanggap, jaminan, perhatian dan bukti fisik secara simultan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kepuasan masyarakat sebagai pasien. Secara parsial keandalan dan jaminan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kepuasan masyarakat sebagai pasien. Sedangkan, daya tanggap, perhatian, dan bukti fisik berpengaruh secara positif dan tidak signifikan terhadap kepuasan masyarakat sebagai pasien (Eka, 2018).

Selanjutnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rumiyanti tahun 2018 tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Konsumen Ditinjau dari Perspektif Ekonomi Islam, menunjukkan bahwa hasil analisis regresi linier berganda terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independen yaitu Keandalan (X1), Ketanggapan (X2), Jaminan (X3), dan Kepedulian (X4) terhadap variabel dependen yaitu Kepuasan Konsumen Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dari hasil uji t menunjukkan bahwa variabel ketanggapan (X2) dan variabel kepedulian (X4) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan konsumen (Y). Sedangkan variabel keandalan (X1) dan jaminan (X3) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan konsumen (Y) (Rumiyanti, 2018).

Jaminan merupakan bagian dari dimensi jaminan dengan metode *Servqual* (*Service Quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Malholtra (2005) kegiatan untuk menjamin kepastian terhadap pelayanan yang akan diberikan kepada pelanggan, hal ini meliputi kemampuan petugas atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat, keterampilan dalam memberikan pelayanan sehingga dapat menumbuhkan rasa aman pada pelanggan sehingga dapat menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan. Penilaian persepsi jaminan pada penelitian ini meliputi tenaga kesehatan terdidik dan mampu

melayani pasien, menjaga kerahasiaan pasien selama berada diperwatan, dan meningkatkan kepercayaan pasien serta membantu dalam proses kesembuhan pasien. Jaminan pada mutu pelayanan berkaitan dengan pengetahuan karyawan serta kemampuan mereka dalam menumbuhkan rasa percaya dan keyakinan pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan (Zeithaml, V. A., A. Parasuraman, 1990).

4.5. Kualitas Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Metode *Servqual*

Setelah melakukan uji regresi selanjutnya dilakukan uji menggunakan metode *servqual*. Uji regresi bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pengaruh yang diberikan variabel independen terhadap dependen, sedangkan diadakannya perhitungan menggunakan metode *servqual* bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kualitas pelayanan kesehatan dan mengetahui nilai harapan dan kenyataan yang didapatkan dari responden penelitian. Metode *Servqual* merupakan metode yang digunakan untuk mengukur kualitas layanan dari atribut masing-masing dimensi, sehingga akan diperoleh nilai gap (kesenjangan) yang merupakan selisih antara persepsi konsumen terhadap layanan yang telah diterima dengan harapan terhadap yang akan diterima. Pengukurannya metode ini dengan mengukur kualitas layanan dari atribut masing-masing dimensi, sehingga akan diperoleh nilai gap yang merupakan selisih antara persepsi konsumen terhadap layanan yang diterima dengan harapan konsumen terhadap layanan yang akan diterima.

Perhitungan nilai rata-rata *Gap* didapatkan bahwa pada variabel keadaan fisik diperoleh nilai *gap* -1,38, keandalan memiliki nilai *gap* -1,35, ketanggapan memiliki nilai *gap* -1,34, jaminan memiliki nilai *gap* -1,28 dan kepedulian memiliki nilai *gap* -1,31. Hasil ini menunjukkan bahwa keadaan fisik, keandalan, ketanggapan, jaminan dan kepedulian yang diharapkan pasien belum sepenuhnya sesuai dengan apa yang diperoleh pasien.

Hasil nilai rata-rata *gap* menunjukkan bahwa atribut memiliki nilai kesenjangan yang terbesar hingga nilai kesenjangan yang terkecil. Semakin besar *gap* yang dihasilkan dari sebuah perhitungan *servqual*, maka semakin tidak baik kualitas pelayanan kesehatan tersebut dan nilai *gap* yang negatif memiliki 4 kali pengaruh lebih besar terhadap menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Sebaliknya semakin kecil *gap* (*gap* tersebut mendekati nilai nol atau positif) semakin baik kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, prioritas perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dilakukan dari *gap* atau kesenjangan terbesar.

Menurut hasil penelitian nilai *gap* yang dihasilkan bertujuan untuk melihat sejauhmana kesenjangan yang terjadi antara nilai harapan dengan nilai kenyataan yang dihasilkan, sehingga pihak Puskesmas dapat melakukan perbaikan guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Hasil dari metode *servqual* menunjukkan bahwa pada 4 dimensi kualitas pelayanan yaitu keadaan fisik, keandalan,

ketanggapan dan jaminan memiliki nilai kesenjangan terhadap kualitas pelayanan. Upaya yang harus diperbaiki dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien antara lain meningkatkan kualitas keadaan fisik dengan cara menjaga lingkungan Puskesmas agar tetap bersih dan rapi, menjaga kerapian petugas kesehatan, menambah jumlah kursi tunggu untuk pasien yang berkunjung, menyediakan tempat sampah secara cukup, selalu menjaga kebersihan toilet dan merawat keindahan bangunan Puskesmas.

Selanjutnya meningkatkan kualitas keandalan seperti memberikan pelayanan kepada pasien cepat dan tepat, tidak membiarkan pasien menunggu terlalu lama untuk mendapatkan perawatan dan memberikan obat kepada pasien sesuai dengan penyakit yang dideritanya. Selain itu juga meningkatkan kualitas ketanggapan petugas kesehatan seperti memberikan tanggapan yang baik kepada pasien akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, sehingga pasien yang mendapatkan pelayanan menjadi lebih puas, serta meningkatkan jaminan yang diberikan kepada pasien meliputi jaminan menjadi lebih baik seperti memberikan keyakinan kepada pasien akan kesembuhannya, memberikan standar pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada seluruh pasien dan memberikan pengobatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

5. Kesimpulan dan Saran

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh keadaan fisik, keandalan, ketanggapan, dan jaminan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan kepedulian tidak memiliki hubungan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal dan kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Timur untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada puskesmas sehingga dapat dijadikan dasar untuk mengambil suatu kebijakan lebih lanjut.

Daftar Pustaka

- Abidin. (2016). Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Cempae Kota Parepare. *Jurnal MKMI*, 12(2), 70-75. <https://doi.org/10.30597/MKMI.V12I2.922>
- Al-asaf AF. (2013). *Mutu Pelayanan Kesehatan : Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.
- Ambariani. (2014). Pengaruh Kualitas Pelayanan Puskesmas Santun Lansia Pada Kepuasan Pasien Lanjut Usia Di Puskesmas Santun Lanjut Usia Kabupaten Bogor, 1(1), 59-68.
- Asmuji. (2013). *Manajemen Keperawatan* (II). Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Astuti, H. J. (2007). Analisis Kepuasan Konsumen (Servqual Model dan Important Performance Analysis Model). *Jurnal Media Ekonomi*, 7(1), 1-20.
- Azwar A. (2010). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Eka, Y. G. (2018). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat sebagai Pasien di Puskesmas

- Sering. *Skripsi USU*, 1–126.
- Herwanto, H. (2015). Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Simeulue Timur.
- Jacobis, R. (2013). Faktor-Faktor Kualitas Pelayanan Pengaruhnya terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas di BLU RSUP Pror.DR. R.D. Kandou Manado. *Jurnal EMBA ISSN 2303-1174*, 1(4), 619–629.
- Kemenkes RI. (2009). Undang-Undang No 36 Tahun 2009, 1–111. <https://doi.org/10.2174/138920312803582960>
- Kemenkes RI. (2013). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Mustofa, M. (2016). Analisis Tingkat Kualitas Pelayanan Jasa Dengan Metode Service Quality (Ervqual) Fuzzy di PT. Pos Indonesia Sidoarjo, 1–106.
- Nadwitya, M. P. K. (2013). Penentuan Kualitas Pelayanan Menggunakan Metode Servqual dan AHP di PT. Herona Express Stasiun Tugu Yogyakarta, 84, 487–492.
- Nidia. (2012). Pengaruh Kualitas Layanan Jasa Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas Bara-Baraya Makassar. *Skripsi Universitas Hasanuddin Makassar*.
- Nurpahmi, I. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Ibu Hamil terhadap Kualitas Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Kelurahan Cibubur Kecamatan Ciracas, 8(September), 35–40.
- Pohan IS. (2012). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Rachmania, N. (2015). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Puskesmas Temon I Kulon Progo Yogyakarta. *Naskah Publikasi*, 1–20.
- Rumiyanti. (2018). Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Konsumen Ditinjau dari Perspektif Ekonomi Islam. *Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung*, 1–142.
- Saputro, A. D. (2015). Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Tanggungan BPJS di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. *Biomass Chem Eng*, 49(23–6), 22–23.
- Soejadi. (2010). *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta: Kartika Bina.
- Supranto. (2011). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Utami, A. T., Ismanto, H., & Lestari, Y. (2013). Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien (Studi Kasus Pasien Rawat Jalan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Pusat Pendidikan Brigade Mobile Watukosek). *Jkmp (Issn. 2338-445X)*, 1(1), 83–96. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Who - World Helath Organization. (2013). The world health report 2013: Research for universal health coverage. *World Health Organization Press*, 146. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3006971>
- Zeithaml, V. A., A. Parasuraman, dan L. L. B. (1990). *Delivering Quality Services*. New York: Free Press.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Keadaan fisik, Keandalan, Ketanggapan, Jaminan, Kepedulian dan Kualitas Pelayanan

| Variabel | f | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Pembinaan | | |
| Tidak Baik | 54 | 54,5 |
| Baik | 45 | 45,5 |
| Keandalan | | |
| Tidak Baik | 50 | 50,5 |
| Baik | 49 | 49,5 |
| Ketanggapan | | |
| Tidak Baik | 53 | 53,5 |
| Baik | 46 | 46,5 |
| Jaminan | | |
| Baik | 51 | 51,5 |
| Tidak Baik | 48 | 48,5 |
| Kepedulian | | |
| Baik | 52 | 52,5 |
| Tidak Baik | 47 | 47,5 |
| Kualitas Pelayanan Kesehatan | | |
| Tidak Baik | 58 | 58,6 |
| Baik | 41 | 41,4 |

Tabel 2. Tabulasi Silang antara Keadaan Fisik, Keandalan, Ketanggapan, Jaminan dan Kepedulian terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

| Variabel | Kualitas Pelayanan Kesehatan | | | | Total | | Sig-p |
|----------------------|------------------------------|------|------------|------|-------|-----|-------|
| | Baik | | Tidak Baik | | f | % | |
| | f | % | f | % | | | |
| Keadaan Fisik | | | | | | | |
| Tidak Baik | 3 | 5,6 | 51 | 94,4 | 54 | 100 | 0,000 |
| Baik | 38 | 84,4 | 7 | 15,6 | 45 | 100 | |
| Keandalan | | | | | | | |
| Tidak Baik | 2 | 4,0 | 48 | 96,0 | 50 | 100 | 0,000 |
| Baik | 39 | 79,6 | 10 | 20,4 | 49 | 100 | |
| Katanggapan | | | | | | | |
| Tidak Baik | 5 | 9,4 | 48 | 90,6 | 53 | 100 | 0,000 |
| Baik | 36 | 78,3 | 10 | 21,7 | 46 | 100 | |
| Jaminan | | | | | | | |
| Baik | 37 | 72,5 | 14 | 27,5 | 51 | 100 | 0,000 |
| Tidak Baik | 4 | 8,3 | 44 | 91,7 | 48 | 100 | |
| Kepedulian | | | | | | | |
| Baik | 35 | 67,3 | 17 | 32,7 | 52 | 100 | 0,000 |
| Tidak Baik | 6 | 12,8 | 41 | 87,2 | 47 | 100 | |

Tabel 3. Uji Regresi Logistik

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|---------------|--------|-------|--------|----|-------|---------|
| Keadaan_Fisik | 4,199 | 1,564 | 7,207 | 1 | 0,007 | 66,627 |
| Keandalan | 4,648 | 1,764 | 6,943 | 1 | 0,008 | 104,342 |
| Ketanggapan | 4,442 | 1,746 | 6,473 | 1 | 0,011 | 84,944 |
| Jaminan | 3,000 | 1,416 | 4,489 | 1 | 0,034 | 20,076 |
| Constant | -8,642 | 2,466 | 12,278 | 1 | 0,000 | 0,000 |

Tabel 4. Perhitungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Dimensi Servqual

| Dimensi Pernyataan | Jumlah Rata-Rata Harapan | Jumlah Rata-Rata Kenyataan | Nilai Harapan Pernyataan | Nilai Kenyataan Pernyataan | Nilai Gap |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|
| Keadaan Fisik | 16,00 | 10,50 | 4,00 | 2,62 | -1,38 |
| Keandalan | 20,00 | 13,27 | 4,00 | 2,65 | -1,35 |
| Ketanggapan | 20,00 | 13,31 | 4,00 | 2,66 | -1,34 |
| Jaminan | 16,00 | 10,9 | 4,00 | 2,72 | -1,28 |
| Kepedulian | 20,00 | 13,45 | 4,00 | 2,69 | -1,31 |

Epidemiologi Noncommunicable (PTM) Di Medan Dengan Menggunakan Pendekatan Stepwise WHO

Isnaini Afni sagala¹, Dhea Afriesa Adisty², Widia Alwiyah³, Rana Zahra⁴
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Medan

| | |
|---|--|
| <p>Track Record Article</p> <p>Diterima : 20 Juli 2019</p> <p>Dipublikasi: 01 Desember 2019:</p> | <p style="text-align: center;">Abstract</p> <p>Non-communicable diseases are a factor causing overall death in the world. From WHO data it is known that from 57 million deaths in the world in 2008, 36 million nearly 63.15% were caused by infectious diseases, non-communicable diseases also killed individuals at a young age not just old age. . The purpose of this study was to determine the description of PTM risk factors using stepwise WHO. The research method used is quantitative descriptive method with cross sectional design, the population of this study is the Medan city community with a total sample of 20 people who have the age of 25-64 years who do the screening. The sampling technique in this study is accidental sampling, this research was conducted in the independent field in Medan on June 23, 2019, the measurement instrument carried out was by WHO stepwise and directly, by frequency distribution and central distribution, by measuring blood pressure measuring instruments sfigmomanometer and glucometer blood sugar levels. the results showed that women were 65%, age 49-56 30%, 40% undergraduate education, 95% married status, 35% IRT employment, income > Rp. 2,500,000 35%, cigarette consumption 30%, total cigarette consumption 10%, fruit consumption 30%, vegetable consumption 5%, physical activity 10%, BMI 27.08 kg / m², blood pressure 130/80 mmHg, highest blood sugar level 127 mg / dL. for the people of Medan city who have not been exposed to non-communicable diseases must maintain a healthy lifestyle, eat nutritious food, consume vegetables every day, consume fruits every day, do light physical activities regularly. For people who have been exposed to non-communicable diseases must maintain a good diet regularly consume fruits and vegetables, routinely carry out physical activities and regularly check health.</p> <p>Keywords: Noncommunicable Diseases, Stepwise, WHO</p> <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Penyakit tidak menular menjadi faktor penyebab kematian secara menyeluruh didunia, Dari data WHO diketahui bahwa dari 57 juta kematian didunia ditahun 2008, sebanyak 36 juta hampir 63,15% disebabkan oleh penyakit menular, penyakit tidak menular juga membunuh individu pada usia muda bukan hanya usia tua. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran faktor risiko PTM dengan menggunakan stepwise WHO. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kuantitatif dengan desain cross sectional, populasi penelitian ini adalah masyarakat kota medan dengan jumlah sampel sebanyak 20 orang yang memiliki usia 25-64 tahun yang melakukan skrining. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu accidental sampling, penelitian ini dilakukan di lapangan merdeka medan pada tanggal 23 juni 2019, instrumen pengukuran yang dilakukan adalah dengan cara stepwise WHO dan secara langsung, dengan distribusi frekuensi dan distribusi central, dengan pengukuran tekanan darah alat ukur sfigmomanometer dan kadar gula darah glukometer. hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita 65%, usia 49-56 30%, pendidikan S1 40%, status menikah 95%, pekerjaan IRT 35%, pendapatan > Rp. 2.500.000 35%, konsumsi rokok 30%, jumlah konsumsi rokok 10%, konsumsi buah 30%, konsumsi sayur 5%, aktivitas fisik 10%, IMT 27.08 kg/m², tekanan darah 130/80 mmHg, kadar gula darah tertinggi 127 mg/dL. bagi masyarakat kota medan yang belum terkena penyakit tidak menular harus menjaga pola hidup sehat, memakan makanan yang bergizi, konsumsi sayur setiap hari, konsumsi buah setiap hari, melakukan aktivitas fisik ringan secara teratur. Bagi masyarakat yang sudah terkena penyakit tidak menular harus menjaga pola makan yang baik rutin konsumsi sayur dan buah, rutin melakukan aktivitas fisik dan rutin memeriksa kesehatan.</p> <p>Kata Kunci : PTM, Stepwise, WHO</p> |
|---|--|

Pendahuluan

Penyakit tidak menular menjadi faktor penyebab kematian secara menyeluruh di dunia. Dari data WHO diketahui bahwa dari 57 juta kematian di dunia tahun 2008, sebanyak 36 juta hampir 63,15% disebabkan oleh penyakit menular. Penyakit tidak menular juga membunuh individu pada usia muda bukan hanya usia tua.

Seluruh kematian yang terjadi rata-rata orang yang berusia kurang dari 60 tahun dan juga terdapat di negara-negara yang tingkat ekonominya rendah dan menengah yang disebabkan oleh penyakit tidak menular sebanyak 26% dan 13% terjadi di negara maju. Penyebab penyakit PTM diasanya menyerang orang yang usinya kurang dari 70 tahun, seperti penyakit kardiovaskular yang salah satunya termasuk penyakit terbesar (39%), kanker (27%), penyakit pencernaan (30%) dan penyakit PTM lainnya. Menurut badan kesehatan dunia WHO, memperkirakan penyakit tidak menular akan semakin meningkat di seluruh dunia, peningkatan itu akan terjadi di negara menengah dan miskin.

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang merupakan suatu ancaman bagi masyarakat di negara berkembang termasuk Indonesia. Silent Killer atau yang sering juga disebut sebagai penyakit tidak menular yaitu suatu tantangan yang menjadi masalah kesehatan secara global disebabkan prevalensinya kuat yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular (Mills et al, 2016). Di Sumatera utara jumlah penduduk yang terkena penyakit hipertensi di beberapa kabupaten mencapai 12,42 juta jiwa (Kemenkes, 2013).

Penyakit hipertensi yang terbanyak juga terjadi di Kabupaten Karo dan yang akan menyusul Kabupaten Deli Serdang. Tahun 2016 Kabupaten Karo yang mengalami penyakit Hipertensi sebanyak 12.608 jiwa. Prevalensi penyakit ini lebih tinggi diderita pada jenis kelamin wanita (52%), laki-laki (48%) kelompok umur terbesar pada umur 55-59 tahun (Simbolon, 2016). Berdasarkan data tersebut, peneliti menjadi tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran faktor risiko penyakit tidak menular di medan dengan menggunakan stepwise WHO.

Metode

Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kuantitatif dengan desain cross sectional, populasi penelitian ini adalah masyarakat kota medan dengan jumlah sampel sebanyak 20 orang yang memiliki usia 25-64 tahun yang melakukan skrining. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah accidental sampling, penelitian ini dilakukan di lapangan merdeka medan pada tanggal 23 juni 2019. Instrumen pengukuran yang dilakukan adalah dengan cara stepwise WHO dan secara langsung, dengan distribusi frekuensi dan distribusi central,

dengan pengukuran tekanan darah alat ukur sfigmomanometer dan kadar gula darah glukometer.

Hasil

Berdasarkan Tabel 1, Responden jenis kelamin paling banyak (65%). Responden usia 49-56 paling banyak (30%). Responden tingkat pendidikan S1 paling banyak (40%). Responden status menikah paling banyak (95%). Responden tingkatpekerjaan ibu rumah tangga paling banyak (35%). Responden

Berdasarkan Tabel 2, Mengonsumsi rokok paling berisiko (30%). Jumlah rokok paling berisiko (10%). Mengonsumsi sayur perminggu paling berisiko (5%). Mengonsumsi buah perminggu paling berisiko (30%). Jenis minyak paling berisiko (15%). Status aktifitas fisik paling berisiko (10%).berpendapatan paling banyak ≤Rp.2.500.000,00 (35%) dan yang tidak memiliki penghasilan (35%).

Berdasarkan Tabel 3, IMT paling berisiko (70%) dan rata-rata 23,39 (kg/m²) ± Sd 1,95. Berdasarkan Tabel 4, Tekanan darah sistolik yang paling berisiko (15%) dan diastolik (35%). Rata-rata sistol 121 (mmHg) ± Sd 21,60 dan rata-rata diastol 83 (mmHg) ± Sd 4,98. Berdasarkan Tabel 5, Glukosa darah (100%), dalam penelitian ini memiliki glukosa normal dan rata-rata 103,5 (mg/dL) ± Sd 14,17.

Pembahasan

Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian diketahui dari 20 sampel terdapat 65% perempuan. Dimana pada perempuan yang sudah menopause lebih memiliki risiko hipertensi dibanding perempuan yang belum menopause, perempuan yang menopause kadar hormon estrogennya menurun yang menyebabkan HDL rendah, HDL rendah akan menyebabkan terjadinya proses Aterosklerosis (Julius, 2008). Hormon esterogen menurun pada perempuan sekitar umur 45-55 tahun, pada saat usia 50 tahun hipertensi didominasi oleh perempuan sedangkan laki-laki pada saat usia muda (Wade, 2005).

Usia

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa yang berisiko sebanyak 3 orang (15%), semakin tinggi usia individu maka semakin besar risiko individu mengalami hipertensi. Usia yang lebih dari 40 tahun memiliki risiko mengalami hipertensi dibanding usia dibawah 40 tahun (Gerungan, A dkk). Adanya penambahan usia pada satu individu akan mengakibatkan elastisitas pembuluh darah semakin mengecil, yang berakibat aliran darah menyempit sehingga jantung harus

bekerja lebih ekstra guna memenuhi aliran darah keseluruh tubuh, proses ini berdampak pada hipertensi (ratnaningsih, 2015). Sedangkan yang menyerang kelompok usia 40 tahun adanya kelainan otak tidak traumatik dikarenakan proses patologi di sistem pembuluh darah pada otak (farmacia, 2009)

Peneliti menyarankan untuk usia yang > 40 tahun harus melakukan pola hidup sehat, melakukan pengecekan rutin, aktivitas fisik yang teratur salah satunya adalah senam jantung sehat. Senam jantung berpengaruh pada penurunan kadar tekanan darah (Syah Fitri, 2016)

Pendidikan dengan Risiko PTM

Berdasarkan pendidikan pada penelitian ini yang paling berisiko adalah tamatan SMP yaitu satu orang dengan persentase 5%. Rendahnya pendidikan individu berpengaruh pada pengetahuannya. Wulansari (2011) mengatakan responden yang mempunyai pengetahuan tentang hipertensi dengan baik responden tersebut pasti mampu mengendalikan tekanan darah, sebaliknya jika responden tidak mengetahui dengan baik maka tidak mampu mengendalikan tekanan darah.

Rendah atau tingginya pendidikan individu berpengaruh dalam menerima dan mengolah informasi sebelum menjadi perilaku baik atau buruk sehingga berdampak pada kesehatan individu (Noto Atmojo, 2010). Adapun yang harus dilakukan bagi pendidikan yang rendah dalam mengatasi hipertensi, yaitu dengan cara mengikuti penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, dan memperhatikan pola makan yang baik dan sehat.

Pekerjaan dengan risiko PTM

Berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa responden yang paling banyak profesi sebagai IRT (35%). Adanya faktor stress pada ibu rumah tangga dapat memicu hipertensi, karena adanya masalah pekerjaan, krisis dalam keuangan, masalah keluarga yang dihadapi. Anggraini (2009) mengatakan stres dapat meningkatkan resistensi jantung dan pembuluh darah yang dapat menstimulasi aktivitas yang dilakukan oleh saraf simpatis. Semua faktor tersebut bisa memicu stress kemudian menimbulkan kenaikan tekanan darah (santoso,2010). Adapun yang harus dilakukan oleh ibu rumah tangga dalam mengendalikan agar tidak terjadi penyakit tidak menular dengan cara manajemen stress dengan baik seperti olahraga, istirahat yang cukup.

Konsumsi rokok dengan Risiko PTM

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa dari 20 sampe yang paling berisiko PTM sebanyak 6 orang (30%). Di tahun 2007 Indonesia berada di posisi ke 5 didunia dengan jumlah

perokok terbanyak, ini merupakan masalah yang serius yang belum ditemukan solusinya di Indonesia (WHO,2011). yang menyebabkan hipertensi pada pengonsumsi rokok dikarenakan adanya zat-zat kimia didalam tembakau yang ada pada rokok, adanya kandungan nikotinn mampu merangsang saraf simpatis yang menyebabkan kerja jantung harus lebih maksimal hal tersebut akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah

Jumlah Konsumsi rokok dengan Risiko PTM

Berdasarkan jumlah konsumsi rokok pada penelitian ini diketahui paling berisiko PTM dengan mengonsumsi rokok 32 batang/ harinya. (Thomas) mengatakan jumlah rokok yang dihisap berlebihan dapat memicu terjadinya hipertensi. Setiap batang rokok terdapat kurang lebih 4.000 bahan kimia dan dua ratus diantaranya memiliki racun dan 43 jenis dapat mengakibatkan kanker. (Khoirudin).

Jumlah Konsumsi Buah dan Sayur dengan Risiko PTM

Berdasarkan variabel ini yang paling berisiko penyakit tidak menular dengan konsumsi sayur terdapat 5% dan konsumsi buah 30%. Salah satu faktor pemicu tekanan darah tinggi adalah gaya hidup yang tidak baik. Ini mengacu pada kebiasaan makan, proporsi rerata nasional perilaku dalam mengonsumsi sayur dan buah sebesar 93,5% (Risksedas 2013).

Adapun sayur dan buah yang lebih banyak dikonsumsi dapat menjadi pelindung untuk melawan penyakit kardiovaskular (Liu et al, 2014). Sayuran dan buah-buahan adalah sumber serat pangan yang baik. Sayur mengandung dietary fiber lebih banyak dibanding buah, serat itu berupa pektin. Serat (pektin) jenis itu dapat menurunkan kadar kolestrol. Kolestrol yang berada didalam tubuh berlebih bisa menempel pada pembuluh darah dan mengakibatkan pembuluh darah menyempit. Penyempitan ini menyebabkan tekanan darah meningkat (Yuliarti, 2008).

Indeks Masa Tubuh (IMT) dengan Risiko PTM

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa yang paling berisiko PTM sebanyak 14 orang dengan persentase 70%. Hasil dari jumlah berat badan responden (kg) dengan tinggi badan responden (m²). BMI dibedakan menjadi 4 yaitu, berat badan kurang, berat badan normal, berat badan berlebih, dan obesitas.

Kenaikan nilai IMT diikuti dengan kenaikan tekanan darah. Semakin besar indeks masa tubuh, maka semakin besar peluang terkena hipertensi (Hendrik, 2012). Obesitas merupakan salah satu faktor resiko terkena hipertensi. Seseorang yang menderita obesitas atau berat

badan berlebih membutuhkan banyak darah untuk mengatur oksigen dan makanan masuk kedalam tubuh. Sehingga volume darah didalam tubuh meningkat, detak jantung normal, dan tekanan darah normal (Sheps, 2005). Kelebihan berat badan (obesitas) dapat meningkatkan kadar darah dalam tubuh yang menyebabkan retensi natrium pada ginjal sehingga tekanan darah naik (Morrison, 2006).

Tekanan Darah dengan Risiko PTM

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa yang paling berisiko PTM dengan variabel tekanan darah sistol sebanyak 3 orang (15%). Sedangkan diastole sebanyak 7 orang (35%). Sistolik adalah tekanan darah tertinggi yang terjadi pada saat jantung berkontraksi memompa darah. Sementara diastole adalah tekanan darah turun pada saat jantung rileks diantara 2 denyut nadi (Kowalski, 2010).

Menurut perhimpunan hipertensi Indonesia, tekanan darah normal sistolik <120, pre hipertensi 120-139, hipertensi tahap I 140-159, hipertensi tahap II >160. Sedangkan diastol normal <80, pre hipertensi 80-89, hipertensi tahap I 140-159, hipertensi tahap II >100. Tekanan darah ini dapat diukur secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran secara langsung, dengan cara kateter arteri dimasukkan kedalam arteri, hasilnya yang didapatkan bagus namun menimbulkan masalah kesehatan. Pengukuran secara tidak langsung dengan menggunakan sphygmomanometer dan stetoskop (Smeltzer dan Bare, 2002)

Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian tentang gambaran kkrisiko Penyakit Tidak Menular di Medan dengan menggunakan Stepwise WHO dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Faktor risiko PTM demografi

Berdasarkan faktor demografi jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan 65%, yang paling berisiko usia 51-55 20%, pendidikan yang paling banyak S1 40 %, status menikah yang paling banyak 95%, pekerjaan yang paling banyak IRT 35%, pendapatan yang paling banyak > Rp2.500.000,00 35%.

2. Faktor risiko pola hidup

Berdasarkan faktor risiko pola hidup, konsumsi rokok yang berisiko Penyakit tidak menular 30%, jumlah konsumsi rokok yang berisiko penyakit tidak menular 10%, konsumsi buah yang paling berisiko penyakit tidak menular 30%, konsumsi sayur yang paling berisiko penyakit tidak menular 5%, aktivitas fisik yang paling berisiko penyakit tidak menular 10%

3. Faktor risiko biokimia

Berdasarkan faktor risiko kimia, variabel IMT (indeks massa tubuh) yang berisiko penyakit tidak menular yang memiliki IMT berat badan berlebih 27.08 kg/m²70%, variabel tekanan darah yang berisiko penyakit tidak menular 15%, semua responden memiliki kadar gula darah normal.

Saran

1. Bagi masyarakat kota Medan yang belum menderita Penyakit Tidak menular harus memperhatikan pola makan yang baik dan sehat, aktifitas fisik yang teratur untuk mengendalikan IMT agar normal dan tidak berisiko terkena Penyakit Tidak Menular.
2. Bagi masyarakat kota Medan yang sudah mengalami penyakit tidak menular harus selalu mengecek kesehatan agar penyakit tidak semakin parah, memperhatikan pola makan yang baik, mengurangi konsumsi makanan yang menyebabkan Penyakit Tidak menular.

Daftar Pustaka

- Browman ST et al. 2007. Clinical Research Hypertension. A prospective Study of Incident Women Hospital Massachusetts. P 1-3.
- Hendrik. 2012. Hubungan Indeks Massa Tubuh dengan Tekanan Darah pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Skripsi; Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Julius, S. 2008. Clinical Implication of Pathophysiologic Changes in the Midlife Hypertensive Patients. American Heart Journal, 122: 886-891.
- Kementerian Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kowalski, R.E. 2010. Teori Hipertensi: Program 8 Minggu Menurunkan Tekanan Darah Tinggi dan Mengurangi Risiko Serangan Jantung dan Stroke Secara Alami. Bandung: Qanita.
- Khoirudin. Perbedaan Kapasitas Vital Paru dan Tekanan Darah Antara Perokok Aktif dengan Perokok Pasif pada Siswa Madrasah Hidayatul Mubtadi'in Semarang Tahun Ajaran 2005/2006. Semarang: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri; 2006.
- Liu, et al. 2014. Fruit and Vegetable Intake and Risk of Cardiovascular Disease; the Women's Health Study. The American Journal of Clinical Nutrition . Dikutip dari [ajcn. Nutrition. Org](http://ajcn.nutrition.org) pada 29 April 2014.
- Majalah Farmacia. 2009. Lebih Baik Dicegah dari pada Sekedar Momok. http://www.Majalah.Farmacia.com/rublik/one_new_print.aspIDNew_s=1245 (Diakses tanggal 7 september 2012).
- Morrison R. 2006. The Zucker Rat as a Model of

- Obesity Hypertension. Thesis. University of Marshall Huntington. USA. Hal. 20-7.
- Noor, NN. 2008. Epidemiologi Edisi Revisi. Jakarta; Penerbit Rineka Citra.
- Notoatmodjo. 2010. Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku, Jakarta; Renika Cipta.
- Santoso, D., 2010, Membonsai Hipertensi. Surabaya; Temprima Medika Grafika.
- Smelzer, S. And B Bare. 2002. Buku ajar Keperawatan Medical Bedah. Jakarta; Buku Kedokteran EGC.
- Sheps SG. Mayo Clinic Hipertensi, Mengatasi Tekanan Darah Tinggi. Tjandra Yoga A. Editor. Jakarta; Intisari Mediatama; 2005. Hal.52-6.
- Thankappan KR, Mathur P. Risk Factor Profile for Chonic non-communicable Disease. Result of a Community-based Study in Kerala. India. Indian Jmed Res.2010.
- Wade, A Hwheir, D N Cameron, A., 2003, Using a Problem Detection Study (PDS) to Lentify and Compere Health Care Privider and Consumen Views of Antihypertensive Therapy. Journal of Human Hypertension. Jun Vol. 17 Issue 6,p397.
- WHO. Global Status Report on Non-communicable, Disease 2010, Geneva, World Health Organization.2010.
- Yuliarti, Nurheti. 2008. Hidup Sehat dengan Sayuran. Yogyakarta; Cakrawala.

Tabel 1 Karakteristik

| Variabel | N | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Jenis Kelamin | | |
| Pria | 7 | 35 |
| Wanita | 13 | 65 |
| Total | 20 | 100 |
| Usia | | |
| 25-32 | 4 | 20 |
| 33-40 | 4 | 20 |
| 41-48 | 3 | 15 |
| 49-56 | 6 | 30 |
| 57-63 | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |
| Pendidikan | | |
| SMP | 1 | 5 |
| SMU/SMA | 7 | 35 |
| D3 | 4 | 20 |
| S1 | 8 | 40 |
| Total | 20 | 100 |
| Status Pernikahan | | |
| Sudah menikah | 19 | 95 |
| Belum menikah | 1 | 5 |
| Total | 20 | 100 |
| Pekerjaan | | |
| Arsitek | 1 | 5 |
| Guru | 1 | 5 |
| Honorer | 1 | 5 |
| IRT | 7 | 35 |
| Kartawan Swasta | 2 | 10 |
| PNS | 3 | 15 |
| Pegawai | 2 | 10 |
| Wiraswasta | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |
| Penghasilan | | |
| 0 | 7 | 35 |
| ≥2.500.000,00 | 6 | 30 |
| <2.500.000,00 | 7 | 35 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 2 Pola Hidup

| Variabel | N | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Konsumsi Rokok | | |
| Iya | 6 | 30 |
| Tidak | 14 | 70 |
| Total | 20 | 100 |
| Jumlah Rokok | | |
| 0 batang | 14 | 70 |
| 16 batang | 4 | 20 |
| 32 batang | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 |

| Konsumsi Sayur Perminggu | N | % |
|--------------------------|---|---|
|--------------------------|---|---|

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| 1-2 kali | 1 | 5 |
| 3-4 kali | 5 | 25 |
| 5-6 kali | 4 | 20 |
| 7-8 kali | 10 | 50 |
| Total | 20 | 100 |

| Konsumsi Buah Perminggu | N | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| 1-2 kali | 6 | 30 |
| 3-4 kali | 11 | 55 |
| 5-6 kali | 0 | 0 |
| 7-8 kali | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 3 Status IMT

| Status IMT | N | % |
|----------------------|-----------|------------|
| Berat badan kurang | 0 | 0 |
| Berat badan normal | 6 | 30 |
| Berat badan berlebih | 14 | 70 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 4 Tekanan Darah

| Sistol | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Normal | 9 | 45 |
| Sedang | 8 | 40 |
| Tinggi | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |
| Diastol | N | % |
| Normal | 1 | 5 |
| Sedang | 12 | 60 |
| Tinggi | 7 | 35 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 5 Glukosa Darah

| Glukosa Darah | N | % |
|---------------|-----------|------------|
| Rendah | 0 | 0 |
| Normal | 20 | 100 |
| Tinggi | 0 | 0 |
| Total | 20 | 100 |

| Jenis Minyak | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Minyak Sayur | 16 | 80 |
| Margarin | 1 | 5 |
| Tidak Tahu | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

| Status Aktifitas Fisik | N | % |
|------------------------|-----------|------------|
| Iya | 18 | 90 |
| Tidak | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 |

INSIDEN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI KOTA MEDAN

Nofi Susanti, Siti Khodija, Siti Fatimah², Hujaimah Daulay³, Yahya Lubis⁴

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan

Email : nofisusanti@uinsu.ac.id

| | |
|--|---|
| <p>Track Record Article</p> <p>Diterima : 20 Juli 2019</p> <p>Dipublikasi: 01 Desember 2019</p> | <p style="text-align: center;">Abstract</p> <p>WHO data shows that 57 million or 63% of world mortality rates and 36 million or 43% of morbidity are caused by non-communicable diseases. PTM occurs mostly in developing countries, the incidence rate is 29%, while in developed countries it is 13%. This research was conducted to determine the life picture of the community with PTM incidence using Stepwise WHO with 20 respondents 25 > 60 years. This research uses quantitative descriptive method with cross sectional design, conducted at Merdeka Square. Samples were taken by accidental sampling. The results showed that the most respondents were women (65%). most age 37-47 years (40%). The most recent level of education is high school (40%). most Batak tribes (45%). Married marital status (100%). jobs are IRT totaling (40%). Smoking behavior (30%) with a length of smoking 11-20 (15%), with an average (20) and fruit consumption 1-2 times per week 9 (45%), and for vegetable consumption 2-4 times a week (45 %). Low activity (20%). there are (30%) who are obese. systolic (130-160mmHg) ie (45 %%)(20%) high diastolic (89-90). high blood sugar (200-248) (30%). the highest cholesterol level (5%), which is affected by hypertension (75%). PTM must be paid more attention, the large number of PTM incidence decreases the quality of life that is productive. In planning PTM management and control strategies in Indonesia by promoting health with effective communication, conducting prevention and treatment of PTM, strengthening the capacity of health service competencies in collaboration with private and professional sectors, and strengthening PTM surveillance, supervision, and research.</p> <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Data WHO menunjukkan 57 juta atau 63% angka kematian didunia dan 36 juta atau 43% angka kesakitan disebabkan oleh penyakit tidak menular. PTM banyak terjadi dinegara-negara berkembang, angka kejadian sebesar 29%, sedangkan dinegara maju sebesar 13%. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran hidup masyarakat dengan kejadian PTM menggunakan Stepwise WHO dengan 20 responden 25 >60 tahun. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan desain cross sectional, Dilakukan di Lapangan Merdeka. Sampel diambil secara <i>Accidental sampling</i>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah Perempuan sebanyak (65%). usia terbanyak 37-47 tahun (40%). Tingkat pendidikan terakhir terbanyak SMA (40%). suku terbanyak Batak (45%). status pernikahan Menikah (100%). pekerjaan adalah IRT berjumlah (40%). Perilaku merokok (30%) dengan lama merokok 11-20 (15%).dengan rata-rata (20) dan Konsumsi buah 1-2 kali per minggu 9 (45%), dan untuk konsumsi sayur 2-4 kali perminggu (45%). Melakukan aktivitas rendah (20%). terdapat (30%) yang obesitas. sistolik (130-160mmHg) yaitu (45%%).(20%) diastolik tinggi (89-90). gula darah tinggi (200-248) (30%). kadar kolesterol yang tertinggi (5%), yang terkena hipertensi (75%). PTM harus lebih diperhatikan, banyaknya angka kejadian PTM menurunkan kualitas hidup yang produktif. Dalam perencanaan Strategi penanganan dan pengendalian PTM di Indonesia dengan mempromosikan kesehatan dengan komunikasi yang efektif, melakukan pencegahan dan pengobatan PTM, penguatan kapasitas kompetensi layanan kesehatan dengan kolaborasi sektor swasta dan Profesional, dan penguatan surveilans, pengawasan, dan riset PTM.</p> <p>Kata Kunci : PTM, Faktor Risiko, Stepwise WHO</p> |
|--|---|

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular membunuh hingga 41 juta orang setiap tahunnya, setara dengan 71% dengan semua kematian di dunia. Orang-orang dari berbagai kelompok umur, wilayah atau

Negara berisiko terkena penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular juga dikenal sebagai penyakit kronis yang cenderung berlangsung lama dan mematikan, penyakit tidak menular

merupakan hasil dari kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku.(WHO,2018)

Pada tahun 2010 status global report on NCD World Health Organization (WHO) melaporkan penyebab kematian 60% semua umur didunia adalah karena PTM dan 4% meninggal sebelum usia 70 tahun. Data WHO menunjukkan 57 juta atau 63% angka kematian didunia dan 36 juta atau 43% angka kesakitan disebabkan oleh penyakit tidak menular (PTM). PTM banyak terjadi di negara-negara berkembang, angka kejadian sebesar 29%, sedangkan dinegara-negara maju sebesar 13%. Seluruh angka kematian akibat PTM terjadi pada orang berusia kurang dari 65 tahun. (Remais, 2012)

Peningkatan PTM banyak terjadi di berbagai kota-kota di Indonesia, pada tahun 2018 Riskesdes menunjukkan hasil prevalensi PTM mengalami kenaikan tingkat kejadian dibandingkan pada tahun 2013, Beberapa PTM yang terjadi antara lain seperti Stroke, Kanker, Diabetes Mellitus, Ginjal Kronis, dan Hipertensi. Proporsi penyakit tidak menular selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya dari 41,7% mengalami peningkatan cukup tinggi menjadi 59,5%, sedangkan tingkat kejadian penyakit menular menurun sepertiga dari 44,2% menurun menjadi 28,1%.(Riskesdes,2013)

Prevalensi atau proporsi kanker naik dari 1,4% menjadi 1,8%, prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%, dan penyakit ginjal kronik naik dari 2% menjadi 3,8%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%, dan hasil dari pengukuran tekanan darah, penyakit hipertensi naik dari 25,8%menjadi 34,1%.(Riskesdes 2013)

Kenaikan prevalensi tingkat kejadian PTM sangat berhubungan dengan pola hidup, seperti merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik kurang, serta kurang dalam konsumsi buah dan sayur. Oleh sebab itu tujuan dari penelitian ini adalah mengukur gambaran faktor risiko penyakit tidak menular pada usia dewasa (25-64) di Lapangan Merdeka kota Medan (Riskesdes 2013)

Berdasarkan permasalahan di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dari faktor resiko penyakit tidak menular dilapangan merdeka yang berguna sebagai rujukan dari pencegahan penyakit tidak menular.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan metode dengan Distribusi Deskriptif kuantitatif dengan desain Cross Sectional. Populasi dalam penelitian ini masyarakat yang berkunjung ke Lapangan Merdeka dan sampel yang diambil adalah sebanyak 20 responden dengan usia di atas 25 tahun sampai 60 tahun, dan yang diambil secara *Accidental sampling*. Tempat penelitian di lapangan merdeka (*Merdeka Walk Medan*).

Dalam Penelitian ini, peneliti melakukan wawancara kepada 20 responden terkait Stepwise WHO yaitu pertanyaan-pertanyaan seperti perilaku merokok dan lama merokok, aktivitas fisik, pola makan, konsumsi alkohol, riwayat tekanan darah, riwayat kolestrol, dan riwayat gula darah. Pada penelitian ini menggunakan metode penelitian Deskriptif yaitu Frekuensi dan Distribusi Sentral.

Dengan instrument penelitian ini peneliti menggunakan alat ukur untuk mengetahui tekanan darah dan kadar gula responden yakni alat berupa sfigmomanometer digunakan untuk pengukur tekanan darah sedangkan glokameter digunakan untuk mengukur kadar gula yang ada dalam tubuh responden.

HASIL

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan hasil bahwa responden terbanyak adalah Perempuan dengan jumlah 13 orang (65%) Pada kategori umur, responden terbanyak berada pada usia 37-47 tahun dengan jumlah 8 orang (40%). Tingkat pendidikan terakhir responden lebih banyak SMA berjumlah 8 Orang (40%). Berdasarkan suku paling banyak yaitu suku Batak berjumlah 9 orang (45%). Berdasarkan status pernikahan responden semuanya Menikah (100%). Berdasarkan pekerjaan responden terbanyak adalah Ibu rumah tangga (IRT) berjumlah 8 orang (40%). Berdasarkan pendapatan responden terbanyak dibawah Upah Minimum Kabupaten/kota (UMK) sebanyak 15 orang (75%).

Berdasarkan hasil tabel 2 diatas perilaku merokok sebanyak 6 orang (30%) dengan lama merokok 11-20 tahun sebanyak 3 orang(15%), dengan rata-rata (20). Dan Konsumsi buah 1-2 kali per minggu sebanyak 9 orang (45%) dan untuk

konsumsi sayur 2-4 kali perminggu sebanyak 9 orang (45%). Aktivitas fisik pada responden yang melakukan aktivitas rendah berjumlah sebanyak 4 orang (20%).

Berdasarkan pada hasil Tabel 3, gambaran faktor resiko fisik dan biokimia pada tabel diatas dapat diketahui bahwa terdapat 6 orang (30%) yang obesitas, dan klasifikasi sistolik (130-160mmHg) yaitu 9 orang (45%). Lalu sebanyak 4 orang (20%) Dengan klasifikasi diastolik tinggi (>90). dan dengan klasifikasi gula darah tinggi (200-248) 6 orang (30%).

Berdasarkan hasil tabel 4 diatas, dapat dilihat bahwa kadar kolesterol yang tinggi berjumlah 1 orang (5%), kemudian pada kategori responden yang terkena hipertensi sebanyak 15 orang (75%)

PEMBAHASAN

Penyakit tidak menular merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan dari satu orang ke orang lainnya. Penyakit tidak menular sering terjadi di negara-negara berkembang atau negara berpendapatan rendah dan menengah. Penyakit tidak menular disebabkan karena berbagai faktor-faktor seperti Perilaku Merokok, pola makan yang tidak teratur, dan gaya hidup yang tidak baik, serta jarang melakukan aktifitas fisik. (Rahmayanti, 2017)

Berdasarkan hasil pada penelitian yang dilakukan dilapangan Merdeka kota Medan, peneliti mendapatkan data dari 20 responden yang menunjukkan sebagian besar responden memiliki tekanan darah yang normal. Pada kadar gula darah hanya beberapa responden yang memiliki kadar gula darah tinggi dan yang lainnya memiliki kadar gula darah normal. Dan pada kadar Kolestrol dari 20 orang responden 1 orang (5%) memiliki kadar kolestrol diatas angka normal atau tinggi. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik dan pola makan sehat dari responden tersebut

Usia

Berdasarkan data hasil penelitian terdapat 40% reponden yang rentan terkena penyakit tidak menular hal ini didukung oleh penelitian Nurmalina yaitu menyatakan bahwa Diabetes, Kanker, Tekanan darah tinggi, Osteoartritis merupakan akibat overweight atau kelebihan berat badan yang ditemukan pada usia Dewasa.

PTM banyak di alami kelompok usia 50 tahun keatas. Tapi, saat ini golongan kelompok usia muda sekitar 30 tahunan sudah banyak yang terkena beragam penyakit tidak menular yang mematikan tersebut.

Pengetahuan tentang PTM sangat penting dan diperlukan untuk mengurangi penyakit tidak menular. Pada usia muda harus banyak mencari pengetahuan-pengetahuan tentang PTM dan menjaga pola makan dan aktivitas fisik. Pada usia lanjut di anjurkan banyak melakukan pemeriksaan diri dan menjaga asupan makanan dan beraktivitas fisik yang ringan.

Aktivitas Fisik

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan dari 20 responden hanya sebagian kecil yang melakukan aktivitas fisik yang tinggi yaitu 2 orang (10%) sedangkang responden yang melakukan aktivitas tinggi sebanyak 14 orang (70%) dan rendah 4 orang (20%). Aktivitas tinggi tidak memungkinkan pada usia tua, kolesterol yang ada di dalam tubuh tidak dapat mengalami

proses metabolisme. Dengan kata lain, kolesterol yang ada pada tubuh semakin lama akan menumpuk dalam pembuluh darah. Sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan Amira pada tahun 2009 yang menyatakan olahraga atau aktivitas fisik dapat memperbaiki kadar lemak darah yaitu, dengan menurunkan kadar kolesterol dan trigliserida, juga dapat menurunkan faktor resiko seperti terkena hipertensi, diabetes mellitus (DM), dan kegemukan dengan rutin menjalankan aktivitas-aktivitas fisik seperti olahraga yang tepat takaran, dan sesuai durasi dan frekuensinya (Amira (2009).

Pada hasil penelitian Wau (2011) juga melakukan penelitian dengan dimana responden yang jarang berolahraga atau melakukan aktivitas fisik memiliki rata-rata tekanan sistolik dan diastolik yang lebih tinggi dibandingkan responden yang sering melakukan aktivitas fisik dan berolahraga kurang dari 3 hari perminggu. Dikatakan bahwa aktivitas fisik dapat menurunkan faktor resiko terjadinya Hipertensi dan PTM liannya. Terbukti dengan aktivitas fisik dan berolahraga, akan mengurangi penyakit tidak menular.

Pola Makan

Mengonsumsi makan-makanan yang mengandung lemak serta kolesterol yang tinggi akan meningkatkan kadar kolesterol total dan kadar LDL. Pada penelitian yang dilakukan dilapangan merdeka Medan, banyak menemukan responden yang jarang mengonsumsi buah , tetapi banyak yang mengonsumsi sayur. Dari hasil 20 responden yang mengonsumsi buah hanya 1-2 perminggu (45%) dan yang mengonsumsi sayur 5-7 kali perminggu (55%).

Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung lemak memang tidak terlalu berpengaruh kepada kolestrol, namun HDL yang rendah merupakan penyebab utama yang menyebabkan infark miokard akut dan tidak dipengaruhi oleh asupan lemak dalam makanan yang di konsumsi. Dapat di artikan bahwa tidak ada hubungan antara makanan yang berlemak dengan kadar kolestrol, meskipun demikian tidak berarti membiarkan pola makan yang tidak sehat dan tinggi lemak (Yoeantara,2017).

Hipertensi

Hasil penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti di lapangan merdeka menunjukkan yang terkena hipertensi yakni sebanyak 75% hal ini menunjukkan bahwa dari 20 responden 15 orang menderita hipertensi hal ini menjadi salah satu perhatian bagi pemerintahan kota Medan.

Prevalensi hipertensi di Indonesia pada usia >18 tahun mencapai 25,8%. Semakin meningkatnya usia seseorang maka semakin lebih

beresiko terhadap peningkatan tekanan darah terutama tekanan darah sistolik sedangkan diastolik meningkat hanya sampai pada usia 55 tahun (Nurrahmani, 2011).

Jenis kelamin juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tekanan darah (Rosta, 2011). Perempuan cenderung lebih rentan terkena Hipertensi daripada laki-laki. Setelah Menopause yaitu usia 45 tahun Perempuan akan mengalami peningkatan Risiko tekanan darah tinggi atau Hipertensi, sedangkan perempuan yang belum Menopause di lindungi Hormon Esterogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Tingginya kadar Kolesterol LDL (low Density Lipoprotein) mempengaruhi terjadinya Aterosklerosis yang akan mengakibatkan tekanan darah tinggi. Seperti hasil penelitian Wahyuni dan Eksanto pada tahun (2013) yang menyatakan perempuan cenderung rentan terkena hipertensi dibandingkan laki-laki, pada penelitian tersebut mendapatkan hasil perempuan sebanyak 27,5% menderita Hipertensi, sedangkan laki-laki sebanyak 5,8%. (Anggraini Dkk,2009)

Hasil Riskesdes (2013) pada Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan (2013) menyatakan penyakit hipertensi banyak terjadi dikalangan orang yang kurang pengetahuan atau pendidikan yang rendah. Tingginya resiko terkena Hipertensi pada seseorang yang tingkat pengetahuannya rendah kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan tentang PTM dan kesehatan, atau sulitnya memahami pesan yang disampaikan petugas kesehatan dalam penyuluhan atau informasi kesehatan lainnya, sehingga berpengaruh pada gaya hidup dan pola makan yang tidak baik. Tanpa sadar Pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi tekanan darah. Tingkat pengetahuan dan pendidikan sangat berpengaruh terhadap gaya hidup seperti merokok yang tidak baik bagi kesehatan, aktivitas fisik yang baik, pola makan yang sehat dan teratur.(Anggara dan Prayitno,2013)

Kurangnya aktivitas fisik menjadi salah satu faktor Hipertensi, kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko menderita hipertensi karena meningkatkan risiko kelebihan berat badan. Orang-orang yang kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri (Anggara dan Prayitno, 2013).

Aktivitas Fisik yang kurang akan meningkatkan kadar tekanan darah yang akan menyebabkan terjadinya komplikasi penyakit seperti gangguan fungsi ginjal, stroke atau jantung

koroner dll. Pada penelitian Lewa, dkk tahun 2010 mengungkapkan secara umum Lansia yang tidak banyak melakukan aktivitas fisik berhubungan dengan kejadian Hipertensi Sistolik Terisolasi (HST) yaitu dengan prevalensi sebesar 2,336 kali berisiko terkena hipertensi. Ketika tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg ini ketika Hipertensi Sistolik Terisolasi. Jadi tekanan sistolik cenderung tinggi tetapi diastolik dalam kisaran normal.

Kebiasaan Merokok dapat meningkatkan resiko tekanan darah tinggi (Hipertensi) karena Nikotin yang terkandung dalam Rokok akan mengakibatkan pengapuran pada dinding pembuluh darah, Nikotin dan karbondioksida yang terkandung dalam rokok juga akan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, elastisitas pembuluh darah berkurang menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku yang mengganggu aliran darah dan meningkatkan tekanan darah. Status gizi lebih atau kelebihan berat badan (obesitas) juga dapat meningkatkan resiko terkena Hipertensi atau tekanan darah tinggi. Berdasarkan dari hasil penelitian dengan Widyaningrum pada tahun 2014 terdapat hubungan antara asupan magnesium, natrium, kalium dan dengan tekanan darah pada lansia. Konsumsi natrium yang berlebihan dapat menyebabkan konsentrasi natrium didalam cairan ekstraselular meningkat.(Singalingging, 2011).

Obesitas menyebabkan gangguan pada sistem-sistem autonom, resistensi insulin serta abnormalitas struktur dan fungsi pembuluh darah (Lumoidong dkk, 2013). Pada obesitas, tekanan perifer berkurang atau normal, aktivitas syaraf simpatis meningkat dan aktivitas renin plasma rendah yang berperan sebagai faktor natriuretik dan menyebabkan peningkatan reabsorpsi natrium sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah (Palmer dan Williams, 2007).

Kepada Penderita hipertensi sebaiknya mempersedikit penggunaan garam, lebih banyak melakukan aktifitas fisik, dengan berolahraga rutin seperti lari pagi, senam sehat, bersepeda, dan lebih banyak mencari informasi tentang kesehatan dan menjalankan program rencana kesehatan dalam menurunkan kejadian PTM.

Dalam penanggulangan PTM petugas kesehatan harus lebih banyak menyebarkan pengetahuan pendidikan dan informasi seperti mengenai PTM dan cara-cara menghindarinya dan menyembuhkannya pada penderita dan masyarakat. Meningkatkan komunikasi yang lebih efektif yang dapat dipahami oleh seseorang yang kurang pendidikannya. Kegiatan promosi kesehatan yang mampu mengubah gaya hidup masyarakat.

Kolesterol

Hasil penelitian menunjukkan kadar kolesterol responden hanya 1 orang (5%) yang memiliki kadar kolesterol tinggi yang berisiko terjadinya stroke. Angka kejadian stroke akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang, semakin tinggi usia seseorang semakin tinggi kemungkinan terkena stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

WHO memprediksi kematian akibat kolesterol tinggi akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung koroner dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 dan 8 juta pada tahun 2030. Dan jumlah penderita stroke dibawah 45 tahun juga terus meningkat. (American Heart Association, 2010).

Perubahan perilaku gaya hidup, pola makan yang terlalu banyak garam, lemak, dan gula, serta kurangnya beraktivitas fisik adalah faktor resiko terjadinya stroke. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor yang dapat di ubah. Faktor yang dapat di ubah seperti faktor hipertensi, diabetes mellitus, obesitas, merokok, tidak menjalankan perilaku hidup sehat, tidak melakukan medical, check up secara rutin, dan mengkonsumsi makanan-makanan yang sehat. Faktor resiko yang tidak dapat diubah adalah usia, ras dan genetik, jenis kelamin.

Menurut penelitian Ghani, Mihardja, dan Delima (2016) mendapatkan hasil berbeda yaitu besar sampel perempuan sedikit lebih banyak dari laki-laki, tetapi proporsinya sama antara laki-laki dan perempuan sebesar 1,2%. Hasil Penelitian ini menunjukkan laki-laki banyak mengalami stroke daripada perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang disampaikan Sacco, et al (1997) bahwa angka kejadian stroke pada laki-laki lebih banyak dibandingkan kejadian stroke pada perempuan. Angka kejadian stroke pada laki-laki 1,25 kali lebih banyak dari perempuan.

Pada penelitian Ghani, Mihardja, dan Delima pada tahun 2016 menemukan bahwa responden dengan status gizi normal lebih banyak, dan juga yang tidak obesitas sentral. Kebiasaan merokok juga terkait dengan kadar kolesterol, merokok bisa mengurangi kadar HDL dan meningkatkan kadar LDL. (ASH, 2011)

Angka kejadian stroke pada laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian stroke pada laki-laki 81,7/100.000 dan perempuan 71,8/100.000. Kondisi ini berhubungan dengan lifestyle dan berkaitan dengan faktor risiko yang lain yaitu mengkonsumsi alkohol, Merokok, dan dislipidemia Obesitas sangat berhubungan dengan tingginya tekanan darah dan kadar gula darah, jantung bekerja untuk memompa darah keseluruh bagian tubuh, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah. Dan oleh karena itu Obesitas berkontribusi juga terhadap

terjadinya stroke.

Merokok tidak begitu berpengaruh terhadap kejadian stroke kemungkinan karena berkaitan dengan jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari dan juga berkaitan dengan berapa lama responden merokok.

Penderita Stroke harus lebih banyak melakukan aktifitas fisik seperti berjalan kurang lebih 10 meter, istirahat yang cukup selama 7 jam, lebih memperhatikan kadar makanan yang di konsumsi, menghindari makanan tinggi lemak, banyak minum jus jambu merah, dan rutin dalam pemeriksaan diri

Diabetes Mellitus

Data pada hasil penelitian yang dilaksanakan dilapangan merdeka sebanyak 14 orang (70%) memiliki kadar gula darah normal, dan sisanya 6 orang (30%) memiliki kadar gula darah tinggi sekitar 200-248.

Pada tahun 2012 Javanbakht dkk melakukan penelitian di Iran mengenai kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien diabetes mellitus menunjukkan bahwa pasien yang menderita diabetes mellitus memiliki kualitas hidup rendah. Sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kiadaliri dkk(2013) yang menunjukkan bahwa sekitar 60% penderita diabetes mellitus memiliki kualitas hidup rendah. Dan penelitian Puspathan tahun 2016 responden yang menderita diabetes mellitus akan semakin menurun kualitas hidupnya dibandingkan dengan responden yang tidak menderita diabetes mellitus.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Novianti pada tahun 2014 yang menunjukkan bahwa tidak terdapatnya hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Pada tahun yang sama yaitu 2014 Rukmaliza juga melakukan penelitian dan menemukan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup, alasannya karena kurangnya pemenuhan kebutuhan terhadap kualitas hidup seperti fisik, psikologi, dan lingkungan.

Penderita DM harus lebih menjaga pola makan dengan tidak terlalu berlebihan mengkonsumsi makanan yang tinggi kadar gulanya, dan banyak melakukan aktifitas fisik dengan berolahraga setiap hari seperti lari pagi maupun senam sehat atau banyak berjalan seperti mengajak anak bermain keluar rumah, berbelanja dan kepada orangtua di anjurkan untuk berhubungan seks yang sehat, banyak mencari tau informasi kesehatan dan memeriksa secara rutin ke rumah sakit atau puskesmas.

KESIMPULAN

Hasil dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah Perempuan

dengan jumlah 13 orang (65%). umur, terbanyak berada pada usia 37-47 tahun 8 orang (40%). Tingkat pendidikan terakhir SMA 8 Orang (40%). suku Batak 9 orang (45%). status pernikahan Menikah (100%). pekerjaan adalah IRT berjumlah 8 orang (40%). Perilaku merokok 6 orang (30%) dengan lama merokok 11-20 tahun 3 orang (15%). dengan rata-rata (20) dan Konsumsi buah 1-2 kali per minggu 9 orang (45%), dan untuk konsumsi sayur 2-4 kali perminggu 9 orang (45%). Melakukan aktivitas rendah 4 orang (20%). terdapat 6 orang (30%) yang obesitas. sistolik (130-160mmHg) yaitu 9 orang (45%). 4 orang (20%) diastolik tinggi (89-90). gula darah tinggi (200-248) 6 orang (30%). kadar kolesterol yang tinggi 1 orang (5%), yang terkena hipertensi 15 orang (75%).

SARAN

Kepada masyarakat secara umum dan responden penelitian secara khusus untuk agar tetap mempertahankan pola makan dan aktivitas fisik yang sudah tergolong baik. Serta meminimalisir dan menghindari perilaku-prilaku yang dapat memperbesar risiko terkena penyakit tidak menular (PTM).

Banyak melakukan aktifitas fisik seperti lari pagi, senam sehat, berjalan kurang lebih 10 meter, bersepeda, dan melakukan aktifitas fisik lainnya yang mengeluarkan keringat.

Mempertahankan pola makan yang sehat dan teratur dengan memakan makanan yang sehat dan tidak tinggi lemak, memakan sayur- sayuran seperti yang menurunkan tekanan darah seperti pisang, sayuran hijau atau kentang, tidak terlalu banyak makan dan tidak terlalu sedikit makan, memakan sayur sayuran dan buah atau seperti empat sehat lima sempurna.

Menghindari perilaku-prilaku yang dapat menyebabkan terkenanya penyakit, dan banyak mencari informasi-informasi tentang penyakit dan 10 indikator hidup sehat dan menjalankannya.

Strategi pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia ini harus terus diperhatikan dengan mempromosikan kesehatan, melakukan pencegahan PTM, penguatan kapasitas kompetensi layanan kesehatan dengan kolaborasi sektor swasta dan profesional, dan penguatan surveilans dan pengawasan dan riset PTM.

DAFTAR PUSTAKA

Asputra,H., dan Siahaan, SS.2009. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pasien Yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang Periode Januari Sampai Juni 2008. Fakultas Kesehatan Universitas Riau. Files of DrsMed-FK UNRI : 1-41.
Anggara, FHD., dan Prayitno, N. 2013. Faktor-

faktor yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes MH. Thamrin. Jakarta. Jurnal Ilmiah Kesehatan.5(1):20-25.
Amira, Nor.2010."Gambaran Tekanan Darah pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara Sebelum Dan Sesudah Olahraga". Skripsi Universitas Sumatra Utara.
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Diakses : 23 Januari 2014. Riskesdes.
Javanbakht, M dkk. 2012. Health Related Quality of Life in Patients With Type 2.
Kiadaliri A. 2013. Quality Of Life in People with Diabetes: A Systematic Review of Studies in Iran(Online).
Lestari p., soeharyo h., & Kris P. 2011. Beberapa Faktor Yang Berperan Terhadap Keaktifan Kunjungan Lansia Ke Posyandu, Jurnal Media Medika Indonesia.
Lingga, Lanny, 2013, All About Stroke: Hidup Sebelum Pasca Stroke, Penerbit Gramedia, Jakarta.
Lewa, FA., Pramantara, PDI., dan Baning, RBTh. 2010. Faktor-faktor Risiko Hipertensi Sistolik Terisolasi pada Lanjut Usia. Berita Kedokteran Masyarakat. 26(4): 171-178.
Novianti D. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportand Treatment.
Nailufar, Silvia Laurasati. 2010. Hubungan Tingkat Stres, Pola Makan, Olahraga dan Dukungan Keluarga dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Mellitus. Skripsi. Surabaya: Universitas
Pertiwi, HW., 2013, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Frekuensi Kehadiran Lnjut Usia di Posyandu Lansia, Jurnal Ilmiah Kebidanan.
Prasetyaningrum, YI 2014, Hipertensi Bukan Untuk ditakuti, Fmedia (Imprint AgroMedia Pustaka), Jakarta.
Puspanathan M.2015. Hubungan antara Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Kualitas Hidup di Posyandu Lansia di Wilaya Kerja Puskesmas Kecamatan Medan Amplas.
Remais JV, Guang Z, dan Guangwei L, 2012, Convergence of Non-communicable and Infectious Disease in Low and Middle Income Countries, International Journal of Epidemiology.
Rufiati, dkk. Pengaruh Permainan Find Your Mate Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu.
Rosta, J.2011. Hubungan asupan energi, protein, Lemak Dengan Status Gizi dan Tekanan Darah Geriatri di Panti Wredha Surakarta. Skripsi

- Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
- Rukmaliza T. 2014. Hubungan Karakteristik Individu Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Kinjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis BLUD RS Umum Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. (Online).
- Restada E.J.2016. Hubungan Lama Menderita dan Komplikasi Diabetes melitus Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Puskesmas Gatak Sukoharjo (Online).
- Shilton T., Beatriz C., & Claire B., 2013, Towards a Global Framework for Capacity Building For non-communicable Disease Advocacy in Low and Middle Income Countries, Global Health Promotion Journal.
- Sunartyasih, R., dan Brigita L., 2012, Hubungan Kendala Pelaksanaan Posbindu dengan Kehadiran Lansia di Posbindu RW 08 Kelurahan Palasari Kecamatan Cibiru Kota Bandung, Jurnal Sains, Teknologi dan Kesehatan, Universitas Islam Bandung.
- Suiraoka. (2012). penyakit Degeneratif Yogyakarta: Nuamedika.
- Susanto, T (2013). Diabetes, Deteksi, Pencegahan, Pengobatan. Jakarta: Buku Pintar ISBN.
- Singalingging, G. 2011. Karakteristik Penderita Hipertensi di rumah Sakit Umum Herna Medan 2011. Medan :1-6.
- Safitri dan Juanita. 2016. Hubungan Basic Conditioning Factors dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Diabetes Mellitus di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Idea Nursing Journal. Vol. VII (1).
- Try Umayana Haniek, Hary Cahyati Widya. 2015. Dukungan Keluarga dan Tokoh Masyarakat Terhadap Keaktifan Penduduk ke Posbindu Penyakit tidak Menular. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Universitas negeri Semarang. KEMAS (11) (2015) 96-101
- Wahyuni., dan Eksanoto, D. 2013. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin dengan Kejadian Hipertensi di Kelurahan Jagalan di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sawit Surakarta. Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia. 1 (1) : 79-85.
- Widyaningrum, TA. 2014. Hubungan Asupan Natrium, Kalium, Magnesium dan Status Gizi dengan Tekanan Darah pada Lansia di Kelurahan Makam Haji Kartasura. Skripsi. Program Study Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- World Health Organization (WHO). (2011) Non-communicable disease surveillance and prevention in South-East Region. India.
- Yoeantara, Aloedea. 2017. "Pengaruh pola makan terhadap kadar Kolesterol Total". Jurnal MKMI Volum 13 Nomor 4.

Tabel 1. Karakteristik Responden

| Variabel | N | % |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Jenis Kelamin | | |
| Perempuan | 13 | 65% |
| Laki-laki | 7 | 35% |
| Total | 20 | 100% |
| Usia | | |
| 26-36 tahun | 5 | 25% |
| 37-47 tahun | 8 | 40% |
| 48-58 tahun | 7 | 35% |
| Total | 20 | 100% |
| Tingkat Pendidikan | | |
| SD | 4 | 20% |
| SMP | 3 | 15% |
| SMA | 8 | 40% |
| S1 | 4 | 20% |
| S2 | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |
| Suku | | |
| Batak | 9 | 45% |
| Jawa | 6 | 30% |
| Melayu | 5 | 25% |
| Total | 20 | 100% |
| Status Pernikahan | | |
| Menikah | 20 | 100% |
| Belum Menikah | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |
| Pekerjaan | | |
| Pedagang | 4 | 20% |
| Guru | 2 | 10% |
| IRT | 8 | 40% |
| PNS | 2 | 10% |
| Wiraswasta | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |
| Pendapatan | | |
| Di atas UMK | 5 | 25% |
| Di bawah UMK | 15 | 75% |
| Total | 20 | 100% |

Tabel 2. Gambaran Pola Hidup

| Variabel | N | Persentase |
|------------------------|----------|------------|
| Prilaku Merokok | | |
| Iya | 6 | 30% |
| Tidak | 14 | 70% |
| Lama Merokok | | |
| 0-10 | 2 | 10% |
| 11-20 | 3 | 15% |
| 21-30 | 1 | 5% |
| Total | 6 | 30% |
| Konsumsi | | |

Buah/minggu

| | | |
|--------------|-----------|-------------|
| 1-2 | 9 | 45% |
| 3-4 | 8 | 40% |
| 5-6 | 2 | 10% |
| 7-8 | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |

Konsumsi

Sayur/minggu

| | | |
|--------------|-----------|-------------|
| 2-4 | 9 | 45% |
| 5-7 | 11 | 55% |
| Total | 20 | 100% |

Aktivitas Fisik

| | | |
|--------------|-----------|-------------|
| Tinggi | 2 | 10% |
| Sedang | 14 | 70% |
| Rendah | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |

Tabel 3. Data pengukuran Biokimia Responden

| Variabel | N | % |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| IMT (kg/m) | | |
| Normal (18,5-22,9) | 9 | 45% |
| Berat Badan Berlebih (23-24,9) | 5 | 25% |
| Obesitas (25-29,9) | 6 | 30% |
| Total | 20 | 100% |
| Klasifikasi Sistolik (mmHg) | | |
| Normal (110-129) | 11 | 55% |
| Tinggi(130-160) | 9 | 45% |
| Total | 20 | 100% |
| Klasifikasi Diastolik (mmHg) | | |
| Normal (80-89) | 16 | 80% |
| Tinggi (>90) | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |
| Klasifikasi Gula Darah | | |
| Normal (80-100) | 14 | 70% |
| Tinggi (200-248) | 6 | 30% |
| Total | 20% | 100% |

Tabel 4. Status kolesterol Responden.

| Kadar kolesterol | N | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| Rendah | 11 | 55% |
| Normal | 8 | 40% |
| Tinggi | 1 | 5% |
| Total | 20 | 95% |
| Hipertensi | | |
| Iya | 15 | 75% |
| Tidak | 5 | 25% |
| Total | 20 | 100% |

Frekuensi Risiko Penyakit Tidak Menular Pada Penduduk Dewasa di Lapangan Merdeka

Fifi Maysarah Bancin ; Maysarah Sinaga ; Tya Mailina ; Septia Suhadi

Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara

Abstrak

Penyakit menular menjadi pemicu utama kematian di dunia proporsi kematian disebabkan PTM dan faktor risiko PTM semakin bertambah di Indonesia. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran faktor risiko terjadinya PTM di Lapangan merdeka. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan desain cross sectional. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengunjung yang bersedia menjadi responden dan berusia 25-60 tahun sebanyak 20 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden menderita hipertensi (30%), menderita obesitas tingkat I (10%) dan memiliki kadar kolestrol tinggi (20%). Responden yang berperilaku merokok sebesar (55%). Responden dengan aktifitas fisik rendah (55%). Responden dengan mengonsumsi asupan buah yang cukup (15%) dan seluruh responden mengonsumsi sayur setiap hari dengan porsi yang cukup (100%). Dengan mengetahui faktor PTM seperti berhenti merokok, memperhatikan pola makan sehat yang meliputi mengonsumsi sayuran beserta buah-buahan sejumlah 400 gram setiap orang di setiap harinya, yang terbagi atas 250 gram buah dan 150 gram kemudian melakukan olahraga minimal 150 menit perminggu dengan intensitas sedang, dan dilakukan terjadwal dengan baik, melakukan pemeriksaan kesehatan seperti pengukuran tekanan darah, pemeriksaan gula darah, secara rutin minimal sekali dalam 6 bulan.

Kata kunci : PTM, pengendalian dan step wise

1. Pendahuluan

Hasil data yang diperoleh dari Riskesdas menunjukkan angka penyakit kanker mengalami peningkatan dari 1,4 % (tahun 2013) menjadi 1,8 %, angka penyakit stroke bertambah dari (7%) menjadi (10,9%) dan penyakit ginjal kronik naik dari (2%) menjadi (3,8 %). Berdasarkan hasil pengecekan gula darah, diabetes mellitus naik dari (6,9%) menjadi (8,5%) dan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi (25,8%) menjadi (34,1%). Terjadinya peningkatan angka kesakitan PTM ini berkaitan antara pola hidup, yang meliputi perilaku merokok, mengonsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik serta pola mengonsumsi buah dan sayur. Sejak tahun 2013 angka kejadian merokok pada remaja (10-18 tahun) terus bertambah, yaitu 7,2 %. Data keseimbangan konsumsi minuman beralkohol juga mengalami kenaikan dari 3% menjadi 3,3 % (Riskesdas 2013; 2018).

Begitu juga dengan perbandingan aktivitas fisik rendah juga naik dari (26,1%) menjadi (33,5%) dan (0,8%) mengonsumsi minuman beralkohol overaktif. Permasalahan kesehatan lainnya adalah perbandingan konsumsi buah dan sayur rendah pada penduduk dalam 5 tahun terakhir, masih sangat memprihatinkan yaitu sekitar (95, 5%).

Lapangan merdeka adalah sebuah alun-alun di kota medan Sumatera utara, yang letaknya ada pada pusat kota. Secara administratif, lokasinya berada dalam kecamatan Medan Petisah. Saat ini sebagian areal Lapangan Merdeka telah beralih fungsi, diantaranya pada bagian barat yang sudah menjadi pusat kuliner, bagian timur menjadi areal parkir, bagian selatan telah menjadi kantor polisi dan dan lapangan parkir motor bagi pengunjung pusat jajanan. Setiap hari minggu disekitar lapangan merdeka berlaku Car Free Day. Masyarakat dari berbagai kalangan, usia, dan pekerjaan dapat mengunjungi Lapangan Merdeka untuk berbagai kegiatan. Salah satunya, cek kesehatan yang dilaksanakan berbagai pihak penyelenggara.

Penelitian ini menggunakan surveilans global untuk faktor risiko penyakit tidak menular, yaitu WHO

step wise. Pendekatan step wise WHO ini menggunakan instrument dan protokol yang telah terstandarisasi untuk memantau trend penyakit tidak menular disetiap negara. Pendekatan step wise lebih memfokuskan terhadap kualitas daripada kuantitas. Step wise menerapkan perbedaan level atau tingkatan pada setiap kuisioner. Selain itu kelebihan step wise lainnya adalah lebih fleksibel untuk diadaptasi oleh masing-masing negara, lebih sederhana dan dapat di tambahkan dalam struktur yang sudah ada.

2. Metode

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian cross sectional. Penelitian ini dilakukan di lapangan merdeka kota medan. Adapaun sampel yang dipakai dalam penelitian ini adalah pengunjung lapangan merdeka yang melakukan cek kesehatan yang berusia 25-60 tahun, sebanyak 20 orang. Pria maupun wanita yang berasal dari berbagai daerah. Skinning yang dilakukan adalah pengecekan tekanan darah dengan alat ukur sfigmanometer, cek gula darah dengan alat ukur Glucometer, HDL dan kolestrol dengan alat ukur yang dipakai adalah lipid pro. Alat ukur yang dipakai untuk tinggi badan adalah meteran (cm) sedangkan untuk mengukur berat badan adalah timbangan (kg). Adapun analisis data yang digunakan adalah distribusi frekuensi dan distribusi central. Penelitian dilakukan pada 23 juni 2019 – 30 juni 2019.

3. Hasil

Pada tabel 1 menunjukkan data demografi dari responden. Dari tabel tersebut diperoleh data bahwa responden didominasi oleh laki – laki (55%). Tingkat pendidikan terbanyak SMP (35 %), usia rata rata responden adalah 48,45 tahun dengan nilai standar deviasi 7,47. Pendapatan dengan rata rata Rp.2.285.000 dengan standar deviasi 1851.109.

Dari tabel 2 adalah data yang memuat pola

hidup responden. Responden dengan perilaku merokok (55%), aktifitas fisik rendah (55%). Seluruh responden mengonsumsi sayur 6-7 kali dalam seminggu, dengan nilai rata-rata 6,75 kali dan standar deviasi 0,44. Responden dengan pola konsumsi buah 1- 2 kali diperoleh hasil (50 %) dengan rata-rata 2,95 dengan nilai standar deviasi 1,8202.

Dari tabel 3 diperoleh data berat badan dan tinggi badan responden. Didapatkan hasil (10 %) responden dengan status obesitas tingkat 1, dengan nilai rata-rata 24,5 dan standar deviasi 0,7071.

Dari tabel 4 diperoleh data responden hipertensi (30 %), status gula darah tinggi (20 %) dengan nilai rata-rata 139,85 dan nilai standar deviasi 44.851. Responden dengan status kolesterol tinggi (20%) dengan nilai rata-rata 72 dan standar deviasi 9,464.

4. Pembahasan

Usia

Dalam penelitian ini ditemukan 80% responden yang berada pada usia produktif (45 – 55) tahun. Dari riskesdes 2013 diperoleh data bahwa di perkotaan, mortalitas yang disebabkan oleh stroke pada kelompok umur 45-54 tahun sebanyak 15,9%, sebaliknya dipedesaan sebanyak 11,5%. Hal tersebut mengindikasikan PTM (terutama stroke) mengenai di usia produktif. Dengan meningkatnya umur, sistem dan fungsi tubuh akan berubah baik fisik mental sosial dan juga emosional. Hal ini tentu akan memberikan pengaruh terhadap status kesehatan. Sehingga perlu dilakukan cara untuk menghambat ataupun mengajak untuk merubah perilaku yang sehat untuk memperbaiki taraf hidup. Adapun cara yang dapat dikerjakan diantaranya menjauhi stress. Ketika seseorang stress, maka tubuh akan menghasilkan hormon yang bisa menambah tekanan darah, penambahan darah ini yang menyebabkan kejadian PTM (Gunawan,2010.)

Jenis kelamin

Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa wanita (45%) lebih banyak terkena penyakit tidak menular. Hal ini disebabkan terjadinya penyusutan hormon – hormon esterogen ketika masa menopause tiba (Andra 2013). Hal ini sesuai dengan hasil riset (Taylor 2012), bahwa penyebab utama wanita lebih banyak terkena penyakit tidak menular akibat penurunan pada hormon esterogen. Faktor risiko lain yang juga memberikan dampak adalah body massa indeks perempuan yang sering tidak seimbang sehingga hal ini dapat mengakibatkan penurunan kepekaan respons insulin.

Tingkat pendapatan

Dalam data ini didapatkan responden yang berpenghasilan di bawah UMR sebesar 60%. Hal ini dapat menyumbangkan pengaruh terhadap terjadinya salah satu penyakit tidak menular. Sebagaimana hasil riset yang diperoleh oleh grant (2010). Adapun

penelitian tersebut dilakukan di Adelaide Australia memperoleh hasil pendapatan rumah tangga (belum dipotong pajak) dibawah dari \$20.000 per tahun mempunyai risiko untuk terkena penyakit tidak menular.

Keluarga dengan penghasilan tinggi adalah kelompok yang lebih banyak terkena penyakit tidak menular (Grant et al, 2010). Hal tersebut disebabkan perubahan status sosial ekonomi dan pola dan style makan yang menyebabkan perubahan pola konsumsi penduduk yang lebih condong menjauhi pedoman makanan ideal yang mengakibatkan efek negatif bagi kesehatan dan gizi (Surirako,2012).

Konsumsi buah dan sayur

Hasil dari riset ini menunjukkan responden dengan jumlah konsumsi buah dan sayur yang tidak sesuai standar menkes sebesar 50%. Rendahnya konsumsi buah dan sayur bisa mengakibatkan penyakit kronis misalnya obesitas, diabetes, hipertensi, tekanan darah tinggi dan kanker. Kematian pada usia dini dan kehidupan produktif yang berkurang disebabkan kecacatan (28%), dari penyebab mortalitas secara keseluruhan karena kurangnya jumlah mengonsumsi buah dan sayuran. Selain itu, kurangnya konsumsi buah dan sayur diprediksi juga mengakibatkan kira-kira 14% dari mortalitas karena kanker pencernaan, kurang lebih 11% dari jantung dan kira-kira (9 %) mortalitas stroke (WHO).

Saran angka yang standar konsumsi buah untuk menghambat penyakit degeneratif adalah 400-600 gram per hari. Saran porsi cukupnya konsumsi buah dan sayur di Indonesia dimuat pada tumpeng gizi ideal yang memuat pedoman agar mengonsumsi buah sebesar dua hingga tiga porsi sehari. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), konsumsi buah dan sayur dikelompokkan rendah jika tidak mengikuti petunjuk pada tumpeng gizi ideal.

Aktivitas fisik

Dari data responden diperoleh data bahwa responden dengan aktivitas rendah cukup besar, yakni 55%. Hasil riset mengenai pola hidup aktivitas fisik membuktikan bahwa terdapat korelasi antara aktivitas fisik dengan kejadian penyakit tidak menular yaitu obesitas dan obesitas sentral. Aktivitas fisik seperti olahraga, kegiatan sehari-hari seperti menari yang dilakukan secara berkala dapat memberikan manfaat untuk menghalangi terjadinya tumpukan lemak di selaput pembuluh darah (Thankappan KR 2010).

Hal ini membuktikan hasil dari outopsi pada juara Marathon Bosthon tujuh kali, Clarence de Mar, yang membuktikan kapasitas pembuluh darah koronernya dua hingga tiga kali kapasitas normal serta tidak diperoleh adanya stenosis (pengecilan pembuluh darah). Hasil riset ini memberikan fakta kalau aktivitas fisik yang dikerjakan dengan berkala dapat melindungi tubuh dengan standar gizi yang terbaik. Kegiatan fisik yang dikerjakan dengan teratur seperti jalan cepat atau jogging dapat mengurangi tumpukan lemak sehingga mengurangi risiko dari seseorang dari keadaan kelebihan berat badan.

Merokok

Rokok adalah faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya penyakit tidak menular dan berperan sebagai kontributor paling besar dibanding faktor risiko lainnya. Seorang yang mengonsumsi rokok dalam sehari harinya memiliki risiko 2 hingga 4 kali lipat untuk terkena penyakit jantung koroner, risiko penyakit kanker paru dan PTM lainnya (Menkes 2017). Dari data ini ditemukan responden yang mengonsumsi rokok sebesar 55%. Rokok sebagai faktor risiko PTM mengakibatkan 87% dari 430.000 kematian pada orang dewasa pertahun karena mengonsumsi rokok sehingga berakibat pada masalah jantung iskemik (Depkes 2013). Rokok bukan hanya mengakibatkan pada pengguna rokok aktif itu saja, melainkan juga berakibat terhadap orang yang berada disekitarnya dengan status perokok pasif, karena dalam asap rokok terdapat partikel toksin yang sangat membahayakan, dan asap rokok tersebut juga terdapat pada asap rokok lingkungan. Melihat buruknya bahkan fatalnya bahaya yang disebabkan oleh rokok, disarankan kepada pengguna rokok untuk mulai berhenti merokok, demi terjaga nya taraf kesehatan tubuh secara menyeluruh. Rokok sangat merugikan dari aspek manapun, sehingga mulailah sadar akan bahaya merokok.

Indeks massa tubuh

Indeks massa tubuh (IMT) adalah instrumen atau metode yang lazim digunakan untuk memonitor keadaan gizi orang dewasa eksklusif yang berhubungan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan (WHO 2011). Dalam riset ini ditemukan hasil (10%) responden dengan keadaan bobot tubuh obesitas tingkat 1. Berat badan lebih dapat menambah bahaya terhadap penyakit tidak menular (Sundari 2015). Angka terjadinya obesitas sentral pada masyarakat kota pekan baru. JOM FK. 2 (2) : 1 – 16. Oleh karna itu, membentengi berat badan dengan keadaan normal memberikan peluang seseorang bisa memperoleh usia hidup yang lebih panjang.

Hipertensi

Hipertensi merupakan PTM yang menjadi persoalan kesehatan yang cukup intensif pada saat ini (Trianto 2014). Dari data ini didapatkan bahwa ada (30%) responden dengan status tekanan darah hipertensi. WHO (2013) menyatakan hipertensi menyebabkan sedikitnya 45% dari mortalitas disebabkan penyakit jantung (keseluruhan mortalitas penyakit jantung iskemik dan 51% mortalitas disebabkan oleh stroke). Penyakit kronis ini banyak terjadi dan memiliki derajat kematian yang cukup tinggi dan juga berdampak pada taraf hidup dan kapasitas produksi setiap orang.

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 angka kejadian hipertensi secara nasional pada masyarakat yang berusia 18 tahun ke atas di Indonesia yaitu sebesar 25,8% (Kemenkes 2014). Banyak faktor yang berkontribusi sehingga terjadinya hipertensi yang tergolong faktor risiko yang tidak bisa dikontrol. Faktor risiko yang tidak bisa

dikontrol misalnya keturunan, jenis kelamin, ras, dan usia. Sebaliknya faktor risiko yang mampu dikontrol seperti obesitas, kurangnya olahraga, aktifitas fisik, merokok, minuman caffein, sensitifitas natrium, daya kalium lemah, alkohol, stres, pekerjaan, pendidikan dan asupan makan. (Kurniadi dan Nur Rahmahni, 2014).

Melihat akibat atau besarnya dampak dan bahaya dari hipertensi, ada upaya atau saran yang perlu untuk diaplikasikan dalam kesehatan. Upaya tersebut diantaranya deteksi dini terhadap tubuh mengenai status hipertensi yang dapat dilakukan dengan pengecekan tekanan darah secara rutin minimal sekali dalam sebulan. Dalam penanggulangan atau pencegahan penyakit tidak menular akibat hipertensi juga dapat dilakukan dengan bantuan dari pemerintah berupa diaktifkan nya program promosi kesehatan secara komprehensif mengenai faktor risiko dari terjadinya hipertensi terhadap kejadian penyakit tidak menular.

Kadar kolesterol tinggi

Dalam penelitian ini ditemukan hasil bahwa sebesar 20% responden dengan persentase kolesterol tinggi. Persentase kolesterol tinggi yang mengakibatkan risiko penyakit jantung dan stroke. Secara global, sepertiga dari penyakit jantung iskemik diakibatkan oleh status kolesterol yang tinggi. Kolesterol yang tinggi ditaksir 2,6 juta kematian (45% dari keseluruhan kematian). Untuk menekan akibat PTM pada individu dan masyarakat, dibutuhkan strategi menyeluruh dan mendalam dari semua bagian, mengikut sertakan sektor kesehatan, keuangan, pendidikan, perencanaan, dan lain-lain. Semua penyakit tidak menular bisa dihalangi dengan mengendalikan faktor ancaman yang berkaitan, diharapkan dengan strategi kesehatan formal dan informal dari gagasan pemerintah. Temuan kunci telah menekankan efektifitas strategi pemerintah dalam menghalangi penyebaran penyakit tidak menular. WHO dalam membrantas dan menanggulangi penyakit tidak menular menyokong negara - negara anggota untuk memajukan dan mengimplementasikan strategi yang mendalam serta menyeluruh juga sistematis.

5.Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden menderita hipertensi (30%), menderita obesitas tingkat I (10%) dan memiliki kadar kolesterol tinggi (20%). Responden yang berperilaku merokok sebesar (55%). Responden dengan aktifitas fisik rendah (55%). Responden dengan mengonsumsi asupan buah yang cukup (15%) dan seluruh responden mengonsumsi sayur setiap hari dengan porsi yang cukup (100%).

6.Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang kami peroleh, peneliti menyampaikan saran kepada pihak-pihak yang terkait, baik masyarakat maupun pemerintah berdasarkan permasalahan yang terjadi, antara lain :
1. Memperhatikan pola makan yang meliputi mengonsumsi sayur dan buah agar badan sehat yakni dengan 400 gram setiap orang pada sehari-hari, yang

tersusun atas 250 gram sayuran (sepadan dengan 2 porsi atau 2 gelas sayur sesudah dimasak atau ditiriskan) dan 150 gram buah (setimbang dengan 3 buah pisang ambon takaran sedang atau 1 potong papaya standar sedang atau 3 buah jeruk takaran sedang.

2.Melakukan olahraga minimal 150 menit dalam seminggu dengan intensitas sedang, dan dilakukan terjadwal dengan baik.

3.Lakukan pemeriksaan kesehatan seperti pengukuran tekanan darah, pemeriksaan gula darah, tes tiroid, pemeriksaan payudara secara rutin minimal dalam 6 bulan sekali

4.Berhenti merokok.

Daftar pustaka

- Andra H; Bonita R; Hakimi M, et all. Preventable risk factor for NCD in rural Indonesia.85;:305-313.2013
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Hasil riskesdas Kemenkes RI ; 2013
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan; Hasil riskesdas Kemenkes RI 2018
- Kementerian kesehatan republik Indonesia. Rencana Program nasional pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular; 2010-2014.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,. Program pengendalian penyakit tidak menular ; 2017
- Kurniadi dan Nur Rahmadani. Obesitas dan stres dengan kejadian hipertensi. Jurnal kesehatan masyarakat ;7 (2) :117-121. 2014
- Gunardi,saiful; Septiawan, Catur. Pengaruh empat variable terhadap Kualitas Hidup Lansia Penderita DM Tipe II, Jurnal Ilmu keperawatan Indonesia. 2018
- Suiraoka Y ; Andi P, erwina,dkk. Kadar kolestrol total dan tekanan darah orang dewasa Indonesia.J.kesehatan masyarakat Nasional. 8 (2) : 78-84. 2012
- Sundari, E ; Masdar,H dan Risdyana D. Angka kejadian obesitas sentral pada masyarakat kota. FK 2 (2).2015
- Taylor,Soetrisno dan Soegondo S. ;Prevalence and clinical profil of diabetes mellitus I productive aged urban Indonesian. 2012
- Thankappan KR; Mathur P ; Sarma, PS,et all.Risk factor profile foe chronic NCD.Indian J Med Res.2010
- WHO . Global status report on NCD, 2010. Geneva . World Health Organisation. 2010
- WHO ;Nutrition in Adolescence Issue and Challeges for the Health Sector.Geneva . WHO press 2012

Tabel 1. Data demografi

| Variabel | N | % |
|----------------------|----|-------|
| Jenis kelamin | | |
| Laki laki | | |
| Perempuan | 11 | 55 % |
| Total | 9 | 45 % |
| | 20 | 100 % |
| Pendidikan | | |
| SD | 4 | 20 % |
| SMP | 7 | 35 % |
| SMA | 5 | 25 % |
| S1 | 4 | 20 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Usia (Tahun) | 20 | 100 % |

Tabel 2. Pola Hidup

| Variabel | N | % |
|--|----|-------|
| Merokok | | |
| Ya | 11 | 55 % |
| Tidak | 9 | 45 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Aktifitas fisik | | |
| Rendah | 11 | 55 % |
| Sedang | 8 | 40 % |
| Tinggi | 1 | 5 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Konsumsi sayur (dalam seminggu) | | |
| 1 – 3 kali | 0 | 0 |
| 4 – 5 kali | 0 | 0 |
| 6 – 7 kali | 20 | 100 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Konsumsi buah | | |
| 1 – 2 kali | 10 | 50 % |
| 3 – 4 kali | 7 | 35 % |
| 5 – 6 kali | 2 | 10 % |
| 7 – 8 kali | 1 | 5 % |
| Total | 20 | 100 % |

Tabel 3. Indeks Massa Tubuh

| Variabel | N | % |
|--------------------|----|-------|
| IMT | 20 | 100 % |
| Total | | |
| Klasifikasi | | |
| Berat badan kurang | 0 | 0 |
| Normal | 13 | 65 % |
| Overweight | 1 | 5 % |
| Risiko obesitas | 3 | 15 % |
| Obesitas tingkat 1 | 2 | 10 % |
| Obesitas tingkat 2 | 1 | 5 % |
| Total | 20 | 100 % |

Tabel IV. Pengukuran Biokimia

| Variabel | n | % |
|----------------------|----------|----------|
| Tekanan darah | | |
| Sistolik | 20 | 100 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Diastolik | 20 | 100 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Hipertensi | | |
| Ya | 6 | 30 % |
| Tidak | 14 | 70 % |
| Total | 20 | 100 % |
| Gula darah | | |
| Rendah | 4 | 20 % |
| Sedang | 12 | 60 % |
| Normal | 4 | 20 % |
| Total | 20 | 100 % |
| HDL | | |
| Tinggi | 9 | 55 % |
| Normal | 7 | 35 % |
| Rendah | 4 | 20 % |
| Total | 20 | 100 % |

Distribusi Penyakit Tidak Menular Pada Pegawai Stasiun Kereta Api Merdeka Medan

Eka Meyla Ningrum¹, Elvina Andani², Muharifia Ar³, Sonia Mahfira⁴
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Fakultas Kesehatan Masyarakat

| | |
|--|--|
| <p>Track Record Article</p> <p>Diterima : 20 Juli 2019</p> <p>Dipublikasi: 01 Desember 2019</p> | <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Data World Health Organization tahun 2015 menyebutkan bahwa 61% kematian disebabkan oleh penyakit kronik. Penelitian ini dilakukan karena penyakit tidak menular menjadi masalah serius terutama dinegara-negara berkembang terutama dinegara Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan menggunakan desain cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah orang yang melakukan pemeriksaan di Stasiun Kereta Api Medan dengan menggunakan teknik accidental sampling yang berjumlah 20 orang. Hasil penelitian menemukan sampel berjenis kelamin perempuan sebanyak 17 orang (85%), sudah menikah 18 orang (90%), berpenghasilan >Rp.500.000 11 orang (55%). Dalam kategori faktor risiko yaitu sampel yang menggunakan rokok 2 orang (10%), konsumsi sayur 1-3 kali seminggu 4 orang (20%), makan buah 1-3 kali seminggu 14 orang (70%), tidak berolahraga 9 orang (45%), Indeks tubuh overweight 3 orang (15%), tekanan darah sistolik yang tinggi 3 orang (15%), tekanan darah distolik tinggi 2 orang (10%), kadar gula darah tinggi 1 orang (5%), dan sampel yang menderita hipertensi sebanyak 5 orang (25%). Penelitian menggunakan instrumen WHO dan pengukuran secara langsung dengan melakukan pengecekan gula darah menggunakan blood glucose meter, tekanan darah dengan alat sfigmomanometer, pengukuran tinggi badan menggunakan alat microtoise (stature meter) atau shortboard, dan berat badan menggunakan alat timbangan digital ataupun jarum yang dinyatakan dalam satuan kilogram (kg). Dari hasil yang didapatkan peneliti menyarankan dan menganjurkan kepada masyarakat untuk menjaga pola konsumsi makanan, pola perilaku, aktivitas fisik serta rutin melakukan pemeriksaan/pengecekan kesehatan guna mencegah terjadinya penyakit tidak menular serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.</p> <p>Kata Kunci : Penyakit tidak menular, Stepwise WHO, Faktor risiko</p> |
|--|--|

1. Pendahuluan

Data World Health Organization (WHO) 2015 menyebutkan bahwa 61% kematian disebabkan oleh karena penyakit kronik. Diperkirakan pada tahun 2030 jumlahnya dapat meningkat sampai 70% karena gaya hidup yang tidak sehat (Al-Maskari, 2011).

Prevalensi Hipertensi diseluruh dunia diperkirakan mencapai 26,4% dari total populasi berusia diatas 30 tahun dan menurut statistik angka ini cenderung terus meningkat (Labarthe, 2010). Dalam sebuah penelitian lansia merupakan usia yang beresiko tinggi terhadap degeneratif, seperti penyakit jantung koroner (PJK), hipertensi, diabetes mellitus, Gout (rematik) dan kanker. Salah satu penyakit yang sering dialami oleh lansia adalah hipertensi. Menurut Ridwan (2009) prevalensi hipertensi ringan sebesar 68,4% (diastolik 95-104 mmHg), hipertensi sedang 28,1% (diastolik 106-129 mmHg), hipertensi berat 3,5% (diastolik sama atau lebih besar dengan 130 mmHg).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013) kematian disebabkan PTM secara berurutan adalah 41,7%, 49,9%, dan 59,5%. Telah terjadi transisi proporsi penyebab kematian, dari sebelumnya lebih banyak kematian disebabkan penyakit menular menjadi lebih banyak kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular.

Proporsi penyebab kematian PTM pada orang-orang berusia kurang dari 70 tahun, penyakit kardiovaskular merupakan penyebab terbesar (39%), diikuti kanker (27%), sedangkan pencernaan dan PTM yang lain-lain menyebabkan sekitar 30% kematian serta 4% disebabkan oleh diabetes (WHO, 2012).

Hasil Riskesdas tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi hipertensi di Sumatera Utara sebesar 45,69% pada kelompok umur diatas 60 tahun untuk penderita rawat jalan dan menerima pengobatan secara intensif. Berdasarkan penyakit penyebab kematian pasien rawat inap di Rumah Sakit Sumatera Utara, hipertensi menguasai peringkat pertama dengan proporsi kematian terbesar 27,02% (1.162 orang), pada kelompok umur >60 tahun sebesar 20,23% (1.349 orang) (Kemenkes RI, 2013).

Pengamatan ini dilakukan berdasarkan tingginya peristiwa kejadian penyakit tidak menular Hipertensi dan Obesitas yang dipengaruhi oleh pola hidup masyarakat di

Sumatera Utara, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini tentang gambaran faktor risiko penyakit tidak menular di stasiun kereta api lapangan merdeka Medan dengan menggunakan STEPwiseWHO.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif, dengan desain Cross Sectional yaitu distribusi tentang gambaran faktor risiko penyakit tidak menular. Sampel dalam penelitian ini adalah penumpang Kereta Api yang berjumlah 20 orang dengan ketetapan usia 25-60 tahun.

Penelitian menggunakan instrumen WHO dan pengukuran secara langsung yaitu dengan melakukan pengecekan gula darah menggunakan blood glucose meter, pengecekan tekanan darah dengan menggunakan alat Sfigmomanometer. Pengukuran tinggi badan yaitu menggunakan alat Microtoise (stature meter) atau Shortboard. Dan pengukuran berat badan menggunakan timbangan digital atau jarum berat badan yang dinyatakan dalam satuan kilogram (kg).

3. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan di pemeriksaan kesehatan Kereta Api, Jl.Stasiun Kereta Api Kesawan, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara dengan jumlah sampel sebanyak 20 orang.

Berdasarkan tabel 1. Gambaran karakteristik responden, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 17 orang dengan presentase 85%. Sebagian besar usia sampel berada pada kelompok 31-40 tahun dengan presentase 35% yang berjumlah 7 orang. Suku yang menjadi mayoritas pada tabel tersebut adalah suku Jawa dengan presentase 50% yang berjumlah 10 orang. Kemudian pada karakteristik pendidikan mayoritas paling tinggi berada pada tingkat SMA dengan presentase 75% dengan jumlah 15 orang. Sebagian besar status yang sudah menikah memiliki presentase 90% dengan jumlah 18 orang. Pada pekerjaan yang menjadi mayoritas adalah ibu rumah tangga yang berjumlah 10 orang dengan presentase 50%. Dalam penelitian ini jumlah pendapatan dengan mayoritas >Rp.500.000 sebanyak 11 orang dengan presentase 55%.

Berdasarkan tabel 2. Gambaran faktor risiko tidak menular, hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa sampel yang menggunakan

rokok sebanyak 2 orang (10%) dengan jumlah rokok yang dikonsumsi paling banyak 12 batang (1 bungkus), sampel yang mengkonsumsi sayur 1-3 kali dalam seminggu terdapat 4 orang (20%), sampel yang mengkonsumsi buah 1-3 kali dalam seminggu terdapat 14 orang (70%), Sedangkan untuk Sampel yang mengkonsumsi minyak curah terdapat sebanyak 6 orang (30%), Untuk yang tidak melakukan aktivitas fisik olahraga terdapat 9 orang (45%).

Berdasarkan Tabel 3. IMT atau Indeks masa tubuh yang berisiko menderita ptm yaitu Over Weight dengan populasi sebanyak 3 orang dengan persentase 15%.

Berdasarkan Tabel 4. Mengenai gambaran tekanan darah, menunjukkan hasil bahwa tekanan darah sistolik dari sampel yang tinggi sebanyak 3 orang (15%) Tekanan darah distol dari sampel yang tinggi sebanyak 2 orang (60%), sampel dengan kadar gula darah yang tinggi adalah sebanyak 1 orang (5%), sedangkan sampel dengan penderita hipertensi sebanyak 5 orang (25%).

4. Pembahasan

Diabetes Mellitus

a) Jenis kelamin

Hasil penelitian dari BNN stasiun kereta api medan memiliki jumlah responden perempuan yang lebih banyak dari laki-laki, dengan jumlah perempuan 17 orang dengan persentase 85% dan lebih cenderung terkena penyakit DM, dan dengan jumlah laki-laki 3 orang dengan persentase 15% dan peluang terkena penyakit DM lebih kecil dari pada perempuan. berdasarkan hasil analisis jenis kelamin dengan contoh kejadian DM. Prevalensi DM pada perempuan lebih berisiko mengidap diabetes karena aktifitas fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar dari pada seorang laki-laki. Sindroma siklus bulanan (premenstrual syndrome), pascamenopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terkumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita lebih mudah berisiko menderita DM (irawan, 2010). Dari hasil penelitian yang dilakukan (yusra 2010) menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Agar terhindar dari penyakit DM responden dapat melakukan aktifitas olahraga untuk meningkatkan fungsi dan kerja jantung, paru dan pembuluh darah HDL kolesterol, mengurangi sterosklerosis dan penumpukan lemak.

b) Usia

Hasil penelitian diatas di stasiun kereta api medan dengan jumlah usia responden 31-40 tahun dengan persentase 35% lebih rentan terkena penyakit DM dari pada usia 41-50 tahun dengan persentase 20%, ada beberapa penilitain mengatakan, pada umur > 30 tahun proses penuaan yang berlangsung mengakibatkan perubahan anatomi tubuh, fungsi tubuh, dan biokimia. Menurut WHO pada umu> 30 tahun , maka kenaikan kadar glukosa darah bisa sampai 1-2 mg/dl/tahun pada saat tidak makan dan akan naik 5,6 -13 mg/dl pada 2jpp atau 2 jam setelah makan (sudoyo, 2010). Dengan memiliki kualitas hidup diantaranya adalah kesehatan fisik, keadaan psikologi, tingkat kemandirian, hubungan sosial serta ekonomi, dapat mengurangidampak DM tersebut. Peneliti mengajukan untuk melakukan aktifitas fisik berupa senam pagi, bisa juga melakukan gerakan-gerakan kecil.

c) Pendidikan

Responden yang terkena DM tingkat pendidikan yaitu SMA dengan jumlah 15 orang dengan persentase 75% dari sampel yang diambil, responden SMA memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit DM , orang yang tingkat pendidikannya tinggi biasanya akan mempunyai pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (irawan, 2010). Pendidikan dibuat menjadi 2 kategori yaitu rendah dan tinggi, pendidikan rendah yaitu bila responden berpendidikan SD sampai S1, untuk pendidikan tinggi yaitu responden yang berpendidikan tamat SMA sampai S1, dari sampel yang didapat terdapat bahwa sebagian besar adalah responden dengan tamatan SMA yang rentan terkena DM. Peneliti menganjurkan melakukan promosi kesehatan mengenai penyakit DM dengan melakukan pola hidup sehat dan menjaga kesehatan.

d) Pekerjaan

Hasil penelitian yang dilakukan distasiun kereta api medan dengan jumlah responden pekerja IRT jumlah responden 10 orang dengan persentase 50% lebih besar dari pada pekerja PNS dengan jumlah responden 1 orang dengan persentase 5%. Variabel jenis pekerjaan berhubungan dengan aktifitas fisik dan aktifitas olahraga. IRT melakukan beberapa aktifitas di rumah seperti mencuci, memasak dan membersihkan rumah serta banyak aktifitas lainnya yang tidak dapat dideskripsikan. Aktifitas fisik akan berpengaruh terhadap peningkatan insulin sehingga kadar gula darah akan berkurang, jika insulin tidak mencukupi untuk

mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM (kemenkes, 2010). Menurut (sukardji, 2009), pekerjaan sebagai IRT termasuk dalam aktifitas ringan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh sujaya (2009), bahwa orang yang aktifitas fisiknya cenderung ringan memiliki risiko 4,36 kali lebih besar untuk terkena DM dibandingkan dengan orang lain yang memiliki aktifitas sedang dan berat. Peneliti mengajukan agar IRT melakukan olahraga minimal 1 kali dalam seminggu, meminum susu, memakan makanan yang sehat, setidaknya dalam 1 minggu melakukan aktifitas yang dapat mengeluarkan cairan keringat.

e) Merokok

Terpapar asap rokok merupakan faktor risiko terkena DM, responden yang terpapar asap rokok m, responden yang terpapar asap rokok merupakan perokok aktif dan pasif, dari responden yang terpapar asap rokok, sebagian besar adalah perokok pasif, Perokok pasif adalah seseorang yang menghirup racun sama seperti perokok aktif. Penelitian oleh Houston mendapatkan bahwa perokok aktif memiliki risiko 76% lebih tinggi terserang DM dibanding dengan yang tidak terpapar (irawan, 2010). Peneliti mengajukan agar menghindari dari perokok aktif, karena lebih berisiko orang yang menghirup asap rokok dari pada perokok aktifnya.

f) Asupan buah dan sayur

Hasil dari penelitin responden yang memakan sayur berjumlah 1-3 kali seminggu dengan persentase 20%, dan yang memakan buah dalam seminggu hanya 10%, mengkonsumsinya buah dan sayur harus seimbang, penyebab dari DM sendiri adalah kurangnya pengetahuan tentang pola makan untuk penderita DM, agar kadar gula lebih stabil, perlu pengaturan jadwal makan yang teratur (makan pagi, siang dan malam), (mangati 2012).hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan makanan memegang peranan dalam peningkatan kadar gula darah. Pada proses makanan, makanan yang dimakan akan di cerna di dalam saluran cerna dan akan di ubah menjadi bentuk gula yang disebut glukosa (nurrahmani, 2012). Peneliti mengajukan melakukan 4 sehat 5 sempurna karena menjaga asupan makan dan karbohidrat dalam tubuh mbuh merupakan asupan yang sangat penting bagi tubuh.

g) Obesitas

Indeks masa tubuh secara bersama-sama dengan variabel lainnya mempunyai hubungan yang signifikan dengan DM, kelompok dengan risiko diabetes terbesar adalah kelompok

obesitas, dengan odds 7,14 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok IMT normal. Penelitian menurut (sunjaya, 2009), menemukan bahwa individu yang mengalami obesitas mempunyai risiko 2,7 kali lebih besar untuk terkena DM dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami obesitas. Adanya pengaruh indeks masa tubuh terhadap DM disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik serta tingginya konsumsi karbohidrat, protein dan lemak yang mak yang merupakan faktor risiko dari obesitas. Hal tersebut menyebabkan meningkatnya Asam Lemak atau free fatty acid (FFA) dalam sel, peningkatan FFA ini akan menurunkan translokasi, transporter, glukosa, membran plasma, dan menyebabkan terjadinya resistensi insulin pada jaringan otot dan adipose (teixeria, lemos, dkk, 2011). Peneliti mengajukan untuk memakan buah dan sayur dengan seimbang agar menghindari lemak berlebih, dan melakukan kegiatan olahraga.

h) Kadar gula darah

Adanya peningkatan risiko diabetes pada kondisi stress disebabkan oleh produksi hormonikortisol secara berlebihan saat orang mengalami gangguan stress, produksi kortisol yang berlebihan akan mengakibatkan sulit tidur, depresi, tekanan darah menurun, yang kemudian membuat individu tersebut menjadi lemah, dan nafsu makan yang berlebih, oleh karena itu, alih nutrisi biologis Shwan Talbott menjelaskan bahwa pada umumnya orang yang mengalami stress panjang, akan mengalami cenderung berat badan yang berlebih, yang merupakan salah satu faktor risiko DM (siagin, 2012). Peneliti mengajukan akan menghindari kegiatan yang menimbulkan gejala stress dengan mengisi waktu mendengarkan beberapa musik, melakukan kegiatan positif yang membuat nyaman.

Hipertensi

a) Jenis Kelamin

Hasil penelitian di stasiun kereta api medan dengan jumlah sampel perempuan berjumlah 17 responden dengan persentase 18% dan jumlah laki-laki berjumlah 13 orang dengan persentase 15%. (Anggraini 2011), mengatakan bahwa wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL), kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis, efek perlindungan ekstrogen di anggap sebagai adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Dan ada juga perbandingan

penelitian yang melakukan (rahyani, 2013), mengenai hubungan jenis kelamin dengan kejadian hipertensi pada pasien yang berobat di poliklinik dewasa di stasiun kereta api medan di dapatkan hasil bahwa wanita lebih banyak menderita hipertensi di bandingkan laki-laki yaitu 85% banding 15%, sama-sama membuktikan bahwa wanita lebih tinggi terkena hipertensi dari pada laki-laki. Peneliti menganjurkan wanita lebih sering untuk melakukan cek kesehatan ke puskesmas terdekat, menjaga pola hidup sehat, dan lingkungan yang baik dan bersih.

b) Usia

Faktor usia termasuk salah satu yang berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur semakin tinggi mendapat risiko penyakit hipertensi, kejadian hipertensi semakin meningkat dengan bertambahnya usia, hal ini sering disebabkan oleh tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada usia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur (suhadak, 2010). Hal ini sesuai dengan data di stasiun kereta api medan dengan responden berumur 25-30 tahun dengan persentase 25% dan untuk usia 51-60 hanya 4 responden persentase 20%. Peneliti menyarankan dengan usia lebih rentan terkena penyakit agar melakukan yoga dan melakukan olahraga pagi, serta mengkonsumsi air putih yang banyak dan istirahat yang cukup.

c) Pendidikan

Hasil penelitian di stasiun kereta api medan dengan jumlah sampel tingkat pendidikan SMA berjumlah 15 orang dengan responden 75% , walaupun berpendidikan SMA masih banyak masyarakat belum paham dan mengerti apa itu hipertensi. (Notoadmodjo, 2010), menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang dapat meningkatkan derajat kesehatan seseorang. Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada seluruh sasaran, namun harus menggunakan metode yang dapat agar informasi yang diberikan dapat diterima dengan baik. Peneliti menyarankan melakukan pendidikan kesehatan, memberikan informasi dan pengetahuan mengenai hipertensi.

d) Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian di stasiun kereta api jumlah IRT 10 orang responden dengan persentase 50% lebih tinggi dari pada orang pekerja, penelitian ini sejalan dengan (rahajeng, 2009) yang mengatakan bahwa ada

hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan hipertensi. Walaupun demikian hasil berbeda ditunjukkan oleh (purniawaty, 2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan hipertensi. Pekerjaan berpengaruh aktivitas fisik seseorang. Peneliti menyarankan agar IRT melakukan aktivitas olahraga, dan melakukan aktivitas fisik dengan gerak-gerak kecil seperti senam pagi yang bisa dilakukan di rumah, akibat dari kurang gerak pada tubuh menyebabkan penumpukan garam dan lemak pada tubuh sehingga dengan mudah terkena hipertensi.

e) Merokok

Dalam penelitian di stasiun kereta api medan mengkonsumsi rokok terbagi menjadi 3 yaitu: 12 batang perhari dengan persentase 5% sebagai perokok aktif berat, mengkonsumsi 6 batang perhari dengan persentase 5% sebagai perokok ringan, dan 90% hanya perokok pasif yang dimana perokok pasif lebih buruk dari pada perokok aktif. Menurut (chandra dewi, 2012), perilaku merokok merupakan suka perilaku mengkonsumsi rokok berupa membakar dan menghisap rokok yang dinilai dari frekuensi merokok perhari, jumlah rokok yang dihisap perhari, dan ada tidaknya ketergantungan terhadap tembakau. Faktor yang dapat dikontrol meliputi kegemukan (obesitas, dislipidemia, stress, alkohol berlebih, garam berlebih, aktivitas fisik, diet yang tak seimbang dan merokok (sudarmoko, 2015). Peneliti mengajukan agar mengurangi rokok serta melakukan tarik ulur saat ingin merokok atau menunda-nunda ingin merokok agar dapat mengurangi rokok aktif.

f) Asupan buah dan sayur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memakan sayur 1-3 kali seminggu persentase 20% dan mengkonsumsi buah setiap hari 2 kali dengan persentase 10%, gaya hidup dipertanian dengan pola makan yang tinggi lemak, garam dan gula, keseringan menghadiri resepsi/pesta, makan secara instan memang sangat digemari oleh masyarakat , seperti gorengan, jenis makanan mudah dan mudah didapat karena banyak dijual dipinggiran jalan, tetapi memiliki dampak dengan timbulnya penyakit DM. Karbohidrat adalah salah satu asupan gizi, yang fungsinya merupakan asupan energi dalam tubuh yang dimana tiap gramnya menghasilkan 4 kalori, dan karbohidrat juga asupan tiap hari yang hanya didapat dengan mengkonsumsi buah dan sayur. Peneliti mengajukan untuk melakukan latihan jasmani yaitu aerobik seperti jalan kaki, bersepeda dipagi hari, olahraga dan menghirup udara yang bersih

dan sehat.

g) Obesitas

Hasil penelitian di stasiun kereta api medan menunjukkan dengan responden 13 orang dengan persentase 65%, overweight berjumlah 3 orang dengan persentase 15%, peningkatan berat badan memainkan peran penting pada mekanisme timbulnya hipertensi pada orang dengan obesitas (nurrahmani, 2012). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (sumayku, 2014), yang menunjukkan indeks masa tubuh berlebih mempunyai hubungan dengan tekanan darah dengan nilai $p=0,001$ dan $0,004$ ($p<0,01$) dengan koefisien adalah 0,286 dan 0,252. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh utami purwokerto tahun 2013 yaitu bahwa indeks masa tubuh berhubungan dengan tekanan darah sistolik dan diastolik. Peneliti menganjurkan agar masyarakat lebih memperhatikan asupan makan yang akan masuk kedalam tubuh, olahraga dan melakukan kegiatan positif lainnya yang dapat menjaga pola hidup sehat agar terhindar dari hipertensi.

h) Kadar gula darah

Hasil penelitian dengan tekanan darah tinggi 15%, tekanan darah rendah 40% dan normal 45%, peneliti yang sama juga dilakukan oleh (chen,2010), dalam penelitiannya ditemukan bahwa penderita hipertensi yang melakukan latihan fisik mengalami penurunan tekanan darah sistolik (SBP) maupun tekanan darah diastolik (DBP). Penelitian ini didukung oleh (varvogli dan darviri, 2011) yang menyebutkan bahwa berbagai teknik dari relaksasi dapat menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Peneliti mengajukan teori (varvogli dan darviri, 2011), yang melakukan analisis tentang dampak relaksasi terhadap penurunan tekanan darah menyimpulkan bahwa relaksasi selain dapat mengurangi dan mempengaruhi persepsi terhadap rasa sakit, juga mampu mengurangi kesemasan dan membuat perasaan nyaman pada penderita hipertensi. Selain itu, relaksasi dapat meningkatkan aktivitas saraf parasimpetik, meningkatkan konsentrasi dan pengetahuan tentang sesuatu yang terjadi dibalik ketegangan otot yang dialami oleh penderita, dan harus tetap menjaga pola hidup sehat, melakukan aktifitas fisik yang dapat mengurangi dampak tekanan darah pada hipertensi.

5. Kesimpulan

Sample pada penelitian ini adalah masyarakat yang sedang melakukan

pemeriksaan di Stasiun Kereta Api Medan dengan menggunakan teknik total sampling yang berjumlah 20 orang dengan usia 25-60 tahun. Berdasarkan hasil dari penelitian ini mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 17 orang dengan presentase 85%, Sebagian besar usia sampel berada pada kelompok 31-40 tahun dengan presentase 35% yang berjumlah 7 orang. Suku yang menjadi mayoritas pada tabel 1 adalah suku Jawa dengan presentase 50% yang berjumlah 10 orang. Kemudian pada karakteristik pendidikan mayoritas paling tinggi berada pada tingkat SMA dengan presentase 75% dengan jumlah 15 orang. Sebagian besar status yang sudah menikah memiliki presentase 90% dengan jumlah 18 orang. Pada pekerjaan yang menjadi mayoritas adalah ibu rumah tangga yang berjumlah 10 orang dengan presentase 50%. Dalam penelitian ini jumlah pendapatan dengan mayoritas >Rp.500.00 sebanyak 11 orang dengan presentase 55%.

Dalam kategori faktor risiko sampel yang menggunakan rokok sebanyak 2 orang (10%) dengan jumlah rokok yang dikonsumsi paling banyak 12 batang (1 bungkus). Berdasarkan hasil sampel pada konsumsi sayur 1-3 kali dalam seminggu terdapat 4 orang (20%), sampel yang mengkonsumsi buah 1-3 kali dalam seminggu terdapat 14 orang (70%), untuk sampel yang mengkonsumsi minyak curah terdapat sebanyak 6 orang (30%), untuk yang tidak melakukan aktivitas fisik olahraga terdapat 9 orang (45%), Indeks tubuh Over Weight 3 orang (15%), tekanan darah sistolik yang tinggi 3 orang (15%) Tekanan darah distol tinggi 2 orang (60%), kadar gula darah yang tinggi 1 orang (5%), dan sampel yang menderita hipertensi sebanyak 5 orang (25%).

6. Saran

Sesuai kesimpulan dan hasil yang didapat oleh peneliti dari sample, dianjurkan kepada setiap sampel atau masyarakat lebih memperhatikan pola hidup, aktivitas fisik dan juga konsumsi makanan dan minuman. Peneliti juga menganjurkan kepada setiap masyarakat untuk memeriksa kesehatan secara rutin seperti cek tekanan darah, gula darah, hipertensi serta kolesterol seperti yang dianjurkan oleh Departemen kesehatan (DEPKES 2015) agar mencegah terjadinya penyakit tidak menular guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka

Al-maskari, f. Lifestyledisease : an economic burden : on the health services. Diunduh dari (2

Januari:2011)

http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/home/archive/issues2010/achieving_global_health/economicburdenonhealthservices?ctnscroll_articlcontainerlist_1_0&ctnlist+pagination_articlecountainerlist=true.

Irawan, Dedi. (2010). *Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe dua Di Daerah Urban Indonesia*. Tesis dipublikasikan. Jakarta: Universitas Indonesia.

Sujaya, I Nyoman. (2009). *Pola Konsumsi Makanan Tradisional Bali sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe dua di Tabanan*. Jurnal Skala Husada, 6(1): 75-81.

Sukardji, K. (2009). *Penatalaksanaan Gizi pada Diabetes Mellitus, dalam buku Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Edisi 2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Nurrahmani, Ulfa. (2012). *Stop! Hipertensi*. Bandung : Familia.

Sudarmoko. (2010). *Cara Menanggulangi Penyakit Hipertensi*. Yogyakarta : Atma Madia Press.

Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Rahajeng, E., Tuminah < S. (2009). *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah kedokteran Indonesia. 59(12):580-587.

Yusra, A, (2011). *Hubungan antara Dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Tesis diperoleh pada tanggal 30 Maret 2014 dari www.lontar.ui.ac.id.

Rahajeng, E. 2009. *Prevalensi Hipertensi dan*

Determinannya. Majalah Kedokteran Indonesia.

Purniawaty. 2010. *Determinan Penyakit Hipertensi Di Provinsi Kalimantan Selatan Berdasarkan Riskesdas 2007*.skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.

Suhadak, 2010. *Pengaruh Pemberian Teh Rosella Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi Pada Lansia Di Desa Windu Kecamatan Karangbinangun kabupaten lamongan?* Lamongan. BPPM stikes muhammadiyah lamongan.

Kementerian Kesehatan, 2010. *Petunjuk Teknis Pengukuran Faktor Risiko Diabetes Mellitus*.

Teixeria-Lemos, dkk. 2011. *Regular physical exercise training assist isn preventing type 2 diabetes development:focus on its antioxidant and anti-inflamantory properties*. Biomed Central Cardiovascular Diabetology 10: 1-15.

Manganti, Alisa. (2012). *Panduan Hidup Sehat dengan Diabetes*. Yogyakarta: Araska.

Winda wiria,2015. *Menurunkan Tekanan Darah pada Lansia melalui Senam Yoga*, Volume 11 nomer 2. Juli 2015 Yogyakarta.

World health organisation, (2012). *Aglobal brief hypertension : silen killer, global public health disease*. Swiitzerland: who press.

Labarthe, D.R (2010). *Epidemiology and prevention of cardiovascular disease*. Massachusetts. Jones and barlett publishers.

Riset Kesehatan Dasar. 2013 laporan hasil riskesdas 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan. Kementerian Kesehatan RI 2013*. Jakarta.

Table 1. Karakteristik Responden

| Variabel | N | % |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Jenis kelamin | | |
| Perempuan | 17 | 85% |
| Laki-laki | 3 | 15% |
| Total | 20 | 100% |
| Umur | | |
| 25-30 | 5 | 25% |
| 31-40 | 7 | 35% |
| 41-50 | 4 | 20% |
| 51-60 | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |
| Suku/etnis | | |
| Batak | 2 | 10% |
| Mandailing | 3 | 15% |
| Melayu | 5 | 25% |
| Jawa | 10 | 50% |
| Total | 20 | 100 |
| Pendidikan | | |
| SD | 1 | 5% |
| SMP | 1 | 5% |
| SMA | 15 | 75% |
| S1 | 3 | 15% |
| Total | 20 | 100% |
| Status Pernikahan | | |
| Menikah | 18 | 90% |
| Belum menikah | 2 | 10% |
| Total | 20 | 100% |
| Pekerjaan | | |
| PNS | 1 | 5% |
| Petani | 2 | 10% |
| Pegawai | 1 | 5% |
| Karyawan | 2 | 10% |
| Wiraswasta | 3 | 15% |
| Ibu rumah tangga | 10 | 50% |
| Pengangguran | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |
| Pendapatan | | |
| < Rp.500.00 | 6 | 30% |
| >Rp.500.000 | 14 | 70% |
| Total | 20 | 100% |

Tabel 2. Pola Hidup

| Merokok | N | % |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Ya | 2 | 10% |
| Tidak | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |
| Jumlah rokok/hari | | |
| 12 batang | 1 | 5% |
| 6 batang | 1 | 5% |
| 0 batang | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |
| Konsumsi sayur dalam minggu | | |
| Setiap hari | 8 | 40% |
| 1-3 kali seminggu | 4 | 20% |
| 4-6 kali seminggu | 8 | 40% |

| Total | N | % |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Konsumsi buah dalam minggu | | |
| Setiap hari | 2 | 10% |
| 1-3 kali seminggu | 14 | 70% |
| 4-6 kali seminggu | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |
| Konsumsi minyak/ lemak | | |
| Minyak kemasan | 14 | 70% |
| Minyak curah | 6 | 30% |
| Total | 20 | 100% |
| Olahraga | | |
| Ya | 11 | 55% |
| Tidak | 9 | 45% |
| Total | 20 | 100% |

Tabel 3. Fisik Responden

| IMT | N | % |
|--------------|-----------|-------------|
| Normal | 13 | 65% |
| Kurang | 3 | 15% |
| Over Weight | 3 | 15% |
| Obesitas | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |

Tabel 4. Biokimia

| Sistolik | N | % |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Tinggi | 3 | 15% |
| Rendah | 8 | 40% |
| Normal | 9 | 45% |
| Total | 20 | 100% |
| Diastolik | | |
| Tinggi | 2 | 60% |
| Rendah | 6 | 30% |
| Normal | 12 | 10% |
| Total | 20 | 100% |
| Kadar Gula Darah | | |
| Tinggi | 1 | 5% |
| Rendah | 1 | 5% |
| Normal | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |
| Hipertensi | | |
| Ya | 5 | 25% |
| Tidak | 15 | 75% |
| Total | 20 | 100% |

Gambaran Kinerja Sistem Surveilans Epidemiologi Di Upt Puskesmas X Medan

Aynil Paydah Harahap; Muchliza Rizwany; Nurlaili Wisfa; Saidaturrahmah; Sheila Intan Mahendra; Syahrevi Ulfa Marpaung
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Fakultas Kesehatan Masyarakat

| | |
|--|---|
| <p>Track Record Article</p> <p>Diterima : 20 Juli 2019</p> <p>Dipublikasi: 01 Desember 2019</p> | <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Surveilans epidemiologi dalam penyelenggaraannya memiliki banyak indikator kerja, sehingga membutuhkan banyak kegiatan perekam, pengumpulan, pengolahan, dan analisis data yang diperoleh dari berbagai unit data seperti puskesmas. Dalam penelitian ini metode pendekatan yang digunakan adalah metode kualitatif, Sampel penelitian ini diambil berdasarkan <i>Purposive random sampling</i>. Pengumpulan Data primer dilakukan dengan metode wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dan observasi. Hasil penelitian didapatkan bahwa : 1) Pelaksana surveilans di puskesmas X belum memenuhi ketercapaian karena tenaga surveilans bukan berasal dari lulusan epidemiolog terampil; 2) Sarana pelaksanaan sudah memenuhi ketercapaian yakni sebesar 80 %; 3) Kelengkapan laporan di UPT puskesmas X sudah memenuhi ketercapaian yakni lebih dari 80 % atau sebesar 100 %. 4) Ketepatan laporan belum memenuhi target dikarenakan peneliti tidak dapat melihat bukti langsung ketepatan laporan puskesmas X ; 5) Untuk penerbitan kajian epidemiologi, Puskesmas X tidak dapat diukur; 6) Umpan balik sudah dilakukan dengan memenuhi ketentuan yang dianjurkan kementerian yakni sebesar 80 %. Saran alternative yang bisa dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kinerja tenaga pelaksana surveilans adalah dengan melakukan pelatihan khusus dibidang SDM surveilans. Saran lainnya adalah mencari tenaga ahli dibidang surveilans untuk bertanggung jawab dibidang SE.</p> <p>Kata Kunci : Penyakit tidak menular, Stepwise WHO, Faktor risiko</p> |
|--|---|

A. Pendahuluan

Surveilans epidemiologi dalam penyelenggaraannya memiliki banyak indikator kerja, sehingga membutuhkan banyak kegiatan perekam, pengumpulan, pengolahan, dan analisis data yang diperoleh dari berbagai unit data seperti puskesmas. Banyaknya kegiatan perekam, pengumpulan, dan

pengolahan data akan memberikan beban kerja dan mengganggu upaya meningkatkan kinerja surveilans. Oleh karena itu, diperlukan penyelenggaraan system surveilans yang sedikit mungkin dan indikator kerja yang sesederhana mungkin, tetapi dapat tetap mengukur kualitas penyelenggaraan surveilans dalam memberikan informasi (Weraman, 2010).

Puskesmas dalam melakukan perannya menurut Kepmenkes RI pada tahun 2003, adalah melaksanakan pencatatan dan pelaporan penyakit serta masalah kesehatan, melakukan bulletin kajian epidemiologi. Puskesmas juga berperan melakukan koordinasi surveilans epidemiologi antar puskesmas yang berbatasan, hal ini karena penyakit tidak mengenal batas-batas daerah administrative. Peran serta puskesmas dalam melakukan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penyelidikan KLB di wilayah puskesmas serta melaksanakan surveilans epidemiologi penyakit dan masalah kesehatan spesifik lokal.

UPT Puskesmas X dalam pelaksanaannya dibantu oleh dua puskesmas pembantu (Pustu), yakni Puskesmas Pembantu Bantan dan Puskesmas Pembantu Tembung. Berdasarkan Laporan Tahunan puskesmas X pada tahun 2017, masih banyak penderita TB Paru dan peningkatan kasus DBD pada tahun 2017. Disamping itu pelaporan data surveilans masih terdapat adanya bias data sehingga belum sepenuhnya dapat dipercaya. Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Gambaran Kinerja Sistem Surveilans Epidemiologi Di UPT Puskesmas X.

B. Metode

Dalam penelitian ini metode pendekatan yang digunakan adalah metode kualitatif. Kemudian desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus.

Penelitian ini dilaksanakan pada 2018. Lokasi yang dijadikan penelitian ini adalah UPT Puskesmas X yang berada berada di jalan Cucak Rawa II Perumnas X, Desa Kenangan Baru, Kecamatan Percut Sei Tuan.

Sampel penelitian ini diambil berdasarkan *Purposive random sampling* dengan informan berupa 1 orang Subdid Surveilans.

Pengumpulan Data primer dilakukan dengan metode wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dan observasi.

Hasil surveilans ini akan diolah dan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan dideskripsikan atau narasi. Sedangkan untuk analisis data, analisis yang digunakan secara *content analysis*

C. Hasil

1. Indikator Input

a. Tenaga Pelaksana

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, indikator tenaga atau sumber daya surveilans di tingkat pusat adalah tenaga epidemiolog ahli S1, S2, dan S3. Sedangkan untuk tingkat provinsi, dibutuhkan 1 tenaga epidemiolog ahli S2, 2 tenaga epidemiolog ahli S1, 4 tenaga epidemiolog terampil, dan 1 tenaga dokter umum. Di tingkat kabupaten/kota diperlukan 1 tenaga epidemiolog ahli S2, 2 ahli S1 epidemiolog dan 1 dokter umum. Di tingkat rumah sakit, masing-masing 1 epidemiolog ahli dan 1 epidemiolog terampil.

Untuk tingkat puskesmas sendiri, diperlukan 1 tenaga epidemiolog terampil. Hal ini berdasarkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, puskesmas X memang sudah memiliki seorang tenaga epidemiolog. Akan tetapi, sumber daya tersebut bukan lah seorang ahli kesehatan masyarakat melainkan lulusan dari D3 kesehatan lingkungan. Sehingga untuk indikator tenaga pelaksana surveilans, puskesmas X belum memenuhi ketercapaian

Dampak yang ditimbulkan adalah adanya ketidaksesuaian antara tenaga epidemiolog yang bekerja di puskesmas dengan disiplin ilmu yang biasa dianutnya. Dari hasil wawancara, responden mengatakan terkadang masih sulit untuk memahami mengenai system penyelenggaraan surveilans itu sendiri. Ditambah lagi responden mengaku bahwa dirinya masih tergolong pegawai baru di puskesmas tersebut.

b. Sarana Pelaksana

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan sarana pelaksana surveilans di tingkat puskesmas dan rumah sakit meliputi : 1 paket computer, 1 paket alat komunikasi, 1 paket kepustakaan. 1 paket pedoman pelaksanaan surveilans dan program aplikasi computer dan 1 roda dua.

Berdasarkan hasil wawancara, sarana untuk menunjang kinerja surveilans tersebut sudah ada, baik itu alat komunikasi, kepustakaan, pedoman pelaksanaan dan roda dua. Akan tetapi, saat melakukan observasi peneliti hanya diperlihatkan ketiga indicator saja yakni, alat komunikasi, kepustakaan dan pedoman pelaksanaan. Untuk kendaraan roda dua, peneliti tidak dapat melihat langsung, tetapi responden menyatakan bahwa sarana tersebut ada.

2. Indikator Proses

a. Kelengkapan laporan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, ditingkat kabupaten.\kota kelengkapan laporan unit pelapor surveilans sebesar 80 % atau lebih. Berdasarkan hasil wawancara, responde menyatakan bahwa puskesmas X telah memenuhi ketercapaian kelengkapan pelaporan data. Kelengkapan data yang dilaporkan di puskesmas ini adalah sebesar 100 %. Hal ini juga didukung dengan bukti kuat dari SKDR yang diterbitkan Kemenkes pada tahun 2018.

b. Ketepatan laporan unit pelapor

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, ditingkat kabupaten.\kota kelengkapan laporan unit pelapor surveilans sebesar 80 % atau lebih. Dari hasil wawancara, responden menyatakan ketepatan laporan mencapai hampir 100

%. Akan tetapi, petugas surveilans tidak dapat menunjukkan bukti akurat kepada peneliti saat dilakukan wawancara.

Dampak yang ditimbulkan jika ketepatan laporan suatu daerah tidak memenuhi target adalah akan berpengaruh terhadap kesiapan daerah untuk menghadapi kewaspadaan dini penyakit. Jika data yang diterima tidak tepat waktu, maka data sewaktu-waktu bisa tidak relevan dengan keadaan pada saat itu. Hal ini jika diteruskan, dinas kesehatan kota akan sulit untuk mengambil keputusan yang tepat.

3. Indikator Keluaran

a. Penerbitan bulletin kajian epidemiologi

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, pelaksana surveilans ditingkat kota/kabupaten harus menerbitkan bulletin kajian epidemiologi sebesar 4 kali atau lebih dalam setahun. Atau 1 atau lebih setiap bulannya. Dari hasil wawancara, responden menjawab bahwa puskesmas X menerbitkan bulletin setiap bulannya. Akan tetapi, dari hasil observasi peneliti tidak memperoleh bukti akurat adanya penerbitan bulletin epidemiologi tersebut. Sehingga dari hasil tersebut dapat ditarik kesimpulan belum tercapai.

b. Umpan balik

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, yaitu target umpan balik harus mencapai indicator nasional sebesar 80 %. Menurut keterangan dari responden, puskesmas telah berhasil memenuhi capaian target yaitu sebesar 80 %. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan telah mengikuti indicator yang diajukan.

Kegiatan umpan balik yang dilakukan puskesmas X adalah melakukan pertemuan berkala dengan dinas kesehatan kota ataupun dinas kesehatan setempat, serta melakukan pelatihan setiap bulannya. Kegiatan ini diharapkan dapat

meningkatkan kinerja system pelayanan surveilans sekaligus mengevaluasi kinerja yang sudah berjalan.

D. Kesimpulan

1. Pelaksana surveilans di puskesmas X belum memenuhi ketercapaian karena tenaga surveilans bukan berasal dari lulusan epidemiolog terampil.
2. Sarana pelaksanaan sudah memenuhi ketercapaian yakni sebesar 80 %
3. Kelengkapan laporan di UPT puskesmas X sudah memenuhi ketercapaian yakni lebih dari 80 % atau sebesar 100 %.
4. Ketepatan laporan belum memenuhi target dikarenakan peneliti tidak dapat melihat bukti langsung ketepatan laporan puskesmas X .
5. Untuk penerbitan kajian epidemiologi, Puskesmas X tidak memperoleh ketercapaian. Karena peneliti tidak dapat melihat buktinya.
6. Umpan balik sudah dilakukan dengan memenuhi ketentuan yang dianjurkan kemenkes yakni sebesar 80 %.

E. Saran

1. Alternative yang bisa dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kinerja tenaga pelaksana surveilans adalah dengan melakukan pelatihan khusus dibidang SDM surveilans. Saran lainnya adalah mencari tenaga ahli dibidang surveilans untuk bertanggung jawab dibidang SE.
2. Mempertahankan dan memelihara sarana pelaksanaan yang sudah memenuhi target capaian
3. Mempertahankan capaian yang sudah diperoleh
4. Meningkatkan ketepatan waktu laporan agar memenuhi ketercapaian.
5. Melakukan penerbitan kajian bisa dengan cara mencari sponsor atau melakukan advokasi pada pemegang kebijakan maupun advokasi dengan lintas sektoral lainnya.

6. Umpan balik yang sudah memenuhi target tetap harus dipertahankan agar konsisten melakukan pelatihan ataupun pertemuan dengan pemegang kebijakan di dinas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Heryana . (2015). *Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular*. Universitas Esa Unggul: Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2003). *Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2003). *Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu..* Jakarta.
- Laporan Tahunan Puskesmas X . (2017). *System Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas*. Medan.
- Kementerian Kesehatan RI. *Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
<http://skdr.surveilans.org/home/lengkap/1>
0. Diakses pada 5 Januari 2019



| No. | Data | Sumber data | Instrument | Indicator | Ketercapaian | Keterangan |
|-----|---|---------------------------|------------------|---|----------------|--|
| 1 | Tenaga pelaksana surveilans | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 1 tenaga pelaksana epidemiolog terampil | Tidak tercapai | Lulusan kesehatan lingkungan d3 |
| 2 | Sarana pelaksanaan surveilans | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 1. 1 paket alat komunikasi (telepon, faksimili, SSB dan telekomunikasi lainnya) 2. 1 paket keputakaan 3. 1 paket pedoman pelaksanaan surveilans epidemiologi dan program aplikasi computer 4. 1 roda dua | Tercapai | - telepon -keputakaan -pedoman pelaksanaan - roda dua |
| 3 | Kelengkapan laporan unit pelapor dan sumber data awal | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 80 % atau lebih | Tercapai | 100 % (bukti terlampir) |
| 4 | Ketepatan laporan unit pelapor dan sumber data awal | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 80 % atau lebih | Tidak Tercapai | (tidak terukur) |
| 5 | Penerbitan bulletin kajian epidemiologi | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 1 atau lebih setiap bulan | Tidak Tercapai | (tidak terlampir) |
| 6 | Umpan balik | Wawancara TPS Puskesmas X | Paduan wawancara | 80 atau lebih | Tercapai | Pertemuan setiap bulan oleh petugas surveilans |

Penerapan Program Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Deli Serdang

Ikhsan Ibrahim Pohan, Arbitra Morlindah Ruapertiwi, Ananda Ayu Dhelia Ghani Damanik, Ade Rahma Sari Nasution, Ema Rizka Sazkiah, Riyan Rahmat Ramadhan Tanjung
Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan
Email : Baimm89@gmail.com

| | |
|--|---|
| <p>Track Record Article Diterima : 2 April 2019 Dipublikasi: 25 Juni 2019</p> | <p style="text-align: center;">Abstract</p> <p>Background : Implementation of No Smoking Area for safeguard people at risk of public health problems because smoke-polluted environment. Implementation of No Smoking Area have purposed to created space and healthy environment, providing protection to public from the adverse effects of cigarettes either directly or indirectly and creating public awareness for healthy living as well as to reduce the risk of non communicable disease. Objective : The purpose of this study was to know determine the implementation and evaluation of programs No Smoking Area in Health Center on Deli Serdang Health Department. Methodology : The study used a qualitative research with case study approach. Data collection was done by in-depth interview, observation, inspection of documents and records contained in Deli Serdang Health Department. Results and Conclusions : The study shows that the health center Deli Serdang have been a written policy on No Smoking Area form of decree. Observations were conducted in 33 health centers there are only 15 health centers that have a media campaign about the ban on smoking in health care facilities. No Smoking Area policy announcement via picture, signs prohibiting smoking, wall magazines, circulars and loudspeakers in 15 health centers have been observed. Suggestion: It is important for the health center, Deli Serdang Helth Department to improve the implementation of the Program for the purpose of Programs No Smoking Area can be achieved and reduce the incidence of pain on non-communicable diseases.</p> <p>Keywords : Implementation, No Smoking, Health Center, Deli Serdang</p> <p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Latar belakang : Penerapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penerapan KTR bertujuan untuk menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat, memberikan perlindungan kepada masyarakat dari dampak buruk rokok baik langsung maupun tidak langsung; dan menciptakan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat serta untuk menurunkan resiko pada masyarakat agar terhindar dari penyakit tidak menular. Tujuan penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan dan evaluasi program Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang. Metodologi : Jenis penelitian yangdigunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan berupa studi kasus. Pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan data / informasi yaitu melalui wawancara mendalam, observasi, pemeriksaan dokumen dan arsip yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli Serdang. Hasil dan Kesimpulan : Penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Kabupaten Deli Serdang telahmemiliki kebijakan tertulis tentang KTR berbentuk Peraturan Bupati. Observasi yang dilakukan di 33 puskesmas hanya terdapat 15 puskesmas yang memiliki media promosi tentang larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster,tanda laranganmerokok,mading,surat edaran dan pengeras suara di 15 Puskesmas yang telah di observasi. Ketercapaian penyuluhan KTR di puskesmas tidak terukur karena tidak ada petugas khusus untuk penyuluhan terkait masalah KTR. Saran : Penting untuk Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang untuk meningkatkan pelaksanaan Program KTR agar tujuan dari Program KTR (Kawasan Tanpa Rokok) dapat tercapai dan menurunkan angka kejadian sakit pada penyakit tidak menular. Kata Kunci : Penerapan, Kawasan Tanpa Rokok, Puskesmas, Deli Serdang</p> |
|--|---|

1. Pendahuluan

Penyakit jantung koroner (PJK) atau di

kenal dengan Coronary Artery Disease (CAD) merupakan suatu penyakit yang terjadi ketika arteri

yang mensuplai darah untuk dinding jantung mengalami pengerasan dan penyempitan (Lyndon, 2014). Arteri yang mensuplai miokardium mengalami gangguan, sehingga jantung tidak mampu untuk memompa sejumlah darah secara efektif untuk memenuhi perfusi darah ke organ vital dan jaringan perifer secara adekuat. Pada saat oksigenisasi dan perfusi mengalami gangguan, pasien akan terancam kematian.

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Berdasarkan Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama penyakit jantung koroner diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030.

Hasil dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2013 menunjukkan penyakit jantung koroner berada pada posisi ketujuh tertinggi PTM (Penyakit Tidak Menular) di Indonesia. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan gejala sebesar 1,5% atau sekitar 2.650.340 orang. Provinsi dengan jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 1,3% atau sekitar 375.127 orang, sedangkan jumlah prevalensi paling sedikit yaitu Papua Barat yaitu 6.690 orang (Kemenkes RI, 2013).

Dalam upaya mewujudkan Indonesia sehat, pemerintah mengeluarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/Menkes/ PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok. Penerapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penerapan KTR bertujuan untuk menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat; memberikan perlindungan kepada masyarakat dari dampak buruk rokok baik langsung maupun tidak langsung; dan menciptakan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat (Perda Kota Medan No. 3 Tahun 2014).

Menurut Perda Kota Medan No. 3 Tahun 2014 pasal 7 menyebutkan bahwa KTR meliputi fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; tempat umum. Salah satu kawasan yang menerapkan KTR ialah fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/ atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Institusi pelayanan kesehatan yang menerapkan KTR seperti rumah sakit, rumah bersalin, poliklinik, puskesmas,

balai pengobatan, laboratorium, posyandu, tempat praktek kesehatan swasta, apotik dan tempat pelayanan kesehatan lainnya.

Hasil penelitian Panjaitan (2015) tentang Implementasi Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 3 tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok pada sekolah di Kota Medan Tahun 2014 menyatakan, bahwa masih kurangnya komunikasi dari Pemerintah Daerah (Pemda) kepada pihak pimpinan sekolah dalam hal sosialisasi penerapan KTR, masih kurangnya sumber daya dalam hal sarana dan prasarana untuk penerapan KTR di sekolah, masih kurangnya tanggapan dari sasaran/pelaksana kebijakan dan masih kurang berjalannya birokrasi dalam penerapan KTR di sekolah. Direkomendasikan agar Pemda Kota Medan melakukan sosialisasi penerapan KTR sebagai pemberitahuan secara jelas dan konsisten kepada pelaksana kebijakan mengenai penerapan KTR terkhusus di tempat proses belajar mengajar dan kepada pihak sekolah agar melakukan sosialisasi penerapan KTR sebagai pemberitahuan secara jelas dan konsisten kepada pelaksana kebijakan untuk mewujudkan penerapan KTR yang efektif di lingkungannya.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan program pencegahan dan pengendalian Penyakit Jantung Koroner (PJK) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

2. Metode

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober - Desember tahun 2018 dan Lokasi yang dijadikan penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Deli Serdang di Jl. Diponegoro Lubuk Pakam, Petapahan, Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang, Sumatera Utara 2018.



Gambar 1.1 Lokasi Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan berupa studi kasus dengan tujuan agar peneliti dapat memperoleh informasi secara mendalam mengenai gambaran pelaksanaan program KTR (Kawasan Tanpa Roko) di Dinas Kesehatan Deli Serdang. Pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan data / informasi yaitu melalui wawancara mendalam, pengamatan atau observasi, pemeriksaan dokumen dan arsip yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli

Serdang.

Informan penelitian ini diambil berdasarkan *Purposive sampling* karena pada penelitian ini informan dipilih menurut pengetahuan yang cukup, bersedia serta mampu menjelaskan keadaan sebenarnya tentang objek penelitian.

Pengumpulan Data primer dilakukan dengan metode wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dan observasi.

a. Wawancara mendalam (*indepth Interview*).

Pokok-pokok pertanyaan yang diajukan meliputi: Gambaran gambaran program penyakit jantung koroner, indikator program penyakit jantung koroner, serta capaian keberhasilan program pencegahan dan pengendalian penyakit jantung koroner di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

b. Observasi atau pengamatan

Pengamatan dilakukan untuk melihat bagaimana gambaran program penyakit jantung koroner yang berjalan di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang,

yang di observasi meliputi: pencapaian indikator pencegahan dan penanggulangan di Dinas Kesehatan Deli Serdang Sumatera Utara, indikator penemuan, pertolongan, dan pelaporan di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang, kemudian dikombinasikan dengan hasil wawancara yang dilakukan, untuk melihat kenyataan yang ada di lapangan secara langsung.

Data sekunder diperoleh dari Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Profil Dinas Kesehatan Kab. Deli Serdang, serta pedoman program pencegahan dan pengendalian Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Dinas Kesehatan Kab. Deli Serdang. Pada pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara telaah dokumen. Telaah dokumen dilakukan dengan menelusuri arsip-arsip tentang program pemberantasan dan penanggulangan Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Dinas Kesehatan Deli Serdang.

3. Hasil dan Pembahasan

| No | Nama Unit | Status | Dr. Umum | Dr. Gigi | Perawat | Bidan | Kesmas | Kesling | Farmasi | Gizi | Ahli Teknologi Lab. Medik | Jumlah /Unit | Ket. |
|----|----------------|----------------|----------|----------|---------|-------|--------|---------|---------|------|---------------------------|--------------|----------------|
| 1 | Tiga Juhar | Rawat Inap | 1 | 2 | 7 | 33 | 2 | 0 | 2 | 3 | 1 | 51 | Belum Memenuhi |
| 2 | Petumbuhan | Non Rawat Inap | 1 | 1 | 4 | 30 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 38 | Belum Memenuhi |
| 3 | Labuhan Deli | Rawat Inap | 4 | 2 | 6 | 36 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 53 | Belum Memenuhi |
| 4 | Bandar Baru | Non | 2 | 2 | 7 | 26 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 41 | Belum Memenuhi |
| 5 | Tanjung Morawa | Rawat Inap | 5 | 1 | 14 | 20 | 4 | 0 | 2 | 2 | 1 | 79 | Blum Memenuhi |
| 6 | Tanjung rejo | Non | 2 | 2 | 13 | 53 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 79 | Belum memenuhi |
| 7 | Sibolangit | Rawat Inap | 3 | 1 | 6 | 24 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 42 | Belum Mmenuhi |
| 8 | Dalu Sepuluh | Non Rawat Inap | 3 | 2 | 17 | 52 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 80 | Belum Memenuhi |
| 9 | Bandar Khalifa | Rawat Inap | 5 | 3 | 12 | 46 | 7 | 1 | 3 | 4 | 2 | 83 | Memenuhi |
| 10 | Kutalimbaru | Non | 4 | 3 | 13 | 35 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 62 | Memenuhi |
| 11 | Patumbak | Non | 5 | 2 | 9 | 44 | 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 67 | Belum Memenuhi |
| 12 | Kenangan | Rawat Inap | 5 | 3 | 4 | 31 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 44 | Belum Memenuhi |
| 13 | Pancur Batu | Rawat Inap | 3 | 4 | 34 | 48 | 2 | 2 | 6 | 4 | 1 | 104 | Memenuhi |
| 14 | Deli Tua | Non | 4 | 4 | 9 | 38 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 61 | Memenuhi |
| 15 | Batang Kuis | Rawat Inap | 3 | 2 | 15 | 47 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 75 | Belum Memenuhi |
| 16 | Sukaraya | Non | 4 | 2 | 9 | 20 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 40 | Belum |
| 17 | Sei Mencirim | Non | 7 | 2 | 19 | 46 | 0 | 3 | 3 | 1 | 1 | 82 | Belum Memenuhi |
| 18 | Pantai Labu | Rawat Inap | 3 | 2 | 6 | 36 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 52 | Belum Tercapai |
| 19 | Namorambe | Rawat | 3 | 3 | 19 | 86 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 117 | Belum |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------|------------|---|---|----|----|---|---|---|---|---|----|----------------|
| | | Inap | | | | | | | | | | | |
| 20 | Mulyo Rejo | Rawat Inap | 6 | 2 | 22 | 41 | 6 | 0 | 4 | 0 | 3 | 84 | Belum Memenuhi |
| 21 | Karang Anyer | Non | 2 | 1 | 11 | 14 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 33 | Belum Memenuhi |
| 22 | Biru-Biru | Rawat Inap | 2 | 2 | 18 | 44 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 72 | Belum Memenuhi |
| 23 | Sei Semayang | Non | 2 | 2 | 5 | 20 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 34 | Belum |
| 24 | Lubuk Pakam | Non | 4 | 2 | 20 | 37 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 74 | Memenuhi |
| 25 | Talun Kenas | Rawat Inap | 5 | 2 | 15 | 36 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 66 | Memenuhi |
| 26 | Hampan Perak | Rawat Inap | 5 | 2 | 17 | 68 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 99 | Belum Memenuhi |
| 27 | Pagar Jati | Non | 2 | 2 | 9 | 19 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 45 | Memenuhi |
| 28 | Bandar Dolok | Non | 2 | 1 | 10 | 43 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 63 | Memenuhi |
| 29 | Bangun Purba | Rawat Inap | 4 | 1 | 8 | 33 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 50 | Belum Memenuhi |
| 30 | Kota Datar | Rawat Inap | 5 | 0 | 6 | 25 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 39 | Belum Memenuhi |
| 31 | Gunung Meriah | Non | 3 | 1 | 2 | 22 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 29 | Belum Memenuhi |
| 32 | Aras Kabu | Rawat Inap | 3 | 1 | 7 | 19 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 38 | Belum Memenuhi |
| 33 | Galang | Non | 2 | 1 | 5 | 22 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 35 | Belum Memenuhi |
| 34 | Pmatang Johar | Non | 7 | 2 | 11 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 60 | Memenuhi |

Tabel 1.1 rekapitulasi SDM Kesehatan yang didayagunakan di Puskesmas wilayah Kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang

3.1 Kebijakan tertulis tentang Kawasan Tanpa Rokok

Menurut Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi fasilitas pelayanan kesehatan dan dijelaskan juga pada Pasal 2 untuk memberikan acuan bagi pemerintah dalam menetapkan KTR. Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 35 Tahun 2012 telah menjelaskan adanya peraturan tentang kawasan tanpa rokok.

Dinas Kesehatan Deli serdang telah memiliki peraturan bupati, sedangkan untuk peraturan daerah belum di miliki. Sehingga dalam penerapan di fasilitas pelayanan kesehatan belum menggunakan peraturan daerah.

Kalimat hasil wawancara :

"kalok untuk KTR kita di Dinas Kesehatan ini masih pakek yang SK nya bupati"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dilihat dari kondisi Dinas Kesehatan Deli Serdang dengan indikator ketercapaian, Dinas Kesehatan Deli Serdang belum memenuhi Peraturan Daerah yang telah dijelaskan pada peraturan bersama kementerian dengan kementerian. Sehingga karena masih berbentuk peraturan Bupati implementasi dalam kebijakan tersebut belum berjalan dengan baik dan tujuan KTR belum dapat terlaksana. Untuk sekolah-sekolah yang di bawah tanggung jawab Dinas Pendidikan sudah memakai peraturan daerah

Kalimat hasil wawancara :

"yang untuk sekolah dia ini sudah berbentuk Perda. Jadi kalok sekolah itu menyalahi berarti mereka sudah kena tuntutan kan"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Sebaiknya Dinas Kesehatan Deli Serdang dapat mengadvokasikan kepada pemerintah daerahnya agar terbentuk Peraturan Daerah untuk Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan agar lebih efektif dalam implementasi kebijakan KTR tersebut.

3.2 Tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR

Menurut Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa rokok terdapat penjelasan tentang Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat dan menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.

Dinas Kesehatan Deli Serdang telah memiliki petugas pengawas KTR yaitu informan sendiri. Menurut keterangan informan dalam 34 puskesmas, seluruh puskesmas telah memiliki petugas untuk program KTR dan pengawasan program KTR telah dilaksanakan di masing-masing puskesmas dan kemudian ada pelaporan untuk pengawasan kepada Dinas Kesehatan Deli serdang.

Kalimat hasil wawancara :

"yang jelasnya pelayanan kesehatan. Jadi seluruh puskesmas yang ada di Deli serdang ini 34 puskesmas. 34 puskesmas ini sudah KTR"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dilihat dari kondisi Dinas Kesehatan Deli serdang untuk pengawasan KTR di puskesmas sudah mencapai indikator dan pengawasan program telah terlaksana dengan baik tetapi tidak berjalan dengan kebijakan yang masih berbentuk pergub dengan sanksi hanya teguran.

Sebaiknya Dinas Kesehatan Deli Serdang mempertahankan kinerja yang telah baik sehingga nanti ketika peraturan KTR telah berbentuk Peraturan Daerah implementasi kebijakan didukung dengan pengawasan yang seimbang sehingga tujuan KTR dapat tercapai.

3.3 Media promosi tentang larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan

Didalam buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 menjelaskan tentang Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pasien/pengunjung melalui poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya. Penyediaan tempat bertanya dan Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok belum efektif. Media promosi yang terdapat pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang hanya berupa slogan ataupun poster tanda larangan merokok, sedangkan pengumuman dengan pengeras suara dan penyediaan tempat bertanya belum ditemukan di sejumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang terdapat di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.



Gambar 1.2 Media Promosi yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli Serdang

Ketercapaian tidak terukur, dikarenakan berdasarkan pernyataan dari informan bahwa Dinas Kesehatan memiliki kegiatan penyuluhan tentang KTR, namun tidak adanya data yang ditunjukkan. Berdasarkan observasi peneliti di 15 puskesmas dari 34 puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang terdapat beberapa Puskesmas yang memasang alat atau media promosi KTR seperti poster, *standing banner* di dinding puskesmas.

Promosi dalam penerapan KTR di area fasilitas pelayanan kesehatan belum berlangsung dengan optimal diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan karena minimnya tim yang ditugaskan dalam memberikan bimbingan dan penyuluhan langsung pada perokok

aktif.

Masyarakat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang mengetahui larangan merokok di fasilitas kesehatan yang telah diberlakukan.

Sarana yang memadai mempengaruhi implementasi dari pelaksanaan suatu program atau kebijakan, maka diharapkan adanya sarana promosi seperti poster-poster tentang KTR yang ditempelkan di dinding atau pintu masuk di fasilitas pelayanan kesehatan.

3.4 Kegiatan sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung maupun tidak langsung

Didalam buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tertera indikator tentang terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatapmuka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik).

Ketercapaian di seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Deli Serdang Tidak Terukur. Tidak adanya data yang membuktikan adanya sosialisasi kebijakan KTR secara langsung maupun tidak langsung. Berdasarkan informasi yang peneliti dapatkan dari informan bahwa Dinas Kesehatan Deli Serdang melakukan sosialisasi kebijakan KTR melalui kerjasama puskesmas untuk melakukan sosialisasi kebijakan KTR ke sekolah-sekolah di sekitar puskesmas. Pihak puskesmas akan menyampaikan kepada siswa-siswa dan guru-guru bahwa ada peraturan tentang KTR dan adanya sanksi jika melanggar. Sosialisasi kebijakan KTR pada puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang hanya berupa teguran. Jika ada pasien atau pengunjung yang merokok di area gedung Puskesmas maka akan ditegur oleh petugas kesehatan yang tidak merokok dan pasien atau pengunjung tersebut akan diminta untuk keluar gedung Puskesmas.

Kalimat hasil wawancara :

"kegiatannya kita ke puskesmas lah, puskesmas melakukan penyuluhan"

(Informan 1, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Hasil observasi peneliti pada 15 dari 34 Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang tidak ditemukan poster atau pamflet tentang sosialisasi kebijakan KTR yang diberlakukan.

Banyak masyarakat yang belum mengetahui tentang kebijakan KTR di fasilitas kesehatan wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang.

Kegiatan sosialisasi tentang KTR, baik melalui pengumuman ataupun poster-poster agar lebih di tingkatkan sehingga informasi terkait KTR dapat terdistribusi dengan baik.

3.5 Pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tandalarangan merokok, mading, surat edaran dan pengeras suara

Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dilingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara yang terdapat pada Pasal 6 dan 7 tentang pengumuman kebijakan KTR melalui poster telah ditentukan

Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Ukuran dan Warna: kontras, sehingga mudah terlihat dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat;
- b. Materi: terdapat tulisan "DILARANG MEROKOK" atau "NO SMOKING"; dan terdapat gambar/symbol rokok menyala dicoret di dalam lingkaran berwarna merah.

Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan. Sedangkan Tanda/petunjuk boleh merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Ukuran dan Warna: kontras sehingga mudah terlihat dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat;
- b. Materi: terdapat tulisan "KAWASAN MEROKOK" atau "SMOKING AREA"; dan terdapat gambar/symbol rokok menyala di dalam lingkaran berwarna biru. Tanda/petunjuk boleh merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Ketercapaian indikator terpasangnya tanda larangan merokok, mading dan juga pengeras suara dilihat dari 34 puskesmas yang dibawah wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Deli Serdang dari 15 yang di observasi dan telah memiliki tanda larangan merokok.

3.6 Terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan

Berdasarkan buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tentang terpasangnya tanda KTR disekitar fasilitas pelayanan kesehatan dan diperkuat dengan Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Pasal 6 menjelaskan Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Observasi yang dilakukan di 15 puskesmas dari 34 puskesmas yang ada bahwa terpasangnya tanda KTR di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan khususnya puskesmas. 15 puskesmas yang di observasi memiliki setidaknya 2-3 tanda larangan merokok di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan seperti didepan pintu masuk gedung dan tempat parkir kendaraan dalam bentuk "plang".

Kalimat hasil wawancara :

"semua ada. Dilarang merokok, seperti itu kan, nampak kan . rokok digarisin"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Ketercapaian indikator terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan belum terukur dikarenakan puskesmas yang di observasi hanya 15 dari 34 puskesmas yang ada akan tetapi 15 puskesmas yang telah di observasi sudah memenuhi indikator terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan berupa plang atau spanduk yang dipasang di area sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan khususnya puskesmas.

Dampak yang terjadi setelah dilakukan observasi di 15 puskesmas masih ada beberapa

pengunjung puskesmas yang merokok di area puskesmas.

Saran untuk pengelola atau manajemen fasilitas pelayanan kesehatan harus lebih tegas dalam menjalankan kebijakan KTR agar masyarakat tidak melanggar KTR sesuai dengan peraturan yang sudah ditetapkan.

3.7 Terlaksana penyuluhan KTR, etika merokok dan tidak merokok di fasilitas pelayanan kesehatan

Berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri Dalam Negeri No 188/MENKES/PB/I/2011 No 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok Pasal 7 yang menjelaskan Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan bertugas untuk memberikan penyuluhan dan pengetahuan mengenai bahaya merokok bagi perokok dan perokok pasif, menyediakan konseling berhenti merokok, memberikan informasi dan edukasi, dan pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan memberikan bimbingan teknis bagi penyediaan tempat khusus untuk merokok.

Ketercapaian penyuluhan KTR di puskesmas wilayah kabupaten Deli Serdang tidak terukur dikarenakan tidak adanya petugas khusus untuk penyuluhan terkait masalah KTR. kemudian dari 15 puskesmas yang ada tidak di ketahui apakah terdapat program penyuluhan tentang masalah KTR hanya saja diungkapkan bahwasanya sosialisasi KTR dilakukan di sekolah-sekolah saja.

Kalimat hasil wawancara :

"kalok kemaren itu, kalok untuk dilaksanakan, kami itu ke sekolah-sekolah. Karna kan anak-anak remaja mulai merokok ni, itu yang kami lakukan selama ini. Dan kalo untuk puskesmas, bekerja sama dengan puskesmas lah kami turun ke sekolah-sekolah itu"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak yang ditimbulkan yaitu tidak terukur indikator penyuluhan KTR adalah kurangnya pengetahuan masyarakat terkait KTR khususnya di tempat umum, tempat bermain dan tempat ibadah.

Masyarakat hanya mengetahui KTR di sekolah dan di tempat kerja padahal terdapat 7 tatanan KTR yang harus di sosialisasikan kepada masyarakat.

Saran dibentuknya petugas penyuluh khusus KTR dari dinas kesehatan untuk 7 tatanan yang telah ditetapkan agar mampu mensosialisasikan dan mengedukasi masyarakat terkait KTR sehingga kebijakan KTR dapat berjalan optimal.

3.8 Lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok

Berdasarkan buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tentang lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok yang dilarangnya merokok di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan seperti, kantin, gedung, tempat parkir, kamar mandi dan taman yang ada disekitaran lingkungan fasilitas

pelayanan kesehatan.

Hasil observasi yang dilakukan di 15 puskesmas dari 33 puskesmas yang ada di wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Deli Serdang di temukannya masih banyaknya pengunjung maupun pegawai puskesmas yang merokok di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di tempat parkir yang membuat kebijakan KTR masih belum optimal di tatanan manapun.

Ketercapaian dari indikator lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok tidak tercapai dikarenakan pengunjung dan beberapa pegawai masih terlihat merokok di sekitar lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal ini puskesmas.

Kalimat hasil wawancara :

"yang turun langsung ini petugas puskesmasnya. Kita ini hanya meng hayo kan sama petugas-petugas puskesmasnya. Nah kalau dengar kabar dari mereka ya hanya teguran-teguran yang tadi itu ajalah"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak yang ditimbulkan akibat tidak berjalannya indikator lingkungan bebas dari asap rokok adalah kebijakan KTR dan tanda larangan merokok tidak berjalan di fasilitas pelayanan kesehatan akibatnya regulasi KTR tidak dihiraukan dan tidak akan pernah berjalan.

Sanksi bagi pelanggar KTR agar lebih di tingkatkan di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan baik kepada masyarakat maupun pegawai instansi tersebut agar kebijakan KTR tidak hanya sebuah pajangan melainkan sebuah aturan.

3.9 Petugas yang tidak merokok menegur perokok untuk mematuhi ketentuan KTR

Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara yang terdapat pada Pasal 8 terkait pembinaan dan pengawasan. Kepala Daerah berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok apabila ada yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok, dilakukan:

- 1) teguran lisan
- 2) teguran tertulis
- 3) sanksi administratif

Ketercapaian pada puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang tidak terukur Karena tidak adanya bukti yang mendukung. Berdasarkan informasi yang peneliti dapatkan langsung dari informan melalui wawancara bahwa petugas yang tidak merokok akan menegur pengunjung yang merokok di area KTR.

Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan di 15 puskesmas dari 34 puskesmas yang menjadi bagian dari wilayah kerja Dinas Kesehatan kabupaten Deli Serdang, peneliti tidak menemukan petugas yang menegur pengunjung pasien yang merokok di wilayah puskesmas.

Kalimat hasil wawancara :

"KTR itu Kawasan Tanpa Rokok, hanya di

bawah titisan air hujan itu. Jadi berbentuk ruangan. Jadi begitu dia keluar dari situ. Dia boleh, jadi hak mereka. Itu mereka mempunyai hak untuk merokok. Kita mana bisa kita bilang hei kau jangan merokok, kita gabisa bilang begitu. Jadi intinya jangan di dalam ruangan. Kalo pun dia di dalam ruangan. Dia keluar dulu, diluar titisan air hujan itu kan. Yang tampias itu. Jangan kita marah kalok orang itu merokok, kalok dipuskesmas pun hanya boleh di tegur. Tolong ya pak agak ke depan ya, dekat pohon ya pak"

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak pada masyarakat dengan adanya pemahaman yang tidak sesuai ini masyarakat tidak merasa takut untuk melanggar peraturan. Sehingga perlu dilakukan evaluasi terkait permasalahan tersebut.

3.10 Perokok merokok diluar KTR dan adanya sanksi yang telah berlaku bagi masyarakat yang melanggar peraturan KTR

Berdasarkan Perda Kota Medan Pasal 44 Tahun 2014 Tentang Ketentuan Pidana yang terdapat 3 poin bagi perokok merokok yang melanggar KTR.

(1) Setiap orang yang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 22 ayat (1) dan ayat (3), dan Pasal 41, diancam pidana kurungan paling lama 3 (tiga) hari atau pidana denda paling banyak Rp 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah).

(2) Setiap orang atau badan yang mempromosikan, mengiklankan, menjual, dan/atau membeli rokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (2) dan ayat (5) huruf a dan huruf b dan Pasal 42, diancam pidana kurungan paling lama 7 (tujuh) hari atau pidana denda paling banyak Rp 5.000.000,00 (lima juta rupiah).

(3) Setiap pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab KTR yang tidak melakukan pengawasan internal, membiarkan orang merokok, tidak menyingkirkan asbak atau sejenisnya, dan tidak memasang tanda-tanda dilarang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 dan Pasal 43, diancam pidana kurungan paling lama 15 (lima belas) hari atau pidana denda paling banyak Rp 10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah).

Ketercapaian pada indikator ini tidak terukur pada seluruh puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari informan bahwa sanksi yang berlaku bagi pelanggar KTR adalah dalam bentuk sanksi moral yaitu teguran. Hal ini dikarenakan peraturan yang berlaku berupa peraturan bupati.

Dampak yang di timbulkan akibat hal ini yaitu kurang efektifnya sanksi yang telah dilakukan sehingga KTR tidak terlaksana secara optimal. Masyarakat tidak merasa sanksi yang berlaku memberikan kerugian yaitu hanya bersifat malu ketika ditegur dan masyarakat merasa bahwa tidak tegasnya aturan tersebut.

Diharapkan dibuat peraturan baru dengan sanksi yang lebih tegas dan membuat jera bagi pelanggar KTR agar terlaksananya program KTR dengan baik di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Dinas kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

4. Kesimpulan dan Saran

1. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang belum mencapai indikator yang telah ditetapkan.
2. Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang harus meningkatkan pelaksanaan Program KTR agar tujuan dari Program KTR (Kawasan Tanpa Rokok) dapat tercapai.

Daftar Pustaka

- Fadma Yuliani, Fadil Oenzil, Detty Iryani. *Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian PJK Pada Penderita Diabetes Mlitus Tipe 2*. Jurnal Kesehatan Andalas. 2014
- Iskandar, Dkk. *Faktor Risiko Terjadinya PJK Pada Pasien Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh*. Jurnal Action, Vol 2, Nomor 1, Mei 2017
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Penyakit Tidak Menular Tahun 2016*. Jakarta. Hlm.30
- Suiraoaka, IP. *Penyakit Degeneratif Mengenal, Mencegah Dan Mengurangi Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif*. Nuha Medika. (Yogyakarta: 2012)
- Sudoyo, Et All. *Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi IV." Dalam Asupan Lemak Jenuh Dan Status Gizi Sebagai Faktor Risiko Kejadian Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Sanglah* (Jakarta: FKUI) 2011. Hlm.9-10.
- Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. *Info Datin : Situasi Kesehatan Jantung*. 2013
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor.188/MENKES/PB/I/2011 Nomor 7 Tahun 2011 tentang *Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok*.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan*.
- Peraturan Daerah Kota Medan Tahun 2014.
- Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 *Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dilingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara*.
- Pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006.
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri Dalam Negeri No 188/MENKES/PB/I/2011 No 7 Tahun 2011 *Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok*.