

PS3

28

Jakarta

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**Faktor Risiko Hipertensi dan
Pengembangan Model Intervensi
(Pengembangan Model Simulasi Pencegahan dan Penanganan
Hipertensi di Kota Bogor, Kabupaten Bogor dan
Kabupaten Lebak)**



Nama Penyusun Laporan :

- 1. dr. Julianty Pradono, MS. .**
- 2. Tien Afifah, SKM, Mkes**
- 3. Suparmi, SKM, MKes.**

**Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI**

2011

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi (Pengembangan Model Simulasi Pencegahan dan Penanganan Hipertensi di Kota Bogor, Kabupaten Bogor dan Kabupaten Lebak)



Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PERPUSTAKAAN	
Tanggal :	_____
No. Induk :	_____
No. Klass :	PS 3
	28
	Jakarta,

Nama Penyusun Laporan :

1. dr. Julianty Pradono, MS.
2. Tien Afifah, SKM, Mkes
3. Suparmi, SKM, MKes.

Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

2011

KATA PENGANTAR

Penelitian Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi adalah penelitian kuantitatif dan kualitatif, untuk mendapatkan model intervensi berdasarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di kabupaten dan kota. Penelitian dilakukan pada dua kabupaten yaitu Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat, Kabupaten Lebak Provinsi Banten dan satu kota yaitu Kota Bogor Provinsi Jawa Barat. Kabupaten dan kota yang terpilih berdasarkan angka prevalensi hipertensi tinggi dan prevalensi hipertensi rendah hasil kajian Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 yang diselenggarakan oleh Balitbangkes.

Penelitian melibatkan peneliti Badan Litbangkes. Analisa kuantitatif dilakukan pada data yang dikumpulkan pada Riskesdas 2007, sedangkan data kualitatif dikumpulkan dari hasil wawancara mendalam pada pelaksana program PTM Dinas Kesehatan Kabupaten, pelaksana pengobatan di Puskesmas dan pelaksana program PTM di Puskesmas. Sedangkan Diskusi grup terarah (FGD) sebagai informan adalah tokoh masyarakat, kader kesehatan dan penderita hipertensi.

Laporan ini menyajikan model intervensi dari masing-masing kabupaten dan kota daerah penelitian dan menyajikan data pendukung hasil kualitatif dari informan tentang program PTM dan pelaksanaannya di lapangan serta informasi tentang pengetahuan tentang hipertensi, pola berobat, kepedulian tentang kontrol tekanan darah serta harapan tentang program intervensi terjadinya hipertensi tersebut.

Semoga laporan ini dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak terutama untuk program intervensi dan penanggulangan hipertensi. Kritik dan masukan yang membangun untuk perbaikan laporan sangat kami hargai.

Jakarta, 31 Oktober 2011
Koordinator Penelitian

dr. Julianty Pradono, MS

RINGKASAN EKSEKUTIF

Meningkatnya tekanan darah sering tidak menunjukkan gejala, sehingga penderita tidak menyadari atas kejadian hipertensi. Berbagai penelitian menunjukkan prevalensi hipertensi terus meningkat dan mengenai kelompok umur muda. Sedangkan pengobatan teratur sangat kecil, sehingga sering menyebabkan kerusakan organ. Hal ini yang menyebabkan hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat. Di Indonesia (2007), prevalensi hipertensi sebesar 31,7 persen pada kelompok umur 18 tahun keatas, laki-laki dan perempuan. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dan mendapatkan model untuk penanganan terjadinya hipertensi tersebut. Dalam penelitian ini diambil satu kota dan dua kabupaten dengan prevalensi hipertensi di atas dan di bawah rata-rata nasional. Analisis penelitian dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Analisa kuantitatif bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah. Sedangkan analisis kualitatif diharapkan mendapatkan informasi tentang perilaku berobat, pola kontrol tekanan darah, serta pengetahuan faktor risiko terjadinya hipertensi baik dari tokoh masyarakat, termasuk kader kesehatan, maupun penderita hipertensi. Dari pihak provider informasi tentang kegiatan yang dilakukan dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif terhadap kejadian hipertensi.

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan, ada perbedaan variabel yang berkontribusi terjadinya hipertensi pada dua kabupaten dan satu kota yang diteliti. Tetapi faktor umur paling berkontribusi dalam meningkatkan tekanan darah. Prevalensi hipertensi pada responden ≥ 35 tahun lebih tinggi dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Selanjutnya diikuti dengan kelebihan berat badan dan lingkar perut berisiko, lama merokok, gangguan mental emosional, status ekonomi, dan status kawin. Hipertensi lebih berisiko pada responden yang sering mengkonsumsi makanan berlemak. Pengaruh lingkungan seperti pencemaran lingkungan dan klasifikasi kota dan desa turut berkontribusi terjadinya hipertensi. Persentase klasifikasi benar diperoleh sebesar 72,5-81,2 persen (R-squared). Temuan dari kajian ini menunjukkan bahwa memodifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah terjadinya hipertensi baik di kota maupun di kabupaten. Dengan menargetkan orang dewasa dalam melakukan upaya promosi Perilaku Hidup Bersih dan

Sehat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya faktor risiko terjadinya hipertensi kemungkinan akan mempengaruhi menurunnya hipertensi.

Hasil analisis kualitatif menunjukkan kurangnya pengetahuan informan tentang faktor penyebab terjadinya hipertensi, gejala hipertensi, upaya pencegahan maupun cara mendeteksi atau cara pengobatan hipertensi yang membutuhkan jangka panjang dan berkesinambungan. Hal ini didukung dari pengakuan provider, karena belum adanya program yang secara khusus mengenai pencegahan, dan penanganan hipertensi. Saat ini penempatan program untuk pelaksanaan program tentang penyakit tidak menular yang merupakan payung besar dari pencegahan hipertensi masih belum jelas, sehingga belum merupakan masalah prioritas. Hal ini sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan yang masih bersifat pasif. Ketersediaan obat penyakit tidak menular, khususnya antihipertensi masih jauh dari cukup. Sehingga dibutuhkan adanya Surat Keputusan Kemenkes dalam menangani permasalahan tersebut.

ABSTRACT

The increasing of blood pressure often has no symptoms, so patients are not aware of the incidence of hypertension. Various studies have shown the prevalence of hypertension continues to increase in the younger age groups. While the treatment is done on a regular basis is very small, so that often lead to organ damage. It make hypertension is a public health problem. In Indonesia (2007), the prevalence of hypertension of 31.7 percent in the age group 18 years and above, both of sex. The aims of this study is to determine risk factors associated with the occurrence of hypertension and get a model for handling the occurrence of hypertension. In this study captured a city and two districts with the prevalence of hypertension above and below the national average. Methods of the research carried out quantitatively and qualitatively. The analysis showed, there are different variables that contribute to the occurrence of hypertension in three areas of research. But the most contributing factor in the increasing age of the blood pressure. The prevalence of hypertension among respondents ≥ 35 years was higher than the 15-34 years age group. Another risk-factors are overweight, abdominal circumference at risk, duration of smoking, mental emotional disturbance, differences in economic status, and marital status. Hypertension is more risky in respondents who frequently eat fatty foods. Environmental influences such as environmental pollution and the classification of urban and rural contribute to the occurrence of hypertension. While the qualitative results show a lack of knowledge about the factors causing informant hypertension, hypertension symptoms, prevention efforts and how to detect or hypertension treatments that require long-term and sustainable. This is supported from the recognition of the provider, that the placement program for the implementation of programs on non-communicable diseases which is a huge umbrella of prevention of hypertension remains unclear. So the implementation of prevention still is passive. The availability of drugs at health facilities for treatment of non-communicable diseases, in particular is far from enough, this is a constraint in the program reduced the prevalence of non communicable diseases. We need the support of the Decree of the Health Departement in addressing these problems.

Keyword: Hypertension, Risk Factor, Intervention, Bogor city, Bogor dan Lebak district

DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITIAN

No	Nama	Keahlian/ kesarjanaan	Kedudukan dalam tim	Uraian
1.	dr. Julianty Pradono, MS	Kesehatan Masyarakat	Peneliti Madya	Menyusun protokol lengkap dengan kuesioner, pedoman dan Dummy tabel. Mengkoordinir kegiatan pengumpulan data lapangan, rencana analisis data, dan menyusun laporan akhir penelitian.
2.	Tia Afifah, SKM, Mkes	Kesehatan Reproduksi	Peneliti	Membantu penyusunan protokol lengkap dengan kuesioner, pedoman dan Dummy tabel, perencanaan penelitian, dan penulisan laporan akhir.
3.	Suparmi, SKM, MKes	Kesehatan Masyarakat	Peneliti	Membantu perencanaan penelitian, dan laporan penelitian
4.	Prof. dr. Purnawan Junaidi. Dr.PH	Kesehatan Masyarakat	Konsultan	Memberi arahan pada penulisan protokol lengkap dengan kuesioner, pedoman dan Dummy tabel, kegiatan pengumpulan data rencana analisis data, dan menyusun laporan akhir penelitian.
5.	Novianti Sihombing, Ssos	Administrasi	Pembantu administrasi	Membantu administrasi penelitian

DAFTAR ISI

Halaman

	KATA PENGANTAR	ii
	RINGKASAN EKSEKUTIF.....	iii
	ABSTRAK.....	v
	DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITI.....	vi
	DAFTAR ISI	vii
	DAFTAR TABEL.....	ix
	DAFTAR GAMBAR.....	x
	DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I	PENDAHULUAN	
	1.1.Latar Belakang	1
	1.2.Perumusan Masalah	4
	1.3. Pertanyaan Penelitian.....	4
	1.4. Tujuan Penelitian.....	5
	1.5. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA.....	6
	3.1. Tujuan Penelitian	9
	3.2. Manfaat Penelitian	9
BAB III	METODOLOGI	
	3.1.Kerangka Konsep.....	10
	3.2.Jenis Penelitian.....	11
	3.3.Sampel Penelitian.....	11
	3.4.Waktu Penelitian.....	12
	3.5.Besar Sampel.....	12
	3.6.Analisis Data.....	13
	3.7. Variabel yang dianalisis dan Sumber Data.....	14
	3.8.Batasan Operasional	18
BAB IV	HASIL dan PEMBAHASAN	
	41. HASIL	

Provinsi Jawa Barat.....	20
Provinsi Banten.....	22
Kabupaten Bogor Prov. Jawa Barat	
Analisa Kuantitatif.....	26
Analisa Kualitatif.....	29
Kabupaten Lebak Prov. Banten	
Analisa Kuantitatif.....	41
Analisa Kualitatif.....	44
Kota Bogor Prov. Jawa Barat	
Analisa Kuantitatif.....	55
Analisa Kualitatif.....	58
4.2. PEMBAHASAN.....	72
BAB V KESIMPULAN dan SARAN.....	76
UCAPAN TERIMAKASIH.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	79
LAMPIRAN.....	83

DAFTAR TABEL		Halaman
Tabel 1.	Klasifikasi Hipertensi berdasarkan JNC-7.....	2
Tabel 2.	Prevalensi hipertensi penduduk umur 20 tahun atau lebih menurut jenis kelamin di berbagai negara.....	9
Tabel 3.1.	Rincian target sasaran menurut kelompok di masing-masing Kabupaten/Kota.....	14
Tabel 3.2.	Jenis variabel dan sumber data analisis kuantitatif....	15
Tabel 4.1.	Prevalensi Penyakit Hipertensi penduduk umur > 18 tahun menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007.....	22
Tabel 4.2.	Prevalensi Penyakit Hipertensi penduduk > 18 tahun di Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007.....	23
Tabel 4.3.	Prevalensi hipertensi tinggi dan rendah menurut Kabupaten/ Kota Riskesdas 2007 (31,7%).....	24
Tabel 4.4.	Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut Karakteristik, Riskesdas 2007.....	25
Tabel 4.5.	Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut perilaku dan faktor risiko, Riskesdas 2007.....	26
Tabel 4.6.	Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor pada level Rumah Tangga, Riskesdas 2007.....	26
Tabel 4.7.	Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007.....	27
Tabel 4.8.	Uji multivariate logistic regresi variabel terjadinya hipertensi Kabupaten Bogor, Riskesdas 2007.....	28
Tabel 4.9.	Uji interaksi variabel terjadinya hipertensi Kabupaten Bogor, Riskesdas 2007.....	28
Tabel 4.10.	Model akhir penanggulangan hipertensi Kabupaten Bogor, Riskesdas 2007.....	29
Tabel 4.11.	Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut Karakteristik, Riskesdas 2007.....	42

Tabel 4.12.	Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut perilaku dan faktor berisiko di level individu, Riskesdas 2007.....	43
Tabel 4.13.	Prevalensi hipertensi di Kabupaten Lebak pada level rumah tangga, Riskesdas 2007.....	43
Tabel 4.14.	Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007.....	44
Tabel 4.15.	Model Kabupaten Lebak, Riskesdas 2007.....	45
Tabel 4.16.	Prevalensi hipertensi penduduk Kota Bogor menurut Karakteristik, Riskesdas 2007.....	56
Tabel 4.17.	Prevalensi hipertensi di Kota Bogor menurut perilaku dan faktor risiko, Riskesdas 2007.....	57
Tabel 4.18.	Prevalensi hipertensi di Kota Bogor menurut karakteristik rumah tangga, Riskesdas 2007.....	57
Tabel 4.19.	Prevalensi hipertensi penduduk Kota Bogor menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007.....	58
Tabel 4.20.	Model penanggulangan hipertensi Kota Bogor, Riskesdas 2007.....	59
Tabel 4.21.	Rangkuman Model penanggulangan hipertensi Kota Bogor, Kab. Bogor dan Kab. Lebak, Riskesdas 2007.....	75

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1.	Kerangka Konsep Penelitian.....	11
-------------	---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Keputusan Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. No.HK.03.0512/8878/2011
- Lampiran 2. Lembar pengesahan
- Lampiran 3. Persetujuan Etik No: KE.01,08/EC/482/2011
- Lampiran 4. Lembar Penjelasan
- Lampiran 5. Formulir Pernyataan Kesediaan Ikut Serta
- Lampiran 6. Surat Pemberitahuan Penelitian Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. No. 440.02/ 1556. D1
- Lampiran 7. Izin Pelaksanaan Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat
- Lampiran 8. Izin Pelaksanaan Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Bogor Provinsi Jawa Barat
- Lampiran 9. Izin Pelaksanaan Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak Provinsi Banten
- Lampiran 10. Biodata Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko penting dalam peningkatan risiko terjadinya penyakit pembuluh darah seperti stroke, infark miokard, kematian kardiovaskular penyakit jantung dan semua penyebab kematian yang berhubungan dengan pembuluh darah. Walaupun demikian kesadaran dari masyarakat untuk melakukan kontrol tekanan darah masih jauh dari yang diharapkan. Hal ini disebabkan karena meningkatnya tekanan darah tidak menunjukkan gejala-gejala, sehingga masyarakat tidak sadar akan hal ini.

Data dari Survei Nasional Kesehatan dan Gizi Turki menunjukkan tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg (tekanan darah normal) hanya dimiliki oleh 34 persen populasi.(Erdin S., 2004) Situasi seperti ini juga terjadi di seluruh dunia dan bahkan lebih buruk di negara-negara berkembang. Transisi epidemiologi yang terjadi di negara-negara berkembang dengan penurunan penyakit menular dan peningkatan penyakit tidak menular telah menghasilkan peningkatan umur harapan hidup, sehingga terjadi pergeseran pola penyebab kematian. Umur populasi, urbanisasi dan perubahan sosial ekonomi di negara berkembang telah mengakibatkan peningkatan prevalensi hipertensi. Hal ini juga disebabkan karena adanya perubahan gaya hidup dimana timbulnya hipertensi tidak dapat dipisahkan (Kisjanto et. Al., 2005). Juga karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang faktor risiko yang mendukung terjadinya hipertensi. Ditambah lagi dengan kurangnya sarana dan dukungan infrastruktur kesehatan yang kurang memadai.

Sebagian besar (90%) hipertensi disebabkan karena hipertensi esensial (J Mufunda, 2005). Hipertensi esensial adalah hipertensi yang tidak diikuti dengan kelainan organ, biasanya tidak menunjukkan gejala, sehingga sekalipun sudah terdiagnosis hipertensi, mereka tetap tidak melakukan kontrol lebih lanjut/ teratur atau makan obat secara teratur. Penderita yang tidak makan obat secara

teratur akan meningkatkan risiko kerusakan dari pembuluh darah arteri yang dapat menyebabkan kerusakan dari berbagai organ seperti jantung (angina, myocardial infark); otak (stroke, *Transient Ischaemic Attack*); mata (perdarahan retina); ginjal (gagal ginjal); pembuluh darah (aneurisma, dll.). Hal ini menyebabkan hipertensi dikenal sebagai Silent Killer (Elisabete Pinto, 2007). Hipertensi juga akan memiliki dampak yang besar pada individu dan keluarga, terutama dari segi psikologis. Ketika seseorang diberitahu bahwa mereka memiliki masalah kesehatan yang dapat berkembang menjadi penyakit jantung atau stroke misalnya, mereka akan dituntut untuk mengadakan perubahan gaya hidup, dan minum obat selama sisa hidupnya. Sehingga perlu pertimbangan tentang biaya tambahan untuk beli obat dan efek samping dari obat tersebut. Hipertensi juga memiliki dampak yang besar terhadap hilangnya produktivitas karena sakit atau cacat, dan hilangnya pendapatan masa depan karena kematian dini.

Kriteria hipertensi merujuk pada *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003* (U . S. NIH, 2004). Hipertensi diklasifikasi sebagai berikut (Tabel 1).

Tabel 1.
Klasifikasi Hipertensi berdasarkan JNC-7

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	< 130	< 85
Hipertensi perbatasan	130 – 139	85 – 89
Hipertensi ringan	140 – 159	90 – 99
Hipertensi sedang	160 – 179	100 – 109
Hipertensi berat	≥ 180	≥ 110

Sumber: World Health Organization (2001).

Batasan ini diberikan sesuai dengan sifat dinding pembuluh darah yang mulai kehilangan elastisitasnya. Hipertensi biasanya tanpa gejala dan sering tidak dianggap sebagai penyakit. Namun, merupakan faktor risiko utama dalam

sejumlah kondisi yang berpotensi fatal dan juga merupakan pendahulu untuk gangguan non-fatal, tapi melemahkan.

Di Indonesia, melalui Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992, 1995, dan 2001 menunjukkan, penyakit hipertensi selalu menduduki peringkat pertama dengan prevalensi terus meningkat yaitu 16,0 persen, 18,9 persen, dan 26,4 persen sebagai penyebab kematian (S.Soemantri, 2002). Sedangkan dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dilaporkan penyebab kematian pada semua kelompok umur yang tertinggi adalah Stroke sebanyak 26,9 persen, hipertensi sebanyak 12,3 persen (nomor 2), penyakit jantung iskemik sebanyak 9,3 persen.

Riskesdas 2007 (Balitbangkes. Laporan Nasional Riskesdas 2007) melaporkan prevalensi hipertensi sebesar 31,7 persen pada kelompok umur 18 tahun atau lebih. Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi antara lain konsumsi natrium berlebihan, kelebihan berat badan dan obese, kurang aktivitas fisik dan merokok. Pada Riskesdas 2007 dilaporkan penduduk kelompok umur 15 tahun dengan berat badan lebih dan obese sebanyak 19,1 persen, sedangkan pada kelompok umur 10 tahun atau lebih dengan kurang aktivitas fisik sebanyak 48,2 persen, perokok saat ini sebanyak 29,2 persen, dan kurang makan buah dan sayur sebanyak 93,6 persen. Penduduk yang mengalami gangguan mental emosional pada kelompok umur 15 tahun atau lebih sebanyak 11,6 persen. Juga dilaporkan penderita diabetes di 15 persen daerah perkotaan yang meliputi 14.502 responden laki-laki dan perempuan, pada kelompok 15 tahun keatas sebanyak 5,7 persen (Balitbangkes. Riskesdas Biomedis. 2009).

Hal ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang akan mempengaruhi kualitas hidup penduduk sebagai sumber daya manusia (SDM), Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan kemajuan suatu bangsa. Keadaan ini akan diperburuk apabila penduduk hidup dalam keadaan miskin. Hal ini menunjukkan betapa seriusnya permasalahan peningkatan tekanan darah/ hipertensi yang akan terjadi di Indonesia kalau tidak

dibarengi dengan peningkatan pengetahuan kesehatan yang berkaitan dengan gaya hidup sehingga dapat memicu meningkatnya faktor risiko terjadinya hipertensi, disamping itu, kurang tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan khususnya dalam mempromosikan pola hidup sehat dalam upaya pencegahan terjadinya peningkatan tekanan darah, baik di wilayah kabupaten maupun kota.

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti menganggap perlu melakukan analisa untuk mengetahui faktor risiko terjadinya hipertensi di masyarakat kabupaten dan kota. Sejauh mana perilaku berobat penderita hipertensi, dengan memperhatikan pelayanan medis yang tersedia terhadap kejadian hipertensi, serta merencanakan

pengembangan model intervensi terjadinya hipertensi di wilayah kabupaten maupun kota.

I.2. Perumusan Masalah

Tingginya prevalensi menyebabkan hipertensi menjadi masalah dalam kesehatan masyarakat. Secara umum prevalensi hipertensi meningkat dengan bertambahnya umur. Sebagian besar (90-95%) hipertensi adalah esensial, dan tidak menunjukkan gejala. Hipertensi selain dipengaruhi oleh faktor genetik, juga sangat dipengaruhi oleh gaya hidup masyarakat, sehingga menyebabkan ada kecenderungan hipertensi meningkat pada umur yang lebih muda. Hal ini menyebabkan sebagian besar orang tidak menyadari sedang menderita hipertensi atau menganggap enteng atas penyakitnya sehingga tidak melakukan pengontrolan atau pengobatan secara teratur. Keadaan ini juga akan dipengaruhi dengan kondisi rumah dan lingkungan responden tinggal seperti kepadatan hunian, tingkat pengeluaran rumah tangga dan didukung dengan kurangnya peranan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendeteksi hipertensi serta kurangnya promosi tentang pengetahuan faktor risiko terjadinya hipertensi atau akibat dari hipertensi tersebut. Sementara itu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan

perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan daerah serta manajemen kesehatan.

1.3. Pertanyaan Penelitian:

1. Faktor apa yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di Kota Bogor dan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat yang merupakan daerah kota dengan prevalensi hipertensi tinggi
2. Faktor apa yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di Kabupaten Lebak Provinsi Banten yang merupakan daerah kabupaten dengan prevalensi hipertensi rendah
3. Bagaimana model penanggulangan hipertensi pada masing-masing kabupaten / kota

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

Mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dan mendapatkan model untuk penanganan terjadinya hipertensi.

Tujuan khusus:

1. Mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi
2. Mengetahui pelayanan medis yang tersedia terhadap kejadian hipertensi
3. Didapatkan model penanganan terjadinya hipertensi

1.5. Manfaat Penelitian

Hasil analisis ini bermanfaat bagi:

a. Program Kesehatan:

Tersedianya model intervensi penanggulangan hipertensi khususnya di daerah kota Bogor, Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat dan kabupaten Lebak provinsi Banten, sehingga dalam menentukan kebijakan upaya kesehatan

masyarakat dalam intervensi penanganan hipertensi dapat memperhitungkan faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya hipertensi.

b. Masyarakat:

Masyarakat mampu melakukan pencegahan terjadinya hipertensi.

c. Pengembangan ilmu/ peneliti:

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan masyarakat, khususnya dalam melakukan intervensi terjadinya hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hipertensi

2.1.1. Definisi

Tekanan darah tinggi dalam istilah kedokteran disebut sebagai hipertensi, biasanya didefinisikan berdasarkan ambang batas untuk tekanan darah sistolik dan diastolik yang diukur dalam mmHg. Secara umum, semakin tinggi tekanan darah semakin besar dengan risiko masalah kesehatan. Secara umum, tekanan darah didefinisikan tinggi, apabila dalam keadaan istirahat tekanan diastolik terus-menerus pada atau di atas 90 mm Hg atau nilai tekanan darah sistolik 140 mm Hg atau lebih setelah pengukuran berulang. Studi epidemiologis telah menemukan, bahwa tekanan darah sistolik dan diastolik memperlihatkan hubungan yang berkelanjutan, konsisten dan independen terhadap penyakit jantung. Kematian dari penyakit jantung meningkat dan menunjukkan hubungan yang linear dengan meningkatnya tekanan darah sistolik di atas 115 mmHg dan diastolik 75 mmHg (Lewington et al, 2002.). Dengan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik dapat terjadi penurunan risiko penyakit (Canada Communication Group, Ottawa, Canada 1994). Jadi distribusi normal tekanan darah dalam populasi memiliki implikasi besar untuk pencegahan dan pengendalian terjadinya hipertensi dalam populasi. Pertama, penting untuk mengurangi tekanan darah populasi, sekalipun masih ada individu dengan tekanan darah tetap tinggi. Oleh karena itu, sebagian besar dari penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah, banyak terjadi pada orang dengan tekanan darah dalam perbatasan atau sedikit meningkat (Cook N, Cohen, 1995). Kedua, berapapun ambang batas tekanan darah yang diambil untuk digunakan mendiagnosis hipertensi, masih akan ada orang dengan tekanan darah di bawah ambang batas yang berisiko terhadap penyakit jantung misalnya.

2.1.2. Batasan Hipertensi

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah secara terus-menerus di atas ambang batas yang ditentukan. Batas ambang yang ditentukan karena alasan praktis dan untuk melakukan tindakan tertentu seperti untuk melakukan intervensi medis.

Batasan hipertensi diberikan sesuai dengan sifat dinding pembuluh darah yang mulai kehilangan elastisitasnya. Hipertensi biasanya tanpa gejala dan sering tidak dianggap sebagai penyakit. Namun, merupakan faktor risiko utama dalam sejumlah kondisi yang berpotensi fatal dan juga merupakan pendahulu untuk gangguan non-fatal, tapi melemahkan. Konsekuensi potensial utama yang paling sering terkena meliputi: penyakit jantung koroner (angina, serangan jantung); stroke (trombotik dan perdarahan); Gagal jantung (strain jantung - terutama ventrikel kiri); Aneurisma aorta; dan Penyakit pembuluh darah perifer.

Jenis hipertensi (Yusri, 2011) yang dibedakan sebagai berikut:

- a. Hipertensi esensial, penyebab tidak diketahui, merupakan 90 persen dari total hipertensi. Biasanya terjadi pada kelompok umur 50-60 tahun, dan sepertiga dari mereka mengalami peningkatan tekanan darah sistolik. Sebanyak 70-80 persen dengan riwayat keluarga menderita hipertensi. Jika hipertensi terjadi pada kedua orang tua, risiko terkena hipertensi meningkat sebesar 250 persen. Korelasi naiknya tekanan darah lebih kuat antara orang tua dan anak dari pada antara suami-isteri, hal ini menunjukkan pentingnya faktor genetik. Pada etnis tertentu (misalnya Amerika Afrika) berisiko lebih tinggi terkena hipertensi.
- b. Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang disebabkan karena adanya penyakit tertentu atau efek samping dari pengobatan. Penyakit yang paling sering menyebabkan terjadinya hipertensi sekunder adalah penyakit ginjal kronik, stenosis pembuluh darah ginjal, hyperaldosteronism, pheochromocytoma. Sementara obat-obatan yang dapat memicu terjadinya hipertensi adalah

penggunaan obat-obatan arthritis dan anti depresan. Hipertensi sekunder mewakili sekitar 10 persen dari seluruh hipertensi dan potensial dapat disembuhkan.

- c. Hipertensi gestasional yaitu peningkatan tekanan darah yang terjadi pada saat kehamilan dan akan kembali normal setelah proses kelahiran. Perempuan yang memiliki hipertensi gestasional memiliki risiko untuk menjadi hipertensi secara menetap di usia-usia berikutnya.
- d. Hipertensi malignansi merupakan peningkatan tekanan darah secara progresif walaupun sudah diberikan tatalaksana secara farmakologi dan memicu terjadinya kerusakan organ, sehingga memerlukan tatalaksana kegawat daruratan.
- e. '*White-coat hypertension*' adalah suatu keadaan peningkatan tekanan darah bila seseorang berhadapan dengan petugas medis. Namun bila tidak berhadapan dengan petugas medis, tekanan darah akan kembali normal.

2.1.3. Prevalensi

Prevalensi hipertensi di negara berkembang berbeda dari negara-negara maju. Dengan kriteria tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Prevalensi hipertensi pada kelompok umur 20 tahun atau lebih (Tahun 2000) tertinggi di Amerika Latin dan Caribbean baik pada laki-laki maupun pada perempuan, sedangkan yang terendah di India (Tabel 2) (Kearney PM., et.al., 2005).

Tabel 2.
Prevalensi hipertensi penduduk umur 20 tahun atau lebih menurut jenis kelamin di berbagai negara

Negara	Prev. Hipertensi (%)	
	Laki-laki	Perempuan
India	20,6	20,9
Amerika latin dan Caribbean	40,7	34,8
Timur Tengah	22,0	23,7
China	22,6	19,7
Subsahara Africa	26,9	28,3

Prevalensi hipertensi pada penduduk di perkotaan India meningkat sekitar 30 kali dan sekitar 10 kali pada penduduk di pedesaan dalam tiga dan enam dekade terakhir. Berbagai faktor telah berkontribusi dalam tren tersebut, antara

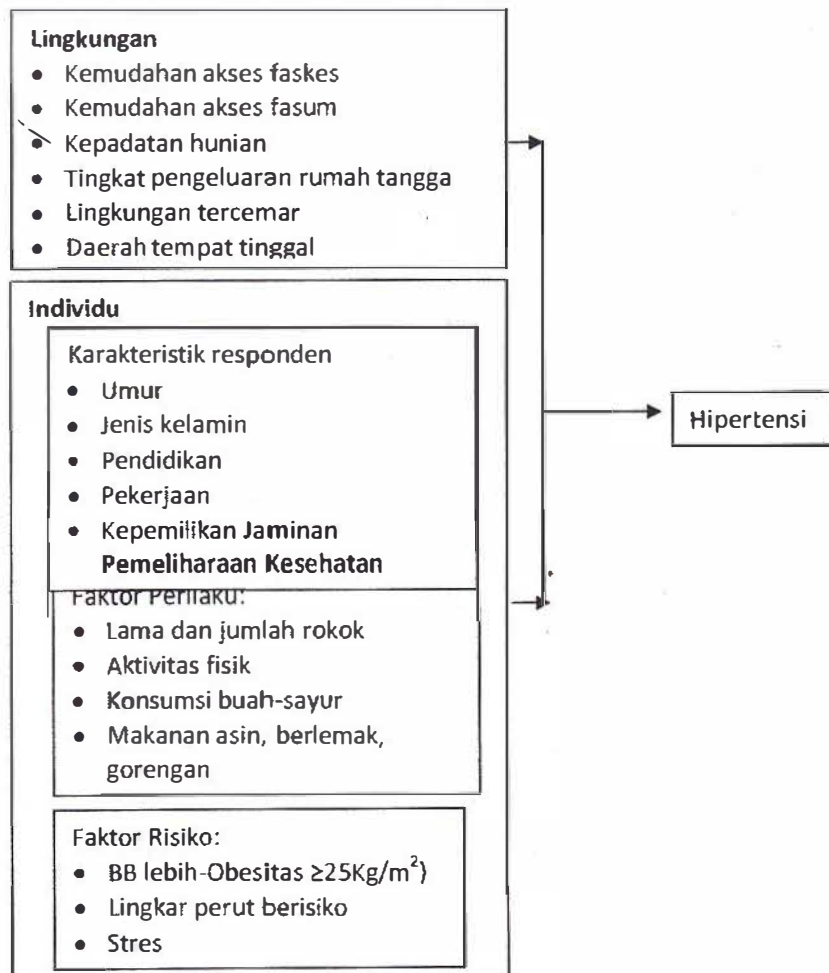
lain akibat dari urbanisasi seperti perubahan perilaku, pola diet, stres, meningkatnya jumlah penduduk dan pengangguran (Shyamal Kumar Das, 2005). Dalam survei tersebut, juga dilaporkan prevalensi pra-hipertensi sistolik (120-139 mm Hg) sebesar 35,8 persen dan diastolik (80-89 mm Hg) sebesar 47,7 persen. Sedangkan responden dengan hipertensi sistolik (≥ 140 mm Hg) sebesar 40,9% dan hipertensi diastolik (≥ 90 mmHg) sebesar 29,3 persen. Pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa umur dan Indeks Massa Tubuh merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi. Sedangkan diet non-vegetarian yaitu mengkonsumsi ikan dengan menggunakan minyak goreng mustard yang mengandung asam lemak esensial tak jenuh merupakan faktor pelindung terjadinya hipertensi (Shyamal Kumar Das, 2005).

Prevalensi hipertensi pada populasi kota Jaipur India kelompok umur 20 tahun atau lebih menunjukkan 30 persen pada laki-laki, dan 33 persen pada perempuan. Hipertensi diastolik lebih banyak dibandingkan hipertensi sistolik. Rata-rata tekanan darah sistolik 125 ± 19 mmHg, diastolik 81 ± 24 mmHg pada laki-laki dan pada perempuan, rata-rata sistolik 126 ± 20 mmHg dan diastolik 81 ± 12 mmHg. Sedangkan penentu signifikan hipertensi adalah kelompok umur, merokok dan indeks massa tubuh (R Gupta, 1995). Sedangkan di Kota Addis Ababa Ethiopia (2006) dilaporkan prevalensi hipertensi 29,9 persen, laki-laki (31,5%) sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan (28,9%) (Fikru Tesfaye, 2009).

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan data kabupaten dan kota yang terpilih, dilakukan seleksi atas variabel yang secara teori mempunyai hubungan dengan terjadinya hipertensi, sehingga tersusun kerangka konsep penelitian seperti dibawah ini. Dalam kerangka konsep karakteristik responden dengan berbagai faktor perilaku berkembang menjadi faktor risiko dan akan berkembang menjadi hipertensi sebagai outcome. Dalam perjalanan terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh kebijakan/ program intervensi dan kondisi lingkungan.



*) Hipertensi tidak termasuk penderita diabetes

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Dalam analisis, karakteristik individu yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK); faktor perilaku meliputi kebiasaan merokok, aktivitas fisik, konsumsi buah-sayur, makan makanan berisiko seperti makanan asin, makanan berlemak, dan makanan gorengan; dan faktor risiko meliputi BB lebih-obesitas ($\geq 25\text{kg/m}^2$), lingkar perut berisiko, dan stres. Sedangkan faktor lingkungan meliputi kemudahan akses ke fasilitas kesehatan, kemudahan akses ke fasilitas umum, kepadatan hunian, tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita pencemaran lingkungan, dan daerah tempat tinggal. Sedangkan kebijakan/ program intervensi hipertensi di jaring melalui kualitatif. Tidak diikuti dalam analisis kuantitatif.

3. 2. Jenis Penelitian

Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian observasional, studi potong lintang dengan menggunakan data sekunder Riskesdas 2007 dan penelitian kualitatif merupakan data primer yang dikumpulkan dengan cara FGD dan wawancara mendalam dari informan peroleh dari kota Bogor dan kabupaten Bogor provinsi Jawa Barat dan kabupaten Lebak provinsi Banten.

3.3. Sampel Penelitian

A. Sampel data kuantitatif

Studi kuantitatif merupakan data sekunder dari Riskesdas 2007, yang dikumpulkan oleh Balitbangkes. Data diambil di satu wilayah kota dan dua wilayah kabupaten di Indonesia. Sampel kota dan kabupaten ditetapkan berdasarkan pertimbangan prevalensi hipertensi analisis Riskesdas 2007. Kota dan kabupaten yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah Kota Bogor Provinsi Jawa Barat dengan prevalensi hipertensi 35,13 persen. Sedangkan 2 kabupaten adalah Kabupaten Lebak Provinsi Banten dengan prevalensi hipertensi sebesar 24,27 persen, dan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat dengan prevalensi hipertensi adalah 30,71%. Sedangkan sebagai rujukan prevalensi hipertensi nasional adalah 27,1 persen.

B. Sampel data kualitatif

Penelitian kualitatif merupakan data primer yang dikumpulkan dengan menggunakan pedoman wawancara yang dilengkapi daftar pertanyaan yang berhubungan dengan kondisi kabupaten/ kota dalam melakukan penanggulangan terjadinya hipertensi. Penelitian kualitatif juga dilakukan pada 1 kota dan 2 kabupaten yang terpilih dalam analisis kuantitatif. Dalam studi kualitatif sebagai informan wawancara mendalam adalah pelaksana program Penyakit Tidak Menular (PTM), dokter pelaksana di Balai Pengobatan, dan pelaksana program PTM di Puskesmas. Sedangkan informan FGD adalah tokoh masyarakat (TOMA), kader kesehatan, dan penderita hipertensi laki-laki dan perempuan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan.

3. 4. Waktu Penelitian

Waktu penelitian selama 10 bulan yaitu dari bulan Maret 2011 sampai dengan bulan Nopember 2011.

3. 5. Besar sampel

Untuk penelitian kuantitatif diambil total sampel data Riskesdas 2007 untuk wilayah terpilih. Sasaran adalah penduduk 15-60 tahun dari Kota Bogor Provinsi Jawa Barat. Sedangkan 2 kabupaten adalah Kabupaten Lebak Provinsi Banten dan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat.

Cara pengambilan sampel dengan menggunakan Kerangka sampel (*sampling frame*) Susenas tahun 2007 dengan jumlah sampel 280.000 RT mencakup seluruh provinsi di Indonesia.

Penelitian kualitatif juga ditujukan pada Kabupaten/Kota terpilih dengan mengelompokan informan menjadi empat kelompok yaitu kelompok provider/tenaga kesehatan, kelompok tokoh masyarakat, kader kesehatan dan kelompok penderita hipertensi. Penentuan Puskesmas yang dilakukan studi kualitatif dilakukan oleh Dinas Kesehatan kota/ kabupaten terpilih.

Di setiap desa wilayah binaan Puskesmas terpilih dilakukan pengumpulan data kualitatif dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan diskusi kelompok terarah (FGD/*focus group discussion*). Jumlah informan untuk wawancara mendalam untuk masing-masing desa berjumlah 3 orang, yang ditujukan pada pejabat Dinkes kabupaten/kota, Kepala Puskesmas, dan pelaksana program PTM di puskesmas terpilih. Diskusi kelompok terarah (FGD) pada tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan penyandang hipertensi sebanyak 6 orang. Penyandang hipertensi dengan karakteristik umur 15-60 tahun baik laki-laki maupun perempuan. (Tabel 3.1)

Tabel 3.1. Rincian target sasaran menurut kelompok di masing-masing Kabupaten/Kota

	Kota Bogor	Kab. Bogor	Kab. Lebak	Jumlah
Provider	3	3	3	9
Toma	7	6	6	19
Pend. Hipertensi (15-60 th)				
Laki	12	12	12	36
Perempuan	12	12	12	36
Jumlah	34	33	33	100

3.6. Analisis Data

A. Kuantitatif

Untuk menjawab tujuan analisis yaitu melihat peran di masing-masing level yaitu level individu dan level rumah tangga dalam penanggulangan hipertensi, untuk itu dilakukan dengan menggunakan analisis multivariat Multilevel. Analisis multilevel merupakan suatu teknik analisis yang membedakan antara efek individu dan efek level agregat di atasnya.

Dalam analisis ini semua variabel yang akan dianalisis dilakukan kategorisasi sesuai dengan DO (definisi operasional), maka analisis multivariat akan menggunakan *multivariat regresi logistic*. Untuk melihat variabel apa saja yang mempengaruhi kejadian hipertensi maka akan dilakukan pemodelan pada *multivariat regresi logistic* dengan menggunakan program SPSS.

Dalam analisis, sebagai variabel terikat adalah tekanan darah responden berumur 15-60 tahun. Variabel tidak terikat meliputi data individu, dan data rumah tangga. Data individu meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan kepemilikan JPK), faktor perilaku berisiko (merokok, aktivitas fisik, pola makan berisiko, makan makanan berserat), faktor risiko (indeks massa tubuh, lingkaran perut berisiko, kesehatan mental). Data rumah tangga meliputi kemudahan akses ke pelayanan kesehatan, kemudahan dalam komunikasi, kepadatan hunian, pencemaran lingkungan, dan pengeluaran rumah tangga.

B. Kualitatif

Data yang dikumpulkan pada FGD dan wawancara mendalam dibuat transkrip untuk dilakukan analisis content.

3.7. Variabel yang Dianalisis dan Sumber Data

A. Variabel kuantitatif

Tabel 3.2. Jenis variabel dan sumber data analisis kuantitatif

Kode variabel	Skala	Variabel	Kategori	Sumber data
B1r1 sd. b1r8	Interval	Pengenalan tempat	33 Provinsi	RKD07
B4k4	ordinal	Jenis kelamin	1.Laki-laki; 2.Perempuan	RKD 07
B4k5	ordinal	Umur 15+ tahun	1.15-40 th; 2. 41-60 th	RKD07
B4k6	ordinal	Status kawin	1.Belum kawin, 2.Kawin	RKD07
B4k7	ordinal	Pendidikan	1.Rendah, 2.Tinggi	RKD07
B4k8	ordinal	Pekerjaan	1 .Tidak bekerja, 2. Bekerja tidak tetap, 3.Bekerja tetap.	RKD07
	ordinal	Pengeluaran RT	Kuintil 1-5	SSN 07
	ordinal	Kepemilikan JPK	1.Ada, 2. Tidak	SSN 07
	Interval	Luas rumah	m ²	SSN 07
	Interval	Jumlah ART	orang	SSN07
B6r1 a-1b	ordinal	Akses ke faskes 1a. Jarak, 1b.Waktu	1a. <5Km, b.≥5 Km 2a. < 30 menit, b.≥30 menit	RKD07
B6r2a-2b	Interval	Akses ke posyandu 2a. Jarak, 2b.Waktu	1 a. <5Km, b.≥5 Km 2a. < 30 menit, b.≥30 menit	RKD07

B7r17a-h	ordinal	Sumber pencemaran	1. Ada, 2. Tidak	RKD07
B35- B36	ordinal	DM	1. Ya, 2. Tidak	RKD 07
B43- B44	ordinal	Hipertensi	Sistol \geq 140 mmHg atau diastol \geq 90 mmHg, diagnosis nakes hipertensi, atau makan obat antihipertensi, tidak DM	RKD07
D11-D17	Interval	Lama merokok	1. < 30 tahun, 2. \geq 30 tahun	RKD07
D22-D30	ordinal	Aktivitas fisik	1. Cukup; 2. Kurang	RKD07
D31-D34	ordinal	Makan buah-sayur	1. Cukup; 2. Kurang	RKD07
D35a-h	ordinal	Makanan berisiko	1. Sering; 2. Jarang; 3. Tidak pernah	RKD07
E01-E23	ordinal	Disabilitas	1. Ya, 2. Tidak	RKD07
F01 -F20	ordinal	Kesehatan mental	1. Ya, 2. Tidak	RKD 07
U1	Interval	Berat badan	Kg	RKD07
U2a	Interval	Tinggi badan	Meter	RKD 07
U3a-i	Interval	Sistol, diastol, nadi	mmHg, detik/menit	RKD07
U5	Interval	Lingkar perut	1. Berisiko, 2. Tidak berisiko	RKD07

B. Instrumen Kualitatif:

FAKTOR RISIKO HIPERTENSI DAN PENGEMBANGAN MODEL INTERVENSI

Pedoman pertanyaan wawancara mendalam untuk pemegang program Dinkes kab/kota, dokter atau perawat di Puskesmas

A. Program promotif dan preventif

Tujuan: Untuk menggali informasi mengenai program pelayanan promotif dan preventif untuk hipertensi, termasuk kendala, kebutuhan dan harapan dalam pelaksanaannya serta rencana ke depan.

Responden: Dokter dan Perawat di Puskesmas

Topik pertanyaan:

1. Bagaimana menurut anda kebijakan tentang program promotif dan preventif hipertensi di tingkat Puskesmas? Jelaskan. Bila belum ada jelaskan alasannya.

2. Bagaimana kegiatan perencanaan program promotif dan preventif untuk hipertensi? Bila ada siapa yang terlibat? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depan. Bila belum ada, jelaskan alasannya.
3. Bagaimana menurut anda pelaksanaan program promotif dan preventif untuk hipertensi di Puskesmas tempat anda bekerja? Apa saja program dan strateginya? Apakah sudah berjalan dengan baik? Sejak kapan berjalan? Siapa penanggung jawabnya? Jelaskan bila ada dan jelaskan alasannya bila belum ada. Jelaskan kendala dan harapan ke depan untuk pelaksanaan program promotif dan preventif.
4. Bagaimana monitoring dan evaluasi program sudah berjalan? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depannya, termasuk saran.
5. Bagaimana dengan kebutuhan sarana, tenaga dan dana untuk program promotif dan preventif hipertensi? Termasuk kualitas dan kuantitas dan aspek kendala dan harapan serta rencana ke depan?
6. Bagaimana peran koordinasi lintas sektor dan lintas program telah dijalankan? Jelaskan.
7. Bagaimana peran Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi? Jelaskan.
8. Bagaimana menurut anda peran dan potensi masyarakat untuk promotif dan preventif hipertensi? Jelaskan

B. Provider Kesehatan (Kuratif dan Rehabilitatif)

Tujuan: Untuk menggali informasi mengenai program pelayanan kuratif dan rehabilitatif untuk penderita hipertensi, termasuk kendala, kebutuhan dan harapan dalam pelaksanaannya serta rencana ke depan.

Topik pertanyaan:

1. Bagaimana menurut anda kebijakan tentang program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi di tingkat Puskesmas? Jelaskan. Bila belum ada jelaskan alasannya.
2. Bagaimana kegiatan perencanaan program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi? Bila ada siapa yang terlibat? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depan. Bila belum ada, jelaskan alasannya.

3. Bagaimana menurut anda pelaksanaan program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi di Puskesmas tempat anda bekerja? Apa saja program dan strateginya? Apakah sudah berjalan dengan baik? Sejak kapan berjalan? Siapa penanggung jawabnya? Jelaskan bila ada dan jelaskan alasannya bila belum ada. Jelaskan kendala dan harapan ke depan untuk kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi
4. Bagaimana monitoring dan evaluasi program sudah berjalan? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depannya, termasuk saran.
5. Bagaimana dengan kebutuhan sarana, tenaga dan dana untuk kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi? Termasuk kualitas dan kuantitas dan aspek kendala dan harapan serta rencana ke depan?
6. Bagaimana peran koordinasi lintas sektor dan lintas program telah dijalankan? Jelaskan.
7. Bagaimana peran Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi? Jelaskan.

**Pedoman pertanyaan FGD
untuk kader kesehatan/ Tokoh masyarakat**

Tujuan: Untuk menggali informasi mengenai peran kader/ tokoh masyarakat dalam upaya pencegahan dan monitoring tekanan darah di masyarakat

Topik Pertanyaan:

1. Apakah pernah mendapatkan pelatihan atau penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk penyakit hipertensi? Bila ya, kapan dan dimana?
2. Bagaimana menurut anda penyakit hipertensi ? jelaskan gejala, penyebab dan bagaimana mengatasinya sesuai dengan pengetahuan anda.
3. Bagaimana sebaiknya mencegah hipertensi di masyarakat?
4. Apakah ada kegiatan posbindu PTM di wilayah tempat tinggal anda? Bila ya, bagaimana pelaksanaannya (kendala, harapan dan rencana ke depan). Bila belum ada, apakah sudah pernah mendengar?

Pedoman pertanyaan FGD untuk penderita hipertensi

Tujuan: Untuk menggali informasi dari penderita hipertensi mengenai pemahaman penyebab dan pengobatan hipertensi, kebutuhan pencegahan, pelayanan pengobatan hipertensi.

Topik pertanyaan:

1. Sejak kapan menderita hipertensi? Apakah ada riwayat keluarga penderita hipertensi? Bagaimana pertama kali didiagnosa hipertensi?
2. Apa upaya anda dalam pencegahan dan pengobatan hipertensi? Jelaskan
3. Bagaimana menurut anda program pencegahan dan perawatan penderita hipertensi di Puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lainnya? Apakah sudah baik atau kurang dari aspek tenaga, service, dan biaya? Jelaskan.
4. Apakah saat ini masih terus berobat? Jelaskan.
5. Jelaskan bagaimana menurut anda pelayanan hipertensi yang baik?
6. Jelaskan apa harapan anda terhadap pemerintah dalam menangani masalah hipertensi?

3.8. Batasan Operasional

- Kelompok umur : Diklasifikasikan dalam 2 kelompok yaitu 15-34 tahun dan 35-60 tahun.
- Pendidikan : Pendidikan dibagi 2 yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Pendidikan rendah adalah penduduk yang tidak lulus SLTP, sedangkan pendidikan tinggi apabila penduduk memiliki ijazah SLTP atau lebih
- Pekerjaan : Dikelompokkan menjadi 2 bagian yaitu tidak bekerja (tidak bekerja, sekolah, ibu rumah tangga), dan bekerja (TNI/POLRI, PNS, buruh, dst.)
- Status kawin : Dikelompokkan menjadi 2 bagian yaitu belum kawin dan kawin. Kelompok kawin termasuk masih status kawin dan cerai baik cerai hidup maupun cerai mati.
- Asuransi : Ada asuransi berarti memiliki salah satu jenis asuransi apa saja. Sedangkan tidak ada asuransi, apabila responden sama sekali tidak memiliki asuransi.
- Aktifitas fisik : cukup aktivitas fisik (WHO, 2004) berarti kegiatan dilakukan terus-

menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' 8 kali, aktivitas 'sedang' 4 kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai.

- Lama merokok : Lama merokok diperhitungkan apabila responden merokok <30 tahun, dan 30 tahun atau lebih. Tanpa mempertimbangkan dosis batang rokok yang dihisap.
- Konsumsi BS : Cukup makan buah dan sayur, apabila setiap hari makan buah dan atau sayur 2 porsi, 5 hari dalam 1 minggu (Depkes,2004).
- Makan/minum manis, asin, berlemak, jeroan : Dikelompokan kurang dari 1 kali per hari, dan satu kali atau lebih per hari.
- Minuman bercafein : Dikelompokan kurang dari 1 kali per hari, dan satu kali atau lebih per hari.
- Bumbu penyedap : Dikelompokan kurang dari 1 kali per hari, dan satu kali atau lebih per hari.
- Makanan berisiko : Makanan berisiko apabila mengkonsumsi salah satu makanan seperti manis, asin, berlemak, jeroan, minuman bercafein, bumbu penyedap satu kali atau lebih per hari.
- Gangguan Mental : Penduduk yang menjawab 20 pertanyaan kesehatan mental dengan nilai batas jawaban minimal 6 atau lebih dengan pilihan jawaban "ya", maka diindikasikan mengalami gangguan mental emosional.
- Lingkar perut : Lingkar perut >90 cm pada laki-laki dan >80cm pada perempuan (Departemen Kesehatan R.I., .2002)
- IMT : $IMT \leq 18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ berarti kurus-normal; $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$ dikelompokan BB lebih-obese (Bonita R et al., 2001)
- Pengeluaran percapita : Diklasifikasikan menjadi 2 kelompok yaitu miskin untuk kuintil 1,2,3 dan kaya untuk kuintil 4 dan 5.
- Kepadatan hunian : Padat apabila tempat tinggal < 9m²/org.

BAB IV

HASIL dan PEMBAHASAN

4.1.HASIL

Di Indonesia, penderita hipertensi jumlahnya terus meningkat. Hasil Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001 menunjukkan proporsi hipertensi penduduk 25 tahun keatas, pada laki-laki 27 persen dan perempuan 29 persen (SKRT 2001,2002). Demikian juga laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menyebutkan bahwa prevalensi nasional hipertensi pada penduduk kelompok umur 18 tahun keatas adalah sebesar 31,7 persen (Riskesdas 2007, 2008). Prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan Selatan (39,6%), dan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Provinsi Papua Barat (20,1%) (Riskesdas 2007, 2008). Sementara hasil studi penyebab kematian Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992, 1995, dan 2001 menunjukkan, penyakit hipertensi selalu menduduki peringkat pertama dengan prevalensi terus meningkat yaitu 16,0 persen, 18,9 persen, dan 26,4 persen sebagai penyebab kematian (S.Soemantri, 2002).

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran tekanan darah dengan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sphygmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensi minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi.

Provinsi Jawa Barat

Provinsi Jawa Barat terdiri dari 16 Kabupaten dan 9 Kota (Tabel 4.1).

Tabel 4.1
Prevalensi Penyakit Hipertensi penduduk umur > 18 tahun
menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Hipertensi (%)		
	D	D/O	U
Kab.Bogor	7,4	8,2	23,3
Kab.Sukabumi	8,7	9,0	26,2
Kab.Cianjur	10,9	11,2	29,2
Kab.Bandung	10,1	11,1	29,4
Kab.Garut	11,2	11,8	38,2
Kab.Tasikmalaya	9,9	10,1	43,1
Kab.Ciamis	9,8	10,6	35,5
Kab.Kuningan	9,0	9,1	42,4
Kab.Cirebon	8,3	8,5	31,4
Kab.Majalengka	10,6	11,0	29,3
Kab.Sumedang	12,0	12,4	29,6
Kab.Indramayu	7,4	7,7	31,3
Kab.Subang	12,0	12,1	27,3
Kab.Purwakarta	10,4	10,5	37,8
Kab.Karawang	12,1	12,2	22,5
Kab.Bekasi	8,0	8,2	24,1
Kota Bogor	11,2	11,7	28,4
Kota Sukabumi	10,1	10,7	26,0
Kota Bandung	8,9	9,1	24,6
Kota Cirebon	9,8	9,9	27,4
Kota Bekasi	6,7	6,9	29,1
Kota Depok	9,7	9,9	22,6
Kota Cimahi	11,0	11,6	26,5
Kota Tasikmalaya	9,2	9,5	41,0
Kota Banjar	10,2	10,3	40,8
Jawa Barat	9,5	9,9	29,3

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes; O = Minum obat; U = Hasil Pengukuran

Prevalensi hipertensi pada penduduk 18 tahun ke atas di Jawa Barat, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 29,3%. Penduduk yang pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 9,5%, sementara penduduk pernah diagnosis dan atau dengan riwayat minum obat hipertensi adalah 9,9%, berarti ada sebanyak 0,4% penduduk minum obat antihipertensi tanpa didahului dengan pemeriksaan ke tenaga kesehatan. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 22,5% - 43,1%, prevalensi tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya dan terendah di Kabupaten Karawang.

Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 6,9- 12,4%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Jawa Barat, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Kuningan. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kabupaten Kuningan maupun di wilayah lainnya di Jawa Barat belum ditanggulangi dengan baik.

Provinsi Banten

Provinsi Banten terdiri dari 4 Kabupaten dan 2 Kota. Tabel 4.2 menunjukkan prevalensi hipertensi di Provinsi Banten berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk 18 tahun ke atas adalah 27,6% lebih rendah dari angka nasional (31,7%), dan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 8,7% lebih tinggi dari angka nasional (7,2%), sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 9,4% lebih tinggi dari angka nasional (7,6%). Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 23,2% - 36,1%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Tangerang, sedangkan terendah di Kota Tangerang. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 7,4% - 11,6%.

Tabel 4.2
Prevalensi Penyakit Hipertensi penduduk > 18 tahun
di Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Hipertensi (%)		
	D	D/O	U
Kab. Pandeglang	7,0	7,9	36,1
Kab. Lebak	9,6	9,3	26,1
Kab. Tangerang	10,0	11,6	27,5
Kab. Serang	10,1	7,7	28,7
Kota Tangerang	7,4	7,6	23,2
Kota Cilegon	7,4	7,4	25,5
Banten	8,7	9,4	27,6

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes; O= Minum obat; U = Hasil Pengukuran

Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Pandeglang. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di semua kabupaten/kota di wilayah Provinsi Banten belum ditanggulangi dengan baik.

Merujuk pada prevalensi hipertensi temuan Riskesdas 2007 (nasional: 31,7%), maka dipilih dua kabupaten dengan prevalensi hipertensi tinggi dan rendah yaitu Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat dan Kabupaten Lebak Provinsi Banten, serta satu kota dengan prevalensi hipertensi tinggi yaitu Kota Bogor Provinsi Jawa Barat. Dalam penelitian ini diambil penduduk kelompok umur 15-60 tahun, mengingat merupakan kelompok umur produktif. Jumlah sampel pada Kabupaten Bogor adalah 196.125 responden; Kabupaten Lebak 265.479 responden dan Kota Bogor sebanyak 50.037 responden. Klasifikasi hipertensi yang digunakan adalah adanya hipertensi (sistolik \geq 140 mmHg atau diastolik \geq 90 mmHg) (Tabel 4.3).

Tabel 4.3.
Prevalensi hipertensi tinggi dan rendah menurut Kabupaten/Kota
Kelompok umur 15-50 tahun, Riskesdas 2007 (31,7%)

	Hipertensi (%)	n
Kabupaten Bogor	30,7	196.125
Kabupaten Lebak	24,3	265.479
Kota Bogor	35,1	50.037

Sedangkan dalam analisis kualitatif, penelitian dilakukan di Puskesmas yang dipilih oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota secara sistematis random sampling/ acak sederhana di kabupaten/kota terpilih.

Di Kabupaten Bogor terpilih Puskesmas Kecamatan Cigombong, Kabupaten Lebak terpilih Puskesmas Kecamatan Cipanas, sedangkan Kota Bogor terpilih Puskesmas Kecamatan Warung Jambu.

Dalam analisis data kuantitatif, definisi hipertensi selain berdasarkan tekanan sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg juga responden tanpa menderita diabetes yang pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan.

Berikut akan dibahas masing-masing kabupaten/kota dengan Puskesmas Kecamatan yang ditunjuk sebagai sampel.

Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat

Analisa Kuantitatif

Analisis bivariat dengan uji statistik *chi square* menunjukkan bahwa berdasarkan karakteristik latar belakang, variabel yang bermakna terhadap kejadian hipertensi dengan $p < 0,05$ adalah kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status kawin (Tabel 4.4)

Tabel 4.4.
Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik latar belakang	Hipertensi (%)		p
	Tidak	Ya	
Klmpk. umur	15-34 th	83.8	.000
	35-60 th	59.9	
J.kelamin	Laki-laki	75.7	.000
	Perempuan	70.2	
Pendidikan	<SLTP	68.1	.000
	\geq SLTP	79.0	
Kerja	Tidak kerja	72.7	.782
	Kerja	73.1	
St.kawin	Blm kawin	88.9	.000
	kawin-cerai	67.3	
Asuransi	Tidak ada	73.3	.822
	ada	72.8	

Beberapa variabel perilaku dan faktor risiko pada level individu yang bermakna terhadap terjadinya hipertensi adalah lama merokok, konsumsi buah dan sayur, makan dan minum manis, makan makanan asin, makan makanan berlemak, lingkar perut dan indeks massa tubuh (Tabel 4.5).

Tabel 4.5.
Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut perilaku dan faktor risiko, Riskesdas 2007

Perilaku dan faktor risiko		Hipertensi		P
		Tidak	Ya	
aktivitas fisik	cukup	73.9	26.1	.128
	kurang	71.8	28.2	
Lama merokok	<30 th	73.7	26.3	.000
	>=30th	57.9	42.1	
Konsumsi BS	< 3 porsi/hari	73.5	26.5	.030
	>=3 porsi/hari	68.8	31.2	
makan/minum manis	<1x/hr	74.4	25.6	.051
	>=1x/hr	71.7	28.3	
makanan asin	<1x/hr	75.5	24.5	.004
	>=1x/hr	71.4	28.6	
makanan berlemak	<1x/hr	73.7	26.3	.015
	>=1 x/hr	68.9	31.1	
Jeroan	<1x/hr	72.9	27.1	.562
	>=1x/hr	76.7	23.3	
Minuman bercafein	<1x/hr	74.0	26.0	.076
	>=1x/hr	71.5	28.5	
bumbu penyedap	<1x/hr	67.4	32.6	.104
	>=1x/hr	73.2	26.8	
Makanan berisiko	Tdk berisiko	71.9	28.1	.512
	Berisiko	73.1	26.9	
Gangguan mental	Tidak	73.4	26.6	.063
	Ya	69.6	30.4	
Ling. perut	Tdk risiko	76.8	23.2	.000
	Risiko	56.9	43.1	
IMT	Kurus-normal	77.6	22.4	.000
	BB lebih-obese	52.5	47.5	

Di Kabupaten Bogor, variabel pada level rumah tangga tidak ada yang menunjukkan bermakna terhadap terjadinya hipertensi (Tabel 4.6).

Tabel 4.6.
Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor pada level Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga		Hipertensi		P
		Tidak	Ya	
Pengeluaran percapita	Miskin	72.2	27.8	.194
	kaya	74.0	26.0	
kepadatan hunian	>= 9m ² /org	73.8	26.2	.741
	<9m ² /org	72.9	27.1	

Demikian juga yang terjadi pada ketersediaan fasilitas, tidak tampak variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan terjadinya hipertensi (Tabel 4.7)

Tabel 4.7.
Prevalensi hipertensi di Kabupaten Bogor menurut
ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007

Ketersediaan Fasilitas		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Fasilitas komunikasi	Ada	73.3	26.7	.090
	Tidak ada	69.5	30.5	
wkt_tempuh ke faskes	<=30menit	72.9	27.1	.850
	>30menit	72.4	27.6	
Jarak ke Faskes	<5km	73.0	27.0	.794
	>=5 km	72.3	27.7	
lingk_cemar	Tidak cemar	73.8	26.2	.405
	Cemar	72.5	27.5	
Klasifikasi desa	Kota	72.7	27.3	.696
	Desa	73.3	26.7	
Total		72.9	27.1	

Analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik. Dalam proses analisis multivariat, semua variabel yang tidak bermakna dalam analisis bivariat diikutkan dalam uji model, dengan pertimbangan bahwa secara teori variabel tersebut dapat turut berperan dalam terjadinya hipertensi. Uji multivariate logistik regresi untuk Kabupaten Bogor memiliki persentasi klasifikasi benar sebesar 72,5 persen. Kelompok umur mempunyai hubungan yang paling kuat terhadap terjadinya hipertensi, responden dengan kelompok umur 35-60 tahun mempunyai risiko 2,9 kali lebih besar menderita hipertensi dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Selanjutnya diikuti dengan kelebihan berat badan atau obese mempunyai risiko 2,5 kali dibandingkan yang tidak kelebihan berat badan. Demikian juga responden dengan lingkaran perut berisiko mempunyai risiko menderita hipertensi 1,6 kali lebih besar dibandingkan dengan responden dengan lingkaran perut tidak berisiko. Laki-laki dan pendidikan rendah yaitu belum lulus SLTP lebih berisiko dibandingkan perempuan dan pendidikan lulus SLTP atau lebih (Tabel 4.8).

Tabel 4.8.
Uji multivariate logistic regresi variable terjadinya hipertensi
Kabupaten Bogor,Riskedas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95% CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Klpk.umur	.831	.000	2.296	1.929	2.733	0.000	75,3
St. kawin	.517	.000	1.676	1.317	2.133		
Pendidikan	-.395	.000	.673	.573	.791		
Aktivitas fisik	.169	.026	1.184	1.021	1.375		
Lama merokok	.323	.039	1.381	1.017	1.876		
Makanan berlemak	.250	.018	1.284	1.045	1.579		
Lingkar perut	.354	.001	1.424	1.167	1.739		
IMT	.686	.000	1.986	1.625	2.428		
Klasifikasi daerah	-.157	.050	.855	.731	1.000		
Constant	-1.988	.000	.137				

Setelah dilakukan uji interaksi didapatkan adanya interaksi antara kelompok umur dengan lingkaran perut berisiko dengan besaran masing-masing variabel dalam table 4.9.

Tabel 4.9.
Uji interaksi variable terjadinya hipertensi
Di Kabupaten Bogor,Riskedas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95% CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Klpk.umur	.692	.000	1.997	1.657	2.408	0.000	75,6
St. kawin	.567	.000	1.763	1.387	2.242		
Pendidikan	-.404	.000	.668	.568	.784		
Aktivitas fisik	.169	.026	1.184	1.020	1.374		
Lama merokok	.361	.021	1.435	1.055	1.953		
Makanan berlemak	.228	.031	1.256	1.021	1.546		
IMT	.677	.000	1.967	1.619	2.390		
Klasifikasi daerah	-.146	.069	.864	.738	1.011		
Umur*lingk perut	.535	.000	1.708	1.342	2.174		
Constant	-1.948	.000	.142				

Uji confounder atas variabel klasifikasi daerah, menunjukkan bahwa variabel klasifikasi daerah bukan confounder, sehingga boleh dikeluarkan dari model.

Model penanggulangan hipertensi di Kabupaten Bogor dengan klasifikasi benar sebesar

75,3% dianggap sudah dapat mewakili asumsi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Model akhir ini menunjukkan bahwa, kelompok umur 35-60 tahun berisiko 1,99 kali dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Berat badan lebih berisiko 1,98 kali dibandingkan berat badan normal atau kurus. Responden dengan status kawin dan cerai berisiko 1,8 kali dibandingkan yang belum kawin. Lama merokok ≥ 30 tahun berisiko 1,5 kali dibandingkan yang merokok < 30 tahun, Sering makan makanan berlemak berisiko 1,2 kali dibandingkan dengan kurang makan makanan berlemak, respondengan kelompok umur 35-60 tahun dengan lingk perut berisiko berpeluang 1,7 kali terkena hipertensi dibandingkan umur muda tanpa lingk perut berisiko. Demikian juga pada pendidikan tidak lulus SLTP lebih berisikodibandingkan yang lulus SLTP atau lebih (Tabel 4.10).

Tabel4.10.
Model akhir penanggulangan terjadinya hipertensi
Di Kabupaten Bogor,Riskesdas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95%CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Klpk.umur	.692	.000	1.998	1.658	2.409	0.000	75,3
St. kawin	.564	.000	1.758	1.382	2.235		
Pendidikan	-.365	.000	.694	.594	.811		
Aktivitas fisik	.170	.025	1.185	1.021	1.376		
Lama merokok	.372	.018	1.451	1.066	1.973		
Makanan berlemak	.222	.036	1.248	1.015	1.536		
IMT	.681	.000	1.976	1.627	2.400		
Umur*lingk perut	.549	.000	1.732	1.361	2.204		
Constant	-2.022	.000	.132				

Model statistik:

$$Y = -2.022 + 0,692 * \text{Umur} 35-60 \text{ tahun} + 0,564 * \text{st. kawin atau cerai} - 0,365 * \text{pendidikan} \geq \text{SLTP} + 0,170 * \text{kurang aktivitas fisik} + 0,372 * \text{merokok} \geq 30 \text{ tahun} + 0,222 * \text{makan makanan lemak} + 0,681 * \text{BB lebih} + 0,549 * \text{umur-lingkar perut}.$$

Analisa Kualitatif

Wawancara Mendalam (Indepth Interview)

Puskesmas Cigombong membina 5 Desa, memiliki 10 posyandu (beberapa desa memiliki lebih dari satu posyandu), tetapi baru mempunyai satu posyandu Lansia.

Di Cigombong juga ada. Masing-masing desa ada 10 posyandu, Cuma 1 yang ada lansia.

Hasil wawancara mendalam dengan pelaksana program Balai Pengobatan Puskesmas Cigombong yang sudah bertugas selama 5 tahun sebagai berikut:

1. Bagaimana menurut anda kebijakan tentang program promotif dan preventif hipertensi di tingkat Puskesmas?

Program promotif dan preventif di Cigombong masih terbatas pada Lansia, yang dilaksanakan bersamaan pada saat pengajian.

2. Bagaimana kegiatan perencanaan program promotif dan preventif untuk hipertensi? Bila ada siapa yang terlibat? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depan.

Belum ada perencanaan program promotif dan preventif untuk hipertensi.

3. Bagaimana menurut anda pelaksanaan program promotif dan preventif untuk hipertensi di Puskesmas tempat anda bekerja? Apa saja program dan strateginya? Apakah sudah berjalan dengan baik? Sejak kapan berjalan? Siapa penanggung jawabnya? Jelaskan bila ada dan jelaskan alasannya bila belum ada. Jelaskan kendala dan harapan ke depan untuk pelaksanaan program promotif dan preventif.

Penyuluhan belum dilakukan secara rutin, baik dalam maupun luar gedung. Penyuluhan hanya terbatas pada responden yang menderita hipertensi pada saat melakukan pemeriksaan.

Ke depan mudah-mudahan bisa terjangkau untuk dapat dilaksanakan.

Kebijakan untuk hipertensi belum ada. Di Ruang perawatan ada SOP penanganan hipertensi, tetapi ini dibuat sendiri, belum ada yang baku baik dari Dinkes maupun dari pusat.

Perencanaan untuk penanganan hipertensi dan PTM juga belum ada.

Pelaksanaan program promotif dan preventif juga belum ada.

Kasus hipertensi disini banyak. Belum ada rencana jemput bola. Sementara penanganan hanya pasif saja.

4. Bagaimana monitoring dan evaluasi program sudah berjalan? Jelaskan kendala dan harapan untuk kedepannya, termasuk saran.

Yang ada sekarang penyuluhan mengenai PTM (kardiovaskuler dan kencing manis).

Hipertensi belum ada (tidak khusus).

Kunjungan hipertensi banyak, termasuk 10 penyakit besar (kunjungan Puskesmas kira-kira 300 orang perhari)

5. Bagaimana dengan kebutuhan sarana, tenaga dan dana untuk program promotif dan preventif hipertensi? Termasuk kualitas dan kuantitas dan aspek kendala dan harapan serta rencana ke depan?

Tempat tersedia, alat-alat kurang lengkap.

Untuk pemeriksaan gula darah, tidak tersedia stick. Jadi kebijakan Puskesmas untuk menyediakan, dan pemeriksaan ditarik biaya.

Di Puskesmas juga tersedia alat EKG (milik Dinas, baru ada < 1 tahun), tetapi tidak ada biaya pelatihan pengguna EKG tersebut. Jadi untuk pelatihan pembacaan EKG dokternya mengeluarkan biaya sendiri.

Di Puskesmas pemeriksaan tensi dilakukan rutin pada pengunjung berumur 30 tahun ke atas. Tensimeter yang digunakan di IGD adalah tensimeter air raksa. dan tidak pernah di validasi. Sedangkan untuk pengobatan di Puskesmas menggunakan Tensimeter jarum. Karena sering rusak sehingga Puskesmas harus membeli dengan biaya sendiri.

6. Bagaimana peran koordinasi lintas sektor dan lintas program telah dijalankan? Jelaskan.

Setiap Rabu di Kecamatan ada pertemuan lintas Program. Pertemuan tingkat kecamatan dan desa diadakan setiap minggu, pada kesempatan ini Puskesmas dapat menyampaikan program kesehatan.

Di Puskesmas sendiri juga ada pertemuan lintas program, dimana dimanfaatkan untuk sosialisasi hasil pelatihan, program gizi, jumlah gizi buruk, dan sebagainya.

Untuk hipertensi tidak ada yang secara khusus.

7. Bagaimana peran Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi? Jelaskan.

Peran Rumah Sakit, Dinkes Kabupaten dan Dinkes Provinsi tidak ada program untuk hipertensi. Sedangkan yang ada adalah program PAL (PPOK, Asma, TB, Pneumonia) dengan kerjasama dengan RS paru "Gunawan" → milik KemKes.

8. Bagaimana menurut anda peran dan potensi masyarakat untuk promotif dan preventif hipertensi? Jelaskan

Peran masyarakat cukup aktif, kader Lansia dan Posbindu di wilayah binaan Puskesmas ada, tetapi belum merata, tergantung aktivitas dari kader kesehatannya.

Kuratif dan Rehabilitatif

Tujuan:

Untuk menggali informasi mengenai program pelayanan kuratif dan rehabilitatif untuk penderita hipertensi, termasuk kendala, kebutuhan dan harapan dalam pelaksanaannya serta rencana ke depan.

1. Bagaimana menurut anda kebijakan tentang program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi di tingkat Puskesmas? Jelaskan.

Kuratif tergantung ketersediaan obat yang ada di Puskesmas.

●bat-obat yang diberikan pada Lansia terbatas hanya diberikan Captopril dan diuretik

seperti HCT. Belum ada jenis obat antihipertensi lainnya seperti: amlodipin. Harus bekerja lebih keras untuk merubah perilaku responden seperti tidak merokok, kontrol gula darah untuk diabetes, kontrol tekanan darah. Disini pengontrolan gula darah belum bisa dibiayai oleh pemerintah. Karena kebutuhan banyak, Puskesmas berinisiatif untuk melakukan pemeriksaan dengan biaya swadaya sehingga setiap pemeriksaan dikenakan biaya, termasuk pemeriksaan GTT. Laboratorium yang tersedia di Puskesmas adalah pemeriksaan urin reduksi (untuk pemeriksaan gula darah dalam urin).

Rehabilitatif tidak secara khusus. Home visit jarang sekali, tidak termasuk dalam program. Dilakukan kalau ada permintaan pasien dan keluarga.

2. Bagaimana perencanaan program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi? Bila ada siapa yang terlibat? Jelaskan kendala dan harapan untuk ke depan. Bila belum ada, jelaskan alasannya.

Kuratif lintas sektor belum ada. Setiap Rabu ada penyuluhan pada pertemuan tingkat Kecamatan dan Desa. Cigombong membina 5 desa dengan 7 Posbindu. Kegiatan Posbindu dilakukan satu kali dalam satu bulan. Obat-obat yang diberikan pada Lansia terbatas hanya diberikan Captopril dan diuretik seperti HCT. Belum ada jenis obat antihipertensi lainnya seperti: amlodipin.

Harus bekerja lebih keras untuk merubah perilaku responden seperti tidak merokok, kontrol gula darah untuk diabetes, dan kontrol tekanan darah. Disini pengontrolan gula darah belum bisa dibiayai oleh pemerintah. Karena kebutuhan banyak, Puskesmas berinisiatif untuk melakukan pemeriksaan dengan biaya swadaya sehingga setiap pemeriksaan dikenakan biaya, termasuk pemeriksaan GTT. Laboratorium yang tersedia di Puskesmas adalah pemeriksaan urin reduksi (untuk pemeriksaan gula darah dalam urin).

3. Bagaimana menurut anda pelaksanaan program kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi di Puskesmas tempat anda bekerja?

Untuk PTM belum ada. Di Rumah Sakit "Gunawan" ada komunikasi 2 pihak dan pengembangan. Kerjasama dengan Dinkes juga belum ada.

4. Bagaimana harapan dalam monitoring dan evaluasi program hipertensi?

Harapan: 1. hipertensi merupakan "Silent Killer". Selama ini belum ada program khusus untuk menurunkan hipertensi atau penyakit degeneratif pada umumnya; 2. Perlu adanya kesinambungan program (perlu adanya MONEV); 3. Sarana dan Prasarana dilengkapi.

5. Bagaimana dengan kebutuhan sarana, tenaga dan dana untuk kuratif dan rehabilitatif penderita hipertensi?

Yang penting kesinambungan dari program, ketersediaan dokter, pasien dapat diundang untuk hadir apabila ada penyuluhan, obat cukup tersedia dan jenisnya bervariasi. Sekarang yang tersedia hanya Captopril, banyak yang batuk-batuk, untuk orang tua tidak cocok karena fungsi ginjalnya sudah berkurang. Karena Captopril kerjanya di ginjal, jadi efek untuk menurunkan hipertensi kurang.

Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

kader kesehatan dan Tokoh masyarakat

Tujuan:

Untuk menggali informasi mengenai peran kader/ tokoh masyarakat dalam upaya pencegahan dan monitoring tekanan darah di masyarakat

1. Tokoh Masyarakat

Tokoh masyarakat (Toma) yang hadir dalam FGD sebanyak 6 orang dengan rentangan umur 35-54 tahun. Kader kesehatan berasal dari 3 desa, 2 dari desa Ciburuy, 2 dari desa Wates Jaya dan 2 kader dari desa Cigombong.

1. Apakah pernah mendapatkan pelatihan atau penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk penyakit hipertensi? Bila ya, kapan dan dimana?

..... penyuluhan tentang hipertensi belum pernah ada, ...

..... pengetahuan sebatas dari media elektronik TV, hipertensi itu yang kami ketahui karena melebihi kapasitas tingg tekanan darah,

..... faktor-faktor yang diketahui dari pola makan, emosional tinggi sehingga mengakibatkan tekanan darah tinggi.

Kami tahu ketika kami mengantarkan orang ke puskesmas. Kami kurang informasi kami masih awan dalam pengecekan darah.

Di desa Wates ada 2 orang yang sudah meninggal dalam satu tahun, kata orang itu penyakit darah tinggi.

2. Bagaimana menurut anda penyakit hipertensi ? jelaskan gejala.

Sebagian besar toma mengatakan mereka masih awam dengan hipertensi.

Ada warganya menderita darah tinggi kalau mau melahirkan, sekarang tensinya masih naik turun, setelah diperiksa ke dokter ternyata ada pembengkakan jantung.....

Biasanya hipertensi tidak ada gejala, dan terjadi pada umur > 60 tahun

3. Penyebab darah tinggi dan bagaimana mengatasinya sesuai dengan pengetahuan anda.

Hanya satu Toma yang mengatakan karena pola makan dan satu Toma mengatakan bahwa hipertensi dari warga ada yang terjadi kalau mau melahirkan.

..... Menurut saya karena pola makan yang tidak teratur dan kurang olahraga.....

..... dulu kita tidak makan bahan-bahan kimia, sekarang sudah banyak formalin, jadi takut makan ikan asin.

..... Kebanyakan juga kita pada merokok.....

Untuk mengatasi hipertensi pada umumnya Toma menggunakan obat tradisional, tetapi mereka juga kurang yakin karena dosisnya tidak diketahui.

... di kampung ada daun sambiloto, sirih merah, daun paceka, mengkudu, akar babadotan digodok dengan ketimun dan daun salam, rumput kelinci, belimbing wuluh, daun binahong, bahkan ada yang minum air kencingnya sendiri.....

..... kadang2 pengobatannya ga meyakinkan, tidak tahu berapa gramnya, dan biasanya diambil dari kebun warga

..... mencegah dengan prinsip 5 perkara sebelum datang 5 perkara, kita sebaiknya sedia payung sebelum hujan, biasanya dengan pola makan teratur

4. Apakah ada kegiatan posbindu PTM di wilayah tempat tinggal anda? Bila ya, bagaimana pelaksanaan (kendala, harapan, dan rencana ke depan)? Bila belum ada, apakah sudah pernah dengar?

9 desa di Cigombong mempunyai 1 Puskesmas dan 3 Puskesmas Pembantu. Di setiap pos ada 2 kader kesehatan.

Posbindu ada di setiap desa, baru satu RW setiap desanya. Belum merata kesemua RW.

Anggotanya sudah hampir ratusan. Kegiatan meliputi penimbangan, konsultasi gizi, pengukuran tekanan darah. Biasanya dilakukan sehabis pengajian, kebanyakan Selasa pagi untuk perempuan dan laki-laki malam hari sebelum pengajian.

Sebelum pengajian ada informasi untuk melakukan penimbangan dan periksa darah...

2. Kader kesehatan

Kader kesehatan yang hadir dalam FGD sebanyak 9 orang dengan rentangan umur 35-55 tahun. Kader kesehatan berasal dari 4 desa, 2 dari desa Ciburuy, 2 dari desa Tugu Jaya, 3 dari desa Wates Jaya dan 2 kader dari desa Cigombong. Para kader memiliki kartu kader dan mendapat kartu Jamkesda untuk mendapatkan keringanan di pelayanan kesehatan daerah setempat

1. Apakah pernah mendapatkan pelatihan atau penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk penyakit hipertensi? Bila ya, kapan dan dimana?

penyuluhan tentang hipertensi belum pernah ada, kalau pelatihan suka ada. Kayak tensi darah juga diajarin bu bidan sebulan sekali. Kalau di posyandu suka ada ibu-ibu tensi sambil nganter cucunya.

Dari sembilan desa di Cigombong, ada posyandu lansia. Di wates jaya Cuma satu, biasanya kalau ditensi terus di kasih obat oleh bidan.

2. Bagaimana menurut anda penyakit hipertensi? jelaskan gejala.

Sebagian besar kader mengatakan penyebab darah tinggi karena pola makan dan pikiran. Ada satu kader yang mengatakan karena sedang hamil.

Menurut saya tekanan darah tinggi, kebanyakan ibu-ibu yang sedang hamil. Menurut saya karena pikiran dan pola makan.

Satu kader mengatakan penyebab hipertensi karena usia.

..... Menurut saya kemungkinan karena usia, menyangkut usia.....

Sekarang bukan dari usia 40 ke atas aja. Darah tingginya merata, bukan lansia aja.

Banyak yang hamil, kita rujuk, tetapi rata-rata udah lahir juga masih tetap tinggi. Gejalanya suka marah-marah, suka pusing kalau naik darah tingginya. Mending ke puskesmas aja.....

3. Penyebab darah tinggi dan bagaimana mengatasinya sesuai dengan pengetahuan anda.

Sebagian besar mengatakan penyebabnya karena makan makanan asin, makan daging kambing

Cara mengatasinya setahu saya mah mengurangi makan asin-asin. Di kampung-kampung suka makan ikan asin, daun singkong, jadi jarang makan buah. Saya suka ada penyuluhan makan sayur, makan buah. Ibu-ibunya nggak ngerti gitu...jadi pada jarang makan sayur makan buah

Menurut saya menghindari daging, daging kambing, sate, pete, jengkol, apa teh, istirahat yang banyak. Kurang istirahat bisa jadi.

Gejalanya ini apa teh (menunjuk tengkuk) sakit disini. Sakit sekali, diperiksa, iya darah tinggi. Kalau istirahat, gak minum kopi, dihindarilah makanan-makanan itu, rasa sakit berkurang

Makanannya pengen yang enak-enak. Rata-rata kan gitu, susah dilarang. Gejalanya, pusing-pusing, marah-marah aja. Sampe ininya penyok (menunjuk mulut) paling disuruh ke dokter aja

Sebagai kader, bagaimana sebaiknya berperan untuk mencegah hipertensi di masyarakat?

Sebagian besar kader melakukan penyuluhan tentang pengetahuan yang didapat dari bidan atau menganjurkan berobat ke Puskesmas.

Dengan adanya sosialisasi mungkin saya sendiri sebagai kader apa yang disampaikan bu bidan, kami sampaikan ke masyarakat.

Saya mah menganjurkan pola makan yang sehat, jangan terlalu banyak pikiran, tidur yang diawal, jam sembilan....

Di sini kan kampung. Penerimaan cara kita ngomong juga susah. Jalan pintasnya suruh datang aja ke Puskesmas. Materi belum kita kuasai, paling kita kasih pengarahannya. kurangnya yang asin. Kalau makanan bisa dikurangi. Tapi beban sosial susah, perekonomiannya begini, jadi pemikiran.....

..... Kalau di kampung itu gak ada yang namanya olahraga.....

Alhamdulillah di Posyandu, saya memberikan pengarahannya. Ibu kalau yang punya darah tinggi makannya diatur, jangan makan daging, jangan kebanyakan jeroan, pete, jengkol. Kalau kita ada bu bidan, di tensi langsung disitu Nyuruh godok mengkudu sama daun salam. Alhamdulillah pake daun salam tekanan darah turun.....

4. Apakah ada kegiatan posbindu PTM di wilayah tempat tinggal anda? Bila belum ada, apakah sudah pernah mendengar?

Belum ada Posbindu PTM di wilayah binaan Cigombong. Kader juga belum pernah dengan dengan istilah tersebut. Yang ada Posyandu Lansia.

Ketika ditanyakan apakah perlu adanya Posbindu?, semua sepakat menyatakan "Perlu".

Di tempat kita banyak yang kena gula katanya susah sembuh.

.....masyarakat itu sebenarnya tanggap. Semangatnya ada. Kalau kita yang ngomong kurang dihiraukan. Kalau ada posbindu itu sangat diperlukan untuk mendapatkan informasi.

Saya rasa diperlukan, kalau dari puskesmas, dipegang banget omongannya, semangat masyarakatnya ada.

5. Sebagai Kader, apa harapan, rencana dan kendala ke depan untuk mencegah hipertensi di masyarakat?

Sangat mengharapkan kegiatan bisa berkesinambungan.

Ada lokakarya mini melibatkan kader kesehatan setiap pos untuk meningkatkan pengetahuan. Sebagian besar menginginkan Posbindu bisa dilaksanakan bersama posyandu KIA.

- *Barengan sama posyandu KIA supaya mau dateng. Alhamdulillah ya, sebagai ibu RT, sebagai tokoh, alhamdulillah masyarakat antusias. Misalkan diadakan PTM, banyak yang gula darah.*
- *Kalau PTM diadakan, kami selalu siap. Tergantung kita yang menyampaikan ke masyarakat. Insya allah kami menggerakkan masyarakat untuk hadir.*
- *Masyarakat kebanyakan tidak tahu ini penyakit menular apa engga. Misalkan ada penerangan dari petugas masyarakat pasti mau
..... untuk gerakan ini (Posbindu), anak remaja juga ikut dilibatkan. Tidak hanya lansia..... Kalau di kampung, ada satu warga yang sakit, beritanya bisa menyebar.....*

Sebagai kendala adalah uang atau biaya pengobatan.

..... Tidak dipungut biaya

Gini Neng, udah diperiksa, ini obatnya ada. Kendalanya kalau beli. Di bawah sepuluh ribu bisa. Yang bikin kendala di atas 25 ribu itu jadi kendala kami

3. Penderita hipertensi

Tujuan:

Untuk menggali informasi dari penderita hipertensi mengenai pemahaman penyebab dan pengobatan hipertensi, kebutuhan pencegahan, pelayanan pengobatan hipertensi.

Informan laki-laki

Informan sebanyak 6 orang dengan rentangan umur 43-65 tahun.

1. Sejak kapan menderita hipertensi? Apakah ada riwayat keluarga penderita hipertensi? Bagaimana pertama kali didiagnosa hipertensi?

Informan menderita hipertensi dengan rentangan 4-10 tahun, pada umumnya mengatakan tidak ada faktor turunan.

Gejala yang paling banyak dirasakan adalah pusing, muter seperti migrain, lemas dan ingin tidur terus. Satu informan mengetahui terkena hipertensi setelah kejadian stroke.

..... saya rasakan pusing, mau migran, habis jongkok kaya kunang2, badan kerasa berat.... awalnya kurang saya ketahui, pegel di punggung, naik ketelingga, kunang2, nyut2an, di kaki juga pegel, kalo tanda-tandanya naik tensi, ada pusing.

.....saya ada penyakit stroke udah 2 tahun, pada saat itu, tiba2 jatuh, tangan mati, kalo kumat paling pusing aja.....

..... kalo darah tinggi naik ga bisa marah, sudah susah biasanya lemes aja pengen tidur aja....

2. Apa upaya anda dalam pencegahan dan pengobatan hipertensi? Jelaskan

Sebagian besar informan melakukan pencegahan atau pengobatan dengan makan obat tradisional pada saat dirasakan ada kelainan atau tidak enak badan. Satu informan mendapat Captopril.

..... minum buah belimbing, mengkudu, cangkudu, jarang periksa ke puskesmas, kalo ada timbangan keliling biasanya cek

..... kalo terasa ada gangguan minum daun lempuyung, Kalimosodo (minuman berasal dari buah apel) , belimbing wuluh.....

..... orang tua ga ada yang hipertensi atau rematik. Jalannya jauh terus, pinggul kayu.....

3. Bagaimana menu makanan sehari-hari? Banyak makan asin-asin seperti ikan asin?

Menu makan sehari-hari ikan asin, tempe, dan sayur bening.

Empat diantara enam informan sejak menderita hipertensi makan tahu, tempe yang dipepes.

..... biasanya makan sehari paling tahu tempe, di pepes ...

..... pernah juga makan sate, satu tusuk, tapi malamnya langsung pusing

..... kalo sudah tua makanan ya harus dibatasi.

Ada lainnya makan tidak pantang (seperti kambing, pete, jengkol), tetapi tetap makan obat. Informan merasa cukup aman karena sudah makan obat.

..... umur saya 65 than, baru masuk rumah sakit kemarin. Saya ga ada pantang apa2, kambing, pete, jengkol, ga saya pikirin, masa bodo... kalo pusing-pusing, sakit pinggang, minum daun teh aja

4. Apakah ada menggunakan obat-obatan tradisional untuk mengatasi hipertensi yang diderita?

Pada umumnya informan kalau terasa ada gejala seperti pusing minum daun-daunan seperti Lempuyang, daun pucuk daun suji, jus belimbing.

..... kalau ada gejala pake daun lempuyung, dijemur, sampai kering, sudah itu direbus dan diminum, pucuk daun suji yang dibebek/keca juga bisa, terus diminum...

..... kalo ada gejala aja atau setelah ukur tekanan darah ternyata tinggi, baru minum.....

..... saya minum oskadon kalo pusing, tapi kalo masih ya jus belimbing,.....

Satu diantara informan mengaku makan obat dari tenaga kesehatan terus menerus.

..... saya minum obat katopril aja..... .kalo lupa saya, penyakit lupa.

5. Apakah pelayanan di Puskesmas ini sudah baik atau kurang dari aspek tenaga, service, dan biaya? Jelaskan

Pada umumnya informan mengatakan “puas” dengan pelayanan di Puskesmas Cigombong.

Setiap bulan ada petugas Puskesmas yang ke desa secara bergiliran.

Satu diantara informan merasa kurang cocok berobat di Puskesmas ini, sehingga berobat ke tempat lain.

..... saya dulu pernah kesini tapi ga sembuh, dibawa ketempat lain sembuh, jodoh-jodohan.....

..... pelayanan baik, biayanya tergantung. Kadang-kadang cuma bawa uang lima ribu tetap dilayani..... kalo ga ada obat, diresepkan untuk beli di rumah sakit.

.....kalo ga ada dokter, ada perawat yang piket menangani,sambil nunggu dokter datang..

.....kadang di kasih obat bisa sampai 1 bulan, tapi kalo berasa baru inget minum obat.....

6. Apakah saat ini masih terus berobat? Jelaskan.

Informan melakukan kontrol tekanan darah ke Puskesmas, kalau ada gejala seperti pusing.

..... selalu kontrol, tapi kalo berasa sembuh ya, ga kontrol.

7. Apa harapan anda dalam menangani masalah hipertensi?

Harapan informan, ada jadwal tetap ke kampung-kampung untuk melakukan pemeriksaan kesehatan warga.

Informan juga mengharapkan didirikan Rumah sakit di Cigombong, karena penduduknya cukup padat. Dan mudah dijangkau.

..... kalo ada jadwal ke kampong-kampung, jangan sampai telat, kalo biasanya setiap bulan setiap hari selasa.....

..... kalau ada yang sakit parah, butuh oksigen di oper ke Rumah sakit Ciawi, jadi di sini harus ada rumah sakit.... di rumah sakit Ciawi komplit.

..... Kalo di sini ada obat, ada alat kan enak.....

..... di rumah sakit Ciawi kalo ga ada uang juga tetap di layani ...

..... berobat ke rumah sakit Ciawi (warga pala sari, sukaharja) atau rumah sakit Sekar Wangi langsung dilayani tanpa ditanya uang muka,.....kalo di pmi di tanya dulu ada yang tanggung jawab ga kalo kecelakaan,

Informan Perempuan

Diskusi dilakukan pada tujuh informan perempuan penderita hipertensi. Rentangan umur informan 49-65 tahun.

1. Sejak kapan ibu-ibu menderita hipertensi?

Empat informan mengaku menderita hipertensi pada umur 45 tahun (45-50 tahun) sedangkan tiga informan lainnya menderita hipertensi setelah umur 60 tahun (58-65 tahun)

2. Apakah ada di keluarga ibu yang memiliki riwayat penderit hipertensi?

Empat informan dengan keluarga menderita hipertensi (bapak, ibu atau nenek), sedangkan tiga informan lainnya Tidak dengan riwayat keluarga menderita hipertensi.

3. Bagaimana pertama kali di diagnosa hipertensi?

Hampir semua informan mengeluh adanya pusing-pusing, diikuti dengan pegal-pegal, kepala terasa muter atau lemas, maunya tidur terus.

.... *Pertama saya pusing-pusing, pegel-pegel, berobat aja ke dr Adinata. Katanya darah saya tinggi.....*

.... *Pertama berasa pusing, berobat ke Puskesmas 160/90. Satu bulan kemudian diperiksa lagi 120, satu bulan periksa lagi, eh tinggi lagi. Kalau udah kecapean suka pusing...*

4. Apa upaya ibu-ibu untuk mencegah hipertensi?

Mencegah hipertensi dengan mengurangi makan yang asin-asin, pete, jengkol, kopi, dan susu.

Beberapa informan makan parut bangkoang, makan belimbing, godokan daun salam, daun alpokat, sayur gamas, ketimun, dan senagainya.

.... *Mengurangi ikan asin, apalagi pete, jengkol. Ayam juga katanya kulitnya engga boleh.*

.... *Makanan di pantang, berusaha sendiri dari pengalaman orang yang udah kena, Alhamdulillah di tensi turun, tapi makan lagi, naik lagi.....*

.... *Rutin aja itu makan naon teh, sayur gamas, sayur timun, godokan daun salam.....*

5. Apa upaya ibu-ibu mengobati hipertensi?

Semua informan mengaku melakukan kontrol tekanan darah ke Posyandu tiap bulan, kalau terasa tidak enak badan pergi ke Puskesmas terdekat atau pergi ke dokter langganan.

.... *Saya kalau udah kerasa tidak enak badan, pergi ke dr Natali di Villa Mutiara, waktu di Jakarta di periksa kepalanya dimasukin (di scan), gak ada apa-apa.....*

6. Bagaimana menu makanan sehari-hari? Banyak makan asin-asin seperti ikan asin?

Hampir semua informan mengaku sudah jarang makan ikan asin, hanya satu informan yang masih belum bisa makan kalau tanpa ikan asin.....

... *Saya udah gak makan ikan asin. Kemaren gara-gara makan sarote kambing, diajak ke puncak sama anak, padahal cuma makan 1 kitir, langsung naek 170. Sudah 3 tahun gak makan daging embe, kepengen kayaknya enak. Ikan asin udah jarang*

... *Saya kalau nggak ada ikan asin gimana gitu, tapi lalapnya gamas, timun. Kalau gak asin gimana gitu. Saya makan yang kira-kira gak naik, tapi kadang suka gak pantang...*

... *Ya gitulah. Suka kukus labu siam, timun. Sekarang mah pere dulu makan ikan asin...*

Paling tempe tahu, kopi susu udah engga paling energen

7. Apakah ibu-ibu menggunakan obat tradisional untuk mengatasi hipertensi?

Sebagian besar informan merebus daun salam, daun alpukat, daun binahong atau makan rebusan ketimun, gamas, labu siam

....*Ngerebus daun salam, daun binahong. Suka dibikin teh, dikeringin, daun binahong kan banyak, saya irisin aja, saya satuin sama teh, di bikin minuman.....*

.... *Kalau saya obat tradisional kurang ngerti, kalau udah kerasa lieur, pusing, lari aja ke Puskesmas karena dekat. Di tensi, lebih baik diperi sa dulu aja. Ngga ngerebus-rebus....*

... *Gak berani makan rebus-rebusan, paling ngurangin makan ikan asin. Paling labu siam, rebus timun, susu engga, apalagi ngopi udah engga, saya suka makan belimbing aja sama meres bengkuang.....*

8. Menurut ibu-ibu, bagaimana program pencegahan dan perawatan penderita hipertensi di Puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lainnya?

Semua informan mengatakan pelayanan di Puskesmas, mulai dari dokter dan tenaga kesehatan lainnya baik, ramah. Pengukuran tekanan darah dilakukan di Posyandu, bervariasi ada yang diberi obat atau tidak. Demikian juga mengenai pembiayaan sukarela.

... *Suka kontrol ke Posyandu, dikasi obat kalau tensinya tinggi. Petugasnya baik-baik...*

.... *Sama, di tensi kalau tinggi dikasih obat, paling bayar 1000, dikasi serelanya, ada yang bayar, ada yang engga. Petugasnya baik-baik, ramah. Yang meri sa baik.....*

..... *Di Posyandu, di tensi, di kasi obat 3 biji untuk 3 hari, obatnya putih kecil, obat penurun darah kayaknya.....*

..... *Kalau di bu Uum ada Posyandu Lansia, dikasi obat, itu di kp Bojong. Kalau saya di kp Pasir Kuda diperi sa aja....*

..... *Di Puskesmas ramah-ramah. Kalau nggak ngerti bisa nanya-nanya....*

..... *Dokternya ramah, baik, dikasih obat ada macam-macam. Biaya 60.000 sama obat. Engga berat yang penting sembuh. Dokternya diajak ngobrol enak, nge ogo-ogo (ngeman jain kayak sama anak kecil), jadinya enak ke hati.....*

9. Apakah ibu-ibu masih terus berobat?

Sebagian besar informan mengaku melakukan kontrol tekanan darah di Posyandu sekali sebulan. Kalau tekanan darah naik baru berobat ke Puskesmas atau ke dokter langganan.

..... *Tensi di Posyandu setiap bulan, engga dapet obat. Tapi kalau tinggi ke dr Natal....*

.....*kontrol Ke Posyandu, di tensi kalau tinggi di kasih obat.....*

10. Menurut ibu-ibu, bagaimana pelayanan hipertensi yang baik?

Informan mengharapkan pelayanan dari tenaga kesehatan yang sabar, tidak judes.

.... *Harapan saya bidan, dokter, tolong yang sabar, yang ramah, soalnya hipertensi lagi pusing, kalau judes makin rieur, jangan bentak-bentak, jadi kita mengutarakan keluhan enak....*

..... *di bagian obat suka ada yang bentak-bentak. Kalau bisa ditingkatkan lebih baik.....*

.....*Pelayanan yang ramah, kadang-kadang bosan, obatnya gini lagi, gini lagi.....*

11. Apa harapan ibu-ibu terhadap pemerintah dalam mengatasi masalah hipertensi?

Semua informan mengharapkan ada pemeriksaan, penyuluhan dan obat gratis.

Diharapkan juga kegiatan dapat dilakukan secara rutin.

.... *Pengennya ada obat gratis, ada pemeriksaan, ada penyuluhan tentang hipertensi.....*

.....*Kami tinggal di kampung, banyak yang kurang mampu. Kepingin saya dari pemerintah ada periksa gratis, obatnya gratis. Ada penyuluhan, kan ada tanya jawabnya, jadi enak. Yang boleh apa, yang engga apa.*

..... *Dokter-dokter, bidan-bidan, sudah mau ke kampung-kampung, obatnya gratis.....*

.... *Saya pernah lihat di TV, di Bandung) ada senam lansia, kayaknya enakeun kalau ada.....*

Kabupaten Lebak Provinsi Banten

Kabupaten Lebak terdiri dari 14 desa. Setiap desa memiliki satu Puskesmas Pembantu, dan Posyandu untuk Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) ada 56 buah. Selama ini pelayanan PTM masih tergabung dalam program Posyandu Lansia.

Hasil analisis menunjukkan, variabel karakteristik latar belakang yang berhubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan terjadinya hipertensi di Kabupaten Lebak Provinsi Banten adalah kelompok umur, pekerjaan, dan status kawin. (Tabel 4.11)

Tabel 4.11.
Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak
menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik latar belakang	Hipertensi		p	
	Tidak	Ya		
Klmpk. umur	15-34 th	89.6	10.4	.000
	35-60 th	70.7	29.3	
J.kelamin	Laki-laki	80.8	19.2	1.000
	Perempuan	80.8	19.2	
Pendidikan	<SLTP	80.0	20.0	.142
	>=SLTP	84.0	16.0	
Kerja	Tidak kerja	83.6	16.4	.018
	Kerja	78.3	21.7	
St.kawin	Bim kawin	92.8	7.2	.000
	kawin-cerai	77.5	22.5	
asuransi	Tidak ada	78.2	21.8	.109
	ada	82.1	17.9	

Di level individu, variabel perilaku dan faktor risiko yang mempunyai hubungan bermakna dengan terjadinya hipertensi adalah aktivitas fisik, lama merokok, konsumsi buah dan sayur, pola makan, adanya gangguan mental, lingkar perut berisiko, dan kelebihan berat badan (Tabel 4.12).

Sedangkan di level rumah tangga, variabel yang mempunyai hubungan bermakna adalah pengeluaran per kapita (Tabel 4.13)

Menurut ketersediaan fasilitas, variabel yang mempunyai hubungan bermakna ($p < 0,05$) terhadap terjadinya hipertensi adalah adanya fasilitas komunikasi, pencemaran lingkungan, dan klasifikasi desa (Tabel 4.14).

Tabel 4.12.
Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut perilaku dan faktor berisiko di level individu, Riskesdas 2007

Perilaku dan faktor risiko		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
aktivitas fisik	cukup	78.3	21.7	.032
	kurang	83.2	16.8	
Lama merokok	<30 th	81.5	18.5	.001
	>=30th	59.0	41.0	
Konsumsi BS	>= 3 porsi/hari	69.6	30.4	.000
	< 3 porsi/hari	82.4	17.6	
makan/minum manis	<1x/hr	81.1	18.9	.830
	>=1x/hr	80.6	19.4	
makanan asin	<1x/hr	81.2	18.8	.884
	>=1x/hr	80.6	19.4	
makanan berlemak	<1x/hr	80.7	19.3	.920
	>=1x/hr	81.2	18.8	
Jeroan	<1x/hr	81.0	19.0	.237
	>=1x/hr	63.6	36.4	
Minuman bercafein	<1x/hr	81.7	18.3	.473
	>=1x/hr	80.0	20.0	
bumbu penyedap	<1x/hr	77.0	23.0	.247
	>=1x/hr	81.3	18.7	
Makanan berisiko	Tdk berisiko	74.4	25.6	.126
	Berisiko	81.3	18.7	
Pola_mkn	tdk risiko	72.2	27.8	.000
	Risiko	82.7	17.3	
Gangguan mental	Tidak	82.0	18.0	.000
	Ya	61.1	38.9	
Ling. perut	Tdk risiko	83.1	16.9	.000
	Risiko	68.2	31.8	
IMT	Kurus-normal	82.1	17.9	.001
	BB lebih-obese	69.0	31.0	

Tabel 4.13.
Prevalensi hipertensi di Kabupaten Lebak pada level rumah tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Pengeluaran percapita	Miskin	82.6	17.4	.046
	kaya	77.9	22.1	
kepadatan hunian	>= 9m ² /org	82.2	17.8	.793
	< 9m ² /org	80.7	19.3	

Dengan melakukan analisis multivariat, menggunakan logistik regresi, setelah dilakukan uji interaksi ternyata tidak ada interaksi antar variabel. Selanjutnya dilakukan uji confounding, akhirnya ditemukan model yang dianggap telah cukup dapat mewakili secara tepat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (hipertensi). Model tersebut memiliki persentasi klasifikasi benar sebesar 81,2 persen, dianggap sudah dapat mewakili asumsi hubungan antara dua variabel pokok yaitu variabel independen dan dependen.

Tabel 4.14.
Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak
menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007

Ketersediaan fasilitas		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Fasilitas komunikasi	Ada	76.5	23.5	.011
	Tidak ada	82.8	17.2	
wkt_tempuh ke faskes	<=30menit	81.5	18.5	.342
	>30menit	79.1	20.9	
Jarak ke Faskes	< 5km	80.6	19.4	.884
	>=5 km	81.0	19.0	
Kegiatan Olahraga	Ada	80.3	19.7	.202
	Tidak ada	84.7	15.3	
Siaran TV	Ada	79.9	20.1	.214
	Tidak ada	83.0	17.0	
Fasum	Ada	79.9	20.1	.214
	Tidak ada	83.0	17.0	
lingk_cemar	Tidak cemar	84.4	15.6	.012
	Cemar	49.2	13.3	
Klasifikasi desa	Kota	74.0	26.0	.044
	Desa	81.6	18.4	

Kelompok umur 35-60 tahun berisiko 2,7 kali terkena hipertensi dibandingkan dengan kelompok umur 15-34 tahun. Gangguan mental emosional berisiko 2,4 kali dibandingkan tidak ada gangguan emosional, responden dengan lingkar perut berisiko mempunyai peluang hipertensi 1,97 kali dibandingkan responden dengan lingkar perut tidak berisiko. Responden dengan status kawin dan bercerai berisiko 1,9 kali dengan hipertensi dibandingkan dengan responden status belum kawin. Demikian juga lingkungan tercemar berisiko 1,5 kali dibandingkan dengan lingkungan tidak tercemar (Tabel 4.15).

Tabel 4.15
Model Kabupaten Lebak, Riskesdas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95%CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Kpk. umur	.993	.000	2.700	1.907	3.821	0.000	81,2
kawin	.663	.016	1.940	1.129	3.336		
mental	.881	.001	2.413	1.411	4.125		
perut	.679	.000	1.973	1.371	2.839		
lingk_cemar	.429	.007	1.535	1.121	2.102		
Constant	-3.025	.000	.018				

Model statistik:

$Y = -3.025 + 0,993 * \text{Umur} 35-60 \text{ tahun} + 0,663 * \text{st. kawin atau cerai} + 0,881 * \text{gangguan mental} + 0,679 * \text{lingkar perut berisiko} + 0,429 * \text{lingkungan tercemar.}$

Analisa Kualitatif

Wawancara Mendalam Pelaksana Program Penyakit Tidak Menular Dinkes Kabupaten Lebak

Prevalensi PTM di Kabupaten Lebak Provinsi Banten

Prevalensi PTM cukup tinggi, tetapi program PTM (diabetes, penyakit jantung, stroke) masih terbatas di tingkat Provinsi. Belum dilaksanakan di tingkat Kabupaten.

Sudah ada sosialisasi pada tahun 2009 di 40 Puskesmas yang diikuti dengan pelatihan pencatatan dan pelaporan. Dalam pelatihan sebagai narasumber adalah dokter penyakit dalam dari Rumah Sakit, tetapi sampai saat ini belum ada kelanjutannya, dan belum jelas mau di tempatkan dalam surveilans atau di kesehatan lingkungan.

Di Puskesmas Lebak, pemeriksaan diabetes dan hipertensi masih terbatas pada pemeriksaan haji, dan pensiunan melalui Yankes (Pelayanan Kesehatan). Penanganan hipertensi belum ada SOP yang baku. SOP yang ada di pelayanan pengobatan merupakan pengembangan dari masing-masing Puskesmas. Sehingga perlu adanya ketegasan dari Pusat, sehingga dapat dimasukkan dalam perencanaan anggaran di tingkat kabupaten. Karena sebelum ada perencanaan anggaran belum dapat dimasukkan dalam program prioritas.

Persiapan obat-obatan dari Yankes, dengan sumber APBD. Sarana pemeriksaan diabetes sudah ada di semua puskesmas. Pernah disampaikan akan ada dropping tensimeter standar, tetapi sampai saat ini belum ada.

Sebagai pelaksana program PTM harus seorang perawat, sedangkan di tingkat kabupaten, tenaga perawat sangat terbatas.

Untuk sentinal ditunjuk Puskesmas Cipanas, karena merupakan puskesmas perawatan dan kasus PTM cukup banyak. Kerjasama lintas program dan lintas sektor Puskesmas Cipanas cukup baik.

Harapan pelaksana dan rencana ke depan:

1. Ada Subdit PTM yang berdiri sendiri. Lebih tepat berada di bawah surveillance agar dapat terjangkau semua.
2. Ada jejaring sehingga membentuk satu sistem dan pelaporan yang sama, dan mudah dikoordinasikan.
3. Kalau perlu ada seksi tersendiri yang diperkuat dengan peraturan daerah.
4. Tenaga perawat harus ditambah.
5. Indikator harus jelas, agar dapat di tekankan mana yang menjadi prioritas.

Selama ini Posbindu berada di bawah Yankes, yang dirasakan kurang pas. Di Kementerian PTM berada di P2PL. Posbindu dapat bernaung dibawah promkes, apabila ada surveillance di Posbindu.

Kasus Hipertensi cenderung mengulang. Jadi dalam pencatatan harus dipilah kasus baru dan kasus lama. Saat ini masih tercampur antara kasus baru dan kasus lama, hal ini merupakan kelemahan dalam SP2TP. Kondisi ini mempersulit dalam pengisian SIMPUS, sehingga menyebabkan kebingungan. Juga perlu dilakukan mapping mengenai daerah dengan prevalensi hipertensi tinggi, selanjutnya ditelusuri kenapa, dan merupakan target penyuluhan dan pengobatan.

2. Pelaksana Pengobatan PKM Cipanas Kabupaten Lebak

Hipertensi terutama banyak pada lanjut usia, pada usia muda jarang. Sementara ini program PTM masih terbatas pada tingkat Provinsi, belum ke tingkat Kabupaten. Kebijakan penanganan hipertensi belum ada.

Kebijakan dari Puskesmas Cipanas Kabupaten Lebak:

Semua pasien baru atau lama, yang berusia 16 tahun atau lebih dilakukan pengukuran tensi. Biasanya ditemukan pada kelompok umur ≥ 30 tahun. Pada anak tidak diukur tekanan darah karena tidak ada manset ukuran anak.

Pengunjung ≥ 13 tahun juga dilakukan pengukuran (bukan protap), terutama kalau ada keluhan sakit kepala dan sebagainya.

Pengunjung Puskesmas Cipanas, rata-rata 30 orang per hari.

Di PKM Cipanas ada lokakarya mini (satu kali per bulan) untuk konsultasi bidan desa dan perawat tentang kasus yang ditemukan, tindakan dan rujukan.

Dalam program PTM, kegiatan meliputi pengukuran tekanan darah, tinggi badan, berat badan, lingkar perut, pemeriksaan gula darah, kolesterol, asam urat. Dan melakukan konseling,

Kerjasama lintas Program:

Biasanya penderita hipertensi dikonsul ke gizi mengenai makanan yang boleh diberikan.

Kerjasama lintas sektor:

1. Di sekolah kegiatan melalui UKS yaitu pembinaan dokter kecil. Sedangkan pembinaan atau penyuluhan khusus hipertensi belum ada.
2. Olah raga di kantor kecamatan masih terbatas untuk pegawai. Untuk masyarakat umum belum ada.
3. Sistem rujukan ke Rumah sakit untuk kasus Gawat Darurat, penanganan stroke, hipertensi akut tidak masalah, tetapi untuk MOU belum ada. MOU baru terbatas untuk PONED.

Obat hipertensi terbatas: captopril, diuretik. amlodipin, nopedipin belum masuk, jadi harus diresepkan.

Obat yang diberikan terbatas 3-7 hari, kemudian kontrol lagi. Pengadaan obat terbatas sekali. Kalau responden punya uang diresepkan untuk 1 bulan.

Pada umumnya penderita, kalau tidak ada keluhan tidak kontrol. Hanya kurang lebih 30% pengunjung melakukan kontrol. Alasannya biaya ojek mahal (Rp.20-30 ribu), lebih mahal daripada berobat. Pada umumnya penderita dengan umur lebih muda, lebih banyak yang melakukan kontrol.

Biasanya kalau ada keluhan, sebagai penanganan awal, makan belimbing, ketimun dan mengkudu, mereka mengaku bisa mengurangi gejala.

Rencana Promotif dan preventif:

Mengaktifkan kembali Posbindu yang sudah terbentuk, tetapi belum berjalan dengan efisien.

Bagi penderita hipertensi mendapat penyuluhan, juga memanfaatkan pertemuan desa untuk melakukan penyuluhan dengan topik berbeda, misalnya makan yang boleh dan tidak boleh bagi penderita hipertensi)

Melakukan pengukuran tekanan darah dan penyuluhan pola makan melalui pengajian terutama pada Lansia.

Tenaga promotif (kader kesehatan) di masing-masing desa sudah ada, tercatat 3-5 orang per desa.

Setiap desa ada pembina desa dan bidan, dibantu dengan kader kesehatan. Tugas mereka antara lain melakukan penyuluhan kesehatan 2 kali per bulan.

Setiap desa ada dana transpor sebesar Rp. 25-30 ribu per bulan. Juga diberi seragam dan ada Jamkesmas.

Kendala dalam pelaksanaan di Puskesmas:

1. kesadaran masyarakat kurang: kalau diberi obat, gejala kurang, obat tidak diteruskan. 2-3 bulan kemudian kalau ada gejala baru datang lagi. Ini menyebabkan program sulit jalan.
2. Perioritas biaya dari program: Puskesmas Cipanas terutama menfokuskan

pada PONEB. Selanjutnya adalah PKPR, klinik gizi (pendamping ASI), karena masih ada 10 kasus gizi buruk yang ditangani.

3. Pengawasan minum obat untuk hipertensi sulit dan belum dilakukan
4. Peran dan potensi masyarakat masih dirasakan kurang
5. Kader belum dibekali pengetahuan atau alat untuk mengukur tekanan darah untuk warganya.
6. Kegiatan Posbindu hanya terbatas melakukan penyuluhan
7. Sistem rujuk dari RS ke Puskesmas tidak berjalan.

Harapan ke depan :

1. Program PTM bisa berjalan lebih baik. Untuk penderita hipertensi dapat juga dilakukan pengukuran atau pemeriksaan pengiringnya seperti kadar gula darah, dan kolesterol.
2. Kalau menurut skala prioritas pendanaan Puskesmas, kegiatan PTM masih harus nunggu, tetapi kalau dibebankan pada penderita akan keberatan.
3. Ada pembinaan Rumah Sakit ke Puskesmas.
4. Pembinaan dari Provinsi ke Kabupaten yang berkesinambungan.

Kuratif:

Bila hipertensi akut biasanya diberi Nefedipin sublingual, dan penanganan selanjutnya di RS.

Obat-obatan di Puskesmas yang ada, terbatas pada captopril, dan diuretik. Belum ada kebijakan untuk menambahkan jenis obat lainnya. Mungkin keterbatasan anggaran.

Fisioterapy belum ada. Biasanya untuk rehabilitasi dilakukan di Rumah Sakit.

Kesimpulan: Kegiatan program PTM selama ini belum ada, karena masih belum jelas di bawah payung mana dan baru sampai di tingkat Provinsi.

Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat (TOMA)

Tujuan:

Untuk menggali informasi mengenai peran kader/ tokoh masyarakat dalam upaya pencegahan dan monitoring tekanan darah di masyarakat

Tokoh Masyarakat

Diskusi kelompok dengan 6 orang Tokoh Masyarakat di Puskesmas Cipanas Kabupaten Lebak. Rata-rata umur informan 52 tahun dengan rentangan 35-71 tahun.

1. Apakah para tokoh masyarakat pernah mendapat pelatihan atau penyuluhan dari tenaga kesehatan mengenai Hipertensi ?

Semua informan mengatakan belum pernah ada penyuluhan tentang hipertensi. Satu informan mengatakan, setiap 3 bulan di daerahnya ada penyuluhan tentang kesehatan

lingkungan yang berkaitan dengan demam berdarah, dan lainnya, tetapi tentang hipertensi belum pernah.

2. Bagaimana menurut anda tanda penyakit hipertensi ? sejak kapan, dan apa penyebabnya?

Sebagian informan mengatakan: *disini tidak ada yang kena hipertensi, tapi mereka kena stroke.*

Sebagian pernah mendengar tentang hipertensi. Mereka mengetahui adanya hipertensi pada saat berobat di Puskesmas.

Ketika ditanyakan sebab terjadinya hipertensi, informan menyampaikan:

Orang kena hipertensi akibat "cara makan kita waktu muda dulu sembarangan, mentang masih muda, dan setiap ditawarkan tidak pernah nolak".

"terlalu banyak ikan asin, apalagi itu jadi kesukaan orang disini dan makan emping. Kalau kita gak mau kena stroke, lebih baik kurangi merokok dan kurangi makan ikan asin dan emping".

"Hipertensi itu adalah orang yang diperiksa darahnya tinggi, biasanya dimulai dengan rasa-rasa sakit dikepala. Penyebabnya disini karena banyak orang yang suka makan ikan asin pake sayur asem, merokok, juga keturunan"

kalau kita gak mau kena stroke lebih baik kurangi merokok atau kurangi kegemukan dan ini merupakan penyebab kena stroke. Selain itu kita perlu rajin olahraga agar tidak gampang kena stroke.

3. Apakah ada kegiatan Posbindu PTM di wilayah tempat tinggal ?

Semua informan belum mengenal adanya kegiatan Posbindu.

Kendala: masih rendahnya tingkat pendidikan masyarakat dan mereka banyak hidup dan tinggal di kebun.

Harapan dari masyarakat adalah agar diadakan penyuluhan akan hipertensi dan bagaimana kita bisa mencegah terkena stroke. Mungkin kalau posbindu ada bisa dimanfaatkan dengan baik.

Kader Kesehatan

Diskusi kelompok Kader Kesehatan Puskesmas Cipanas, Kabupaten Lebak pada 6 informan yang mewakili 5 desa yaitu desa sukasari, desa Kalagahyang, desa Cipayung, desa Bintang Resmi, dan desa Haur Gajrug. Rata-rata umur informan 35 tahun dengan rentang umur antara 25-42 tahun.

1. Pernahkan anda dilatih/diberi penyuluhan mengenai hipertensi?

untuk pelatihan secara khusus mengenai hipertensi, belum ada, biasanya diselipkan pada pelatihan ibu hamil yang dilaksanakan setiap 6 bulan. Misalnya tanda-tanda bahaya kehamilan.

2. Bagaimana dengan penyuluhan mengenai penyakit tidak menular, misalnya jantung, strok, diabetes di Posyandu atau tempat lain?

Hampir sebagian besar menjawab belum pernah secara khusus,

“..tetapi dalam penyegaran selalu disinggung sedikit-sedikit mengenai penyakit, terakhir tahun 2010. Selalu menghubungkan mis pada ibu hamil akan membahayakan jika punya hipertensi. Atau mengenai penyuluhan penyakit kaki gajah akan membahayakan jika seorang juga menderita hipertensi”.

Penyuluhan di desa-desa biasanya materinya sama, tetapi waktunya beda. Kadang pada saat posyandu atau kebetulan saat ada kasus.

Misalnya ada yg saat hamil menderita hipertensi, maka ibu bidan akan beri penyuluhan dan meminta kita kalo ada ibu hamil dengan tensi tinggi diminta mengurangi makanan asin, daun singkong.

Kalau lansia saat posyandu banyak yg minta di tensi. kemudian ibu bidan akan memberikan penyuluhan. Mumpung ada nakes yang datang.

Saat musim pete dan jengkol, banyak orang yang tensinya tinggi, makanya dianjurkan tidak banyak makan pete dan jengkol.

3. Apakah jadwal posyandu selalu tetap? Dan dimana tempat penyegaran penyuluhan?

Jadwal Posyandu tetap, tapi beberapa hari sebelum jadwal posyandu, ibu bidan/perawat ditelpon untuk konfirmasi kehadirannya. Jadi antara kader dengan ibu bidan saling kontak untuk mengatur waktu.

“tahuanya saat warga siap, ibu bidan/perawat tidak bisa hadir.”

Penyuluhan penyegaran paling sering dilakukan di puskesmas. Kadang di tempat-tempat pertemuan, misalnya kantor desa.

4. Menurut ibu kader, apa arti penyakit hipertensi atau darah tinggi? Berapa batasan hipertensi?

Dari teman kader yang hipertensi, *“kalo udah tensi naik (kelebihan tekanan darah dari standar normal) gak bisa bangun, gejalanya pingin tidur terus.*

Mengenai batas tekanan darah, ada beberapa komentar: *Katanya 120, kalo sudah diatas itu berarti darah tinggi. Kalau batas bawah ga tau, yang lainnya mengatakan, batas normal sampai 140. Dan ada informan yang mengatakan tergantung usia.*

Seperti saat Pak Sukri ditensi ibu bidan dengan hasil 170, ibu bidan bilang ini tinggi tapi krn usia bapak sudah 70 tahun, maish dianggap normal. Jadi batasnya tidak sama, tergantung usia.

5. Apa saja faktor-faktor risiko darah tinggi?

Pada umumnya informan berpendapat penyebabnya karena faktor makanan (asin, pete, jengkol) dan banyak pikiran/stres.
atau stress.

6. Bagaimana gejala-gejala hipertensi?

Informan pada umumnya mengatakan gejala hipertensi adalah pusing, suka marah-marah, lemas dan kurang semangat.

7. Bagaimana mengatasi/mengobati hipertensi?

Informan berpendapat untuk berobat ke dokter kalau ada gejala hipertensi.

Sebagian informan mengatasi dengan minum blender bawang putih, timun, air daun seledri, juice mengkudu/pace.

Selain mengobati juga menghindari makan-makan beresiko, mengontrol pikiran dengan tidak memikirkan hal yang buruk, istirahat cukup dan berobat jika ada gejala.

Informan berpendapat orang yang sudah hipertensi, jarang yang bisa sembuh total.

8. Bagaimana mengenai pencegahan, bisakah hipertensi dicegah?

Hampir semua informan setuju bahwa hipertensi bisa dicegah dengan,

pengobatan secara rutin, menghindari makanan beresiko, pola hidup yang sehat, hindari pikiran yang berat, olahraga minimal 1 kali dalam seminggu, hindari rokok, istirahat cukup.

9. Bagaimana potensi masyarakat disini dalam penyuluhan pencegahan Hipertensi/PTM?

Sebagian besar informan menyatakan setuju adanya penyuluhan pencegahan hipertensi, karena banyak masyarakat yang kurang paham, sehingga mereka selalu mencari informasi dan antusias mencari tahu.

10. Apakah di daerah ibu ada kegiatan posbindu/pos lansia? Apa saja kegiatannya?

Kegiatan posbindu (pos lansia) ada jika ada program penilaian (desa binaan) dari pemerintahan daerah setempat, tetapi jika program itu sudah selesai maka kegiatan itu juga hilang.

Kegiatan posbindu dilakukan bukan karena kesadaran, melainkan karena ada penilaian. Semua informan sependapat, "Masyarakat merasa jika penilaian (desa binaan) selesai, ya sudah selesai",

Program desa binaan dilakukan secara bergiliran setiap desa pada tahun 2007-2008, setiap desa selama 6 bulan

Kegiatan yang tetap biasanya pengajian, kemudian dalam pengajian disiapkan penyuluhan mengenai kesehatan, senam lansia. Tetapi sulit mengumpulkan lansia. Mereka bilang : "buat apa orang sudah tua, mending buat anak saya yang masih muda saja,"

Pada saat camatnya Bpk TB, istrinya Ibu Arep, kegiatan olahraga cukup sering dilakukan. Karena program dari pak camat secara langsung, masyarakat sempat antusias untuk olahraga secara rutin.

11. Menurut ibu-ibu sebenarnya penting tidak kegiatan seperti posbindu/pos lansia?

Hampir serentak semua informan mengatakan penting

12. Apa hambatan/kendala yang membuat pos tersebut tidak ada/memasyarakat?

Hambatan karena kurang kerjasama antara kader-tenaga kesehatan-masyarakat.

... diperlukan ada kerjasama antar kader-tim medis dan pembina desa seperti pak RT, pak RW.

Kurangnya sosialisasi ke masyarakat. Sosialisasi oleh tenaga kesehatan secara langsung ke masyarakat, baru dipercaya dan mau mendengar. Kalo kader saja masyarakat tidak percaya.

"Nyeyahoan cik saha (dari mana loe tahu)," jawaban masyarakat kalo kita yg memberitahu: "ke baeklah (nantilah),"

Sampai saat ini belum ada kerjasama antara tenaga kesehatan dgn kader dalam kegiatan posbindu.

13. Apa harapan ibu-ibu kader kesehatan ke depan?

Semua informan mengharapkan:

1. Kader kesehatan dapat diberikan penyuluhan sampai detil mengenai hipertensi, atau penyakit yang ada di masyarakat, selain kesehatan ibu dan anak. Agar penyakit tidak menular termasuk hipertensi menjadi berkurang.
2. Penyuluhan sampai ke tiap kampung, karena kalau hanya sampai kecamatan banyak warga yg tidak tau
3. Kalau diadakan semacam posyandu, masyarakat antusias, dengan catatan ada tenaga medis, dikoordinasi oleh kepala desa (didukung tokoh masyarakat seperti Ketua RT, Ketua RW) warga pasti datang. Karena pamong desa yang biasanya mengajak warganya. Kepala desa akan setuju, jika ada ijin dari Kepala Camat. Karena kalau hanya kader, kurang diperhatikan.

14. Di tempat lain kunci keberhasilan pelaksanaan posbindu tidak hanya dari tenaga kesehatan tapi juga kader?

Memang tugasnya kader, kita yang mendatangi warga, tapi yang memberi sosialisasi tenaga kesehatan, karena kita belum banyak tahu ilmu kesehatan.

Informasi paling cepat diserap warga saat diberitahukan di cai (kali/sungai), sambil nyuci-nyuci dibanding pemberitahuan ke rumah-rumah.

Penderita hipertensi

a. Laki-laki

Diskusi kelompok terarah dengan 7 penderita hipertensi laki-laki, dengan rata-rata umur 52 tahun dan rentangan umur 43-66 tahun. Pekerjaan bervariasi mulai dari petani, guru, pemimpin pesantren, dan wiraswasta. Informan menderita hipertensi dengan rentangan 5-15 tahun.

1. Sejak kapan menderita hipertensi? Apa ada riwayat keluarga hipertensi ?

Pada umumnya, peserta tidak tahu persis kapan mulai terkena hipertensi.

... waku habis mengajar tiba-tiba terasa lemas pada tangan sebelah kiri., yang kemudian dibawa ke rumah sakit di rangkas..

Saya malah tidak tahu kapan, karena sempat tidak sadar. "saya gak tahu siapa yang bawa saya, bangun-bangundah di rumah sakit".

Pada umumnya informan pertama kali tahu hipertensi saat datang ke puskesmas karena merasa sakit pada kepala.

2. Apakah gejala dan penyebab dari hipertensi?

Pada umumnya informan mengatakan penyebab hipertensi karena pola makan yaitu terlalu banyak makan daging kambing, tape ketan hitam, pete, jengkol, emping, dan sambel asem.

Gejala yang dirasakan adalah rasa pegel di leher, pundak, kalau tekanan darah naik tinggi terasa sesak napas, penglihatan kabur.

3. Bagaimana mengobati hipertensi dan apakah masih terus berobat saat ini ?

Informan pada umumnya kontrol tekanan darah ke Puskesmas, tetapi tidak teratur (hanya kalau ada gejala)..

" saya sudah 3 bulan terakhir ini tidak pernah kontrol lagi, tapi masih tetap minum obat disamping minum obat kampung, seperti Tian Zie, daun sukun, maupun daun cereme.

Hampir 1 tahun ini tidak melakukan periksa lagi karena sibuk dan gak punya uang.

Sudah hampir 2 tahun tidak periksa lagi dan sekarang malah menyerang mata. Penglihatan agak bayang-bayang kalau melihat jauh. Karena terlalu sering makan obat darah tinggi, maka sekarang lambung sering terasa keras.

4. Bagaimana menurut anda pelayanan hipertensi yang baik ?

Informan berpendapat, pelayanan hipertensi dapat ditingkatkan dengan adanya rumah sakit di dekat wilayah tinggal.

Selama ini pelayanan yang diberikan PKM sudah cukup baik dan obat yang diberikan murah.

5. Apa harapan untuk dapat penanganan hipertensi?

Ada rumah sakit di wilayah tempat tinggal untuk perawatan. Mudah dapat infuse dan tidak perlu jauh2 pergi berobat.

b. Perempuan

Diskusi kelompok terarah pada 7 informan perempuan penyandang hipertensi dengan rata-rata umur 49 tahun dan rentangan umur 43-60 tahun.

1. Sejak kapan mulai menderita hipertensi? Apa gejala yang dirasakan? Apakah ada riwayat keluarga?

Informan pada umumnya menderita hipertensi sudah cukup lama:

2 informan menyatakan bahwa mereka menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu.

1 informan 8 tahun yang lalu, 1 informan sejak 12 tahun yang lalu, 1 informan sejak 20 tahun yang lalu, dan 2 informan mengetahui menderita hipertensi kurang dari setahun.

Semua informan mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi saat mereka ke dokter untuk keluhan penyakit lain.

Gejala pada semua informan adalah pusing, sakit kepala.

Hampir semua informan memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi terutama dari ibu, kecuali 1 orang yang tidak tahu apakah keluarganya memiliki riwayat hipertensi

2. Bagaimana pengobatan hipertensi tersebut?

Semua Informan mengaku membeli obat yang diresepkan dokter (katopril, nipedipin, Bekam).

Selain itu ada pengobatan alternatif/ obat-obatan tradisional yaitu daun belimbing, daun kerincing, bawang putih, dan daun jambu mede.

3. Apakah penyebab dari hipertensi, bagaimana mengontrolnya?

Pada umumnya informan tidak mengetahui pola makan mempengaruhi tensi. Mereka melakukan pengukuran tensi apabila dirasakan pusing atau sakit kepala.

Makanan yang biasanya dipantang atau dikurangi adalah garam(makanan asin), kambing, kopi, daging, sayur:singkong, bayam, pete.

Kebugaran fisik mempengaruhi kesehatan. Tiga informan tidak memiliki kebiasaan berolah-raga walaupun mereka masih memiliki aktivitas fisik (mis jalan kaki saat jualan, bersih-bersih mushola). Dua informan berolah raga rutin jalan pagi setiap harinya (30 menit), dan satu informan menyatakan bahwa dulu memiliki kebiasaan olahraga senam Lansia.

4. Apakah ada pelayan Posbindu di wilayah ibu dan apa kegiatannya?

Kegiatan Pos Bindu sekarang ini kurang berjalan dengan baik (dulu waktu camat sebelumnya, Posbindu berjalan aktif).

Hampir Semua informan menyatakan bahwa kegiatan Pos Bindu di desa mereka diadakan sebulan sekali dengan agenda kegiatan: pengukuran tensi, cek darah, dan penyuluhan. Hanya satu informan menyatakan tidak ada kegiatan di desanya.

5. Bagaimana tentang pelayanan di Puskesmas, dan apakah harapan ke depan?

Semua informan menyatakan bahwa pelayanan hipertensi di puskesmas sudah baik dengan biaya terjangkau. Biaya obat seiklasnya.

Harapan informan ke depan:

Pelayanan tetap dijaga dan ditingkatkan dengan harga obat di puskesmas tetap terjangkau dan stok obat yang selalu tersedia.

Kegiatan Posbindu bisa diaktifkan lagi.

Ada kegiatan rutin olahraga yang menyebabkan badan sehat dan hipertensi tidak kambuh.

Kota Bogor Provinsi Jawa Barat

Analisa Kuantitatif

Di Kota Bogor, hasil analisis menunjukkan, variabel karakteristik latar belakang yang berhubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan terjadinya hipertensi adalah kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status kawin (Tabel 4.16).

Tabel 4.16.
Prevalensi hipertensi penduduk Kota Bogor menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik latar belakang	Hipertensi		p	
	Tidak	Ya		
Klmpk. umur	15-34 th	82.8	17.2	.000
	35-60 th	53.1	46.9	
J.kelamin	Laki-laki	64.8	35.2	.009
	Perempuan	72.1	27.9	
Pendidikan	<SLTP	59.4	40.6	.000
	>=SLTP	73.7	26.3	
Ker ja	Tidak kerja	71.5	28.5	.052
	Kerja	65.9	34.1	
St.kawin	Blm kawin	82.4	17.6	.000
	kawin-cerai	61.9	38.1	
asuransi	Tidak ada	67.6	32.4	.658
	ada	69.1	30.9	

Perilaku penduduk di kota Bogor yang mempunyai hubungan dengan terjadinya hipertensi adalah lama merokok, sering makan makanan berlemak, sering minum minuman bercafein. Sedangkan faktor risiko yang berperan adalah lingkar perut berisiko dan kelebihan berat badan (Tabel 4.17).

Di level rumah tangga tidak ada variabel yang menunjukkan hubungan bermakna terhadap hipertensi (Tabel 4.18). Demikian juga pada level Kota, untuk Kota Bogor, tidak menunjukkan adanya hubungan bermakna (Tabel 4.19)

Tabel 4.17.
Prevalensi hipertensi di Kota Bogor menurut perilaku dan faktor risiko, Riskesdas 2007

Perilaku dan faktor risiko		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
aktivitas fisik	cukup	69.9	30.1	.398
	kurang	67.4	32.6	
Lama merokok	<30th	70.3	29.7	.000
	>=30 th	43.8	56.3	
Konsumsi BS	>= 3 porsi/hari	67.4	32.6	.684
	< 3 porsi/hari	69.1	30.9	
makan/minum manis	<1x/hr	66.7	33.3	.355
	>=1x/hr	69.5	30.5	
makanan asin	<1x/hr	68.2	31.8	.791
	>=1x/hr	69.0	31.0	
makanan berlemak	<1x/hr	65.5	34.5	.007
	>=1x/hr	73.3	26.7	
Jeroan	<1x/hr	68.7	31.3	.855
	>=1x/hr	66.7	33.3	
Minuman bercafein	<1x/hr	72.3	27.7	.001
	>=1x/hr	63.0	37.0	
bumbu penyedap	<1x/hr	70.1	29.9	.899
	>=1x/hr	68.6	31.4	
Makanan berisiko	Tdk berisiko	69.4	30.6	.778
	Berisiko	68.4	31.6	
Pola_mkn	tdk risiko	69.5	30.5	.695
	Risiko	68.2	31.8	
Gangguan mental	Tidak	68.7	31.3	1.000
	Ya	68.9	31.1	
Ling. perut	Tdk risiko	74.8	25.2	.000
	Risiko	52.3	47.7	
IMT	Kurus-normal	75.7	24.3	.000
	BB lebih-obese	46.8	53.2	

Tabel 4.18.
Prevalensi hipertensi di Kota Bogor menurut karakteristik rumah tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga		Hipertensi		P
		Tidak	Ya	
Pengeluaran percapita	Miskin	67.5	32.5	.248
	kaya	71.0	29.0	
kepadatan hunian	>= 9/m2	72.4	27.6	.398
	< 9/m2	68.3	31.7	

Tabel 4.19.
Prevalensi hipertensi penduduk Kota Bogor menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007

Ketersediaan Fasilitas		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Fasilitas komunikasi	Ada	69.0	31.0	.456
	Tidak ada	63.6	36.4	
wkt_ tempuh ke faskes	<=30menit	69.4	30.6	.093
	>30menit	60.2	39.8	
Jarak ke Faskes	< 5km	68.6	31.4	.677
	>=5 km	71.4	28.6	
Kegiatan Olahraga	Ada	68.3	31.7	.062
	Tidak ada	85.7	14.3	
Fasum	Ada	68.3	31.7	.062
	Tidak ada	85.7	14.3	
lingk_ cemar	Tidak cemar	67.7	32.3	.744
	Cemar	69.0	31.0	
Klasifikasi desa	Kota	69.0	31.0	.456
	Desa	63.6	36.4	

Dalam analisis multivariat, didapatkan model penanggulangan hipertensi di Kota Bogor yang dianggap telah cukup dapat mewakili secara tepat hubungan yang dimaksud antara variabel independen dan variabel dependen (hipertensi). Model tersebut memiliki persentasi klasifikasi benar sebesar 73,1 persen. Model tersebut setelah dilakukan uji interaksi dan uji counfounder. Model akhir menunjukkan bahwa kelompok umur mempunyai hubungan yang paling kuat terhadap terjadinya hipertensi, responden dengan kelompok umur 35-60 tahun mempunyai risiko 2,4 kali lebih besar menderita hipertensi dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Selanjutnya diikuti dengan kelebihan berat badan atau obese mempunyai risiko 2,4 kali dibandingkan yang tidak kelebihan berat badan. Responden dengan kelompok umur 35-60 tahun dan lingkar perut berisiko mempunyai risiko menderita hipertensi 2,1 kali lebih besar dibandingkan dengan responden kelompok umur 15-34 tahun dan lingkar perut tidak berisiko. Laki-laki dan pendidikan rendah yaitu belum lulus SLTP lebih berisiko dibandingkan perempuan dan pendidikan lulus SLTP atau lebih (Tabel 4.20).

Tabel 4. 20
Model penanggulangan hipertensi Kota Bogor, Riskesdas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95% CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Klpk. umur	.886	.000	2.425	1.748	3.364	0.000	73,1
Jenis kelamin	-.746	.000	.474	.349	.645		
Pendidik	-.550	.000	.577	.430	.774		
IMT	.867	.000	2.380	1.659	3.416		
Umur*perut	.723	.002	2.061	1.313	3.235		
Constant	-.933	.000	.394				

Model statistik:

$$Y = -0.933 + 0,886*Umur35-60tahun - 0,746*perempuan - 0,550*pendidikan \geq SLTP + 0,867 * BB lebih-obese + 0,723* umur-lingkar perut.$$

Analisa Kualitatif

Wawancara Mendalam:

1. Dokter Puskesmas Warung Jambu Kota Bogor

1. Bagaimana kebijakan hipertensi dalam hal kegiatan promotif-preventif?

Kebijakan penanganan PTM ada secara umum, yang khusus hipertensi belum ada. Demikian juga dengan SOP untuk penanganan hipertensi belum ada sama sekali.

2. Program PTM apa saja yang ada?

Program PTM lebih banyak melalui promotif, preventif di Posbindu yang dilakukan di luar gedung. Sedangkan dalam gedung kegiatan penyuluhan terutama pada penderita. Jadi lebih bersifat kuratif.

Di Posbindu hanya ada dilakukan pemeriksaan dan penyuluhan pola hidup sehat. Setiap bulan selalu dilakukan pemeriksaan gula, kolesterol, tekanan darah. Sedangkan obat diberikan di Puskesmas. Biasanya obat hanya diberikan selama 3 hari. Lainnya diberikan dalam bentuk resep. Kadang dirujuk ke poliklinik atau rumah sakit.

3. Apa kendala dalam pembentukan Posbindu di wilayah (RW) ?

Kunci utama karena kurang tenaga. Kalau ada tenaga bisa mengsosialisasikan. Sampai saat ini program perencanaan khusus penanganan hipertensi juga belum ada.

4. Apa peran dan potensi masyarakat untuk kegiatan promotif-preventif PTM? Bagaimana masyarakat disini?

Kader cukup antusias dan konsen dengan tugas-tugas kesehatan. Kalau sarana dan prasarana yang mendukung, bisa dilakukan pelatihan untuk pengukuran tekanan darah bagi kader

kesehatan.

Di Puskesmas Warung Jambu², dalam gedung dapat ditemukan 10-20 kasus baru PTM. Atau sekitar 200-300 kasus dalam satu tahun untuk PTM (DM, Kolesterol, asam urat, stroke, dll).

Ada anjuran selalu diberikan penyuluhan tentang pola hidup sehat. Belum ada program atau kegiatan monitoring dan evaluasi, misalnya kunjungan rumah.

5. Apakah ada anggaran untuk pembinaan Posbindu dari Dinkes?

Ada, Rp. 50,000 tiap bulan. Diberikan tiap 3 bulan. Uang untuk pembinaan Posbindu. Pelatihan kader, Toma tidak dilakukan pembinaan secara rutin. Pelatihan pernah dilakukan pada saat pembukaan Posbindu.

Untuk pemegang program ada pembinaan, ada tetapi tidak rutin. Untuk dokter pemegang program baru dilakukan 1 kali. Posbindu baru tahun 2009.

6. Bagaimana koordinasi lintas program dalam penanganan PTM?

Setelah terdiagnosis PTM, setelah mendapat pengobatan, juga dibutuhkan untuk mendapat penyuluhan dari gisi atau promkes, tetapi karena tenaga terbatas dengan tugas rangkap, petugas banyak tidak di tempat, sehingga belum dapat terlaksana dengan baik.

7. Bagaimana peran lintas sektor dalam dalam kegiatan promotif-preventif?

Lintas sektor seperti lingkungan, stres, ekonomi belum ada penyuluhan.

8. Bagaimana peran RS dan Dinkes kabupaten/provinsi dalam kegiatan promotif-preventif?

Untuk penderita hipertensi yang tidak bisa ditangani di puskesmas atau atas permintaan pasien untuk dirujuk ke rumah sakit. Pembiayaan sendiri kalau tidak ada jamkesmas. Di Kota Bogor belum ada Jamkesda. Jadi bagi yang tidak mampu dengan SKTM, yang diberikan untuk rawat inap, sedangkan untuk rawat jalan tidak berlaku. Demikian juga untuk pemeriksaan laboratorium lanjutan, SKTM tidak berlaku.

Peran dinas kesehatan kota untuk hipertensi digabung dengan PTM. Leaflet banyak untuk penyuluhan, tetapi persediaan tidak kontinue.

Masyarakat kurang konsen dengan hipertensi yang diderita. Karena pengetahuan hipertensi sangat terbatas, termasuk bahaya hipertensi, perlu kontrol tekanan darah dan pengobatan yang rutin. Hampir semua tidak sadar bahwa obat harus diminum terus menerus.

Di Puskesmas pengukuran tekanan darah biasanya dilakukan pada kelompok umur 20 tahun atau lebih, sedangkan kelompok umur 17-19 tahun tidak selalu dilakukan.

9. Untuk Pengobatan dan rehabilitatif, apakah ada usulan tambahan obat hipertensi?

Puskesmas selalu minta lebih banyak karena kasus hipertensi selalu meningkat, tetapi yang diberikan tetap terbatas. Droping obat dilakukan setiap 3 bulan, dan biasanya tidak mencukupi. Kalau tidak cukup pinjam ke Puskesmas lain atau ke Dinkes.

10. Apa Harapan ke depan?

Promotif, repreventif, rehabilitatif bisa dikembangkan dengan melatih bidan atau perawat kecuali kuratif harus dengan dokter.

Tensimeter yang dipakai adalah sphygmomanometer air raksa, sehingga perlu dilakukan validasi alat.

2. Pemegang Program PTM

Perawat PKM Warung Jambu 2 (PJ Program PM & PTM), bekerja di PKM Warung Jambu 2 sejak 1996-sekarang (15 tahun)

1. Menurut ibu bagaimana kebijakan hipertensi dalam hal kegiatan promotif-preventif?

- *Khusus untuk hipertensi tidak ada. Sedangkan untuk PTM belum keseluruhan, kebijakan PTM saya tidak tahu. PTM ada di puskesmas ini baru ada sejak tahun 2009.*

2. Program PTM apa saja yang ada?

- *Ada kegiatan rutin : pasien datang, setelah pendaftaran diukur tinggi badan, berat badan, tensi, lingkar perut. Kemudian kita hitung IMT, jika ada yang beresiko obese kita anjurkan untuk dilakukan pemeriksaan lipid darah, jika ada kemudian dirujuk ke bagian Jantung.*

3. Siapa saja yang terlibat dalam program tersebut?

- *Lintas program di dalam puskesmas, ada bagian gizi, promkes, untuk mereka yang membutuhkan penyuluhan. misalnya untuk mereka yang beresiko hipertensi dan DM. Dalam melaksanakan kegiatan rutin kita menggunakan kartu PRPJPD (pembuluh nadi dan Jantung) dan KMS-PRPJPD untuk dibawa pasien.*

4. Adakah kegiatan promotif ke masyarakat secara aktif dari pkm?

- *Ada, posbindu. Di wilayah sini ada 11 posbindu yang masih aktif semua, dari 3 kelurahan, kelurahan1 dari 13 RW ada 4 posbindu yg aktif, dikelurahan2 dari 13 RW ada 3 posbindu yg aktif, di kelurahan3 juga ada 3 posbindu yg aktif.*

5. Ada kendala apa pada wilayah (RW) yang belum ada posbindu ?

- *Kader merasa keberatan kalau kegiatan 2 kali dalam waktu 1 minggu, posyandu dan posbindu. Pada umumnya kader posyandu juga merangkap kader posbindu, Ini kan kegiatan sosial ya mau bagaimana lagi.*

6. Berdasarkan pengamatan ibu, selain karena kemauan kader, ada kendala apa lagi pada wilayah yg belum ada posbindunya?

- *Lintas sektor yg paling berperan selain kemauan kader. Lintas sektor seperti tokoh masyarakat, seperti pak RW, pak RT, sangat berpengaruh. Karena masih banyak pak RW/RT yang tidak tau Posbindu PTM tuh ngerjain kegiatan apa??*

7. Selama ini kegiatan posbindu apa saja ya bu?

- *Sama semua, meja 1 pendaftaran, meja 2 ambil kartu, meja 3 pengukuran tinggi badan, berat badan dan tensi, kemudian meja 4 penyuluhan dan meja 5 administrasi.*

8. Bagaimana untuk pendampingan posbindu di 11 wilayah, apakah bisa tertangani oleh nakes pkm disini semua?

- *Bisa, karena kita berbagi-bagi, ada perawat yang bertanggung jawab pada satu kelurahan, jadi bisa ditangani.*

9. Keterkaitan kerja/kegiatan di posbindu, apakah berhubungan dengan kegiatan di puskesmas?

- *Ada, kartu/form dari posbindu, jika diketahui beresiko hipertensi misalnya, maka akan dirujuk ke puskesmas, kemudian pemeriksaan seperti gula darah, kolesterol, dll tergantung permintaan warga, akan dilkakukan di puskesmas atau di posbindu bisa saja. Biaya pemeriksaan baik di posbindu maupun di pkm sama saj, sesuai perda. Penyuluhan di puskesmas bisa juga dilakukan sesuai dengan pemeriksaan yang ada di posbindu, misalnya jika berdasar IMT ada kecenderungan obese, akan diberi penyuluhan pentingnya pengurangan berat badan misalnya dengan olah raga, dsb. Begitu juga jika dalam pengukuran tensi jika tensi tinggi akan diberi penyuluhan.*

Selain itu tidak kegiatan lain?

- *Kadang ada PHN, kunjungan nakes ke rumah untuk mereka yang memiliki risiko tinggi tapi tidak mampu berjalan (misalnya lumpuh separuh) maka kita (nakes) yang akan mengunjungi pasien untuk memantau dan memeriksanya. Biasanya kita lakukan setelah Posbindu selesai.*

10. Untuk kegiatan monitoring dan evaluasi program, apakah sudah berjalan? Siapa yang melakukan?

- *Sudah, perawat yang bertugas di posbindu membuat laporan berdasar format yang ada. Misalnya saya di Ciparigi ada 4 pos, data-data posbindu (di luar gedung) dan pustu (di dalam gedung). Nanti kita rekap per satu kelurahan.*

11. Dari dinkes provinsi dan kabupaten, apakah sudah melkakukan monitoring dan evaluasi?

- Sudah, biasanya kami mengadakan rapat rutin dengan dinkes sekitar 3-4 buln sekali, kemudain mereka melakukan evaluasi.

12. Bagaimana dengan kebutuhan sarana, prasarana untuk kegiatan promotif-preventif?

- Untuk sarana sudah cukup lengkap, karena kita sudah melengkapi secara bertahap sejak tahun 2009, jadi untuk posbindu yang aktif semua sarana sudah cukup.

13. Untuk tenaga kesehatannya bagaimana?

- Kader sudah siap, kita selalu siap mendampingi, semua kader sudah bisa melakukan tensi ko, kita Cuma bilang, kalo ada yang kurang paham kita siap mendampingi.

14. Bagaimana dengan kerjasama lintas sektoral untuk kegiatan promotif-preventif?

- Untuk kegiatan posbindu, pak camat, pak RT dan ibu PKK di wilayah yang sudah ada posbindunya sudah tau ada kegiatan posbindu. Jadi ada kerjasama lintas sektoral. Kerjasama lintas ektorla sudah berjalan pada wilayah (RW) yang telah ada posbindunya.

15. Bagaimana dengan persediaan obat-obatan untuk program PTM/hipertensi?

- Ya persediaan di puskesmas memang terbatas, jadi paling kita bisa kasih obat hipertensi untuk 3 hari sekali pada pasien, kalo lebih dari 3 hari bisa habis stok kita karena yang menderita hipertensi disini cukup banyak.

16. Kasus PTM yang tertinggi di puskesmas ini berdasar laporan apa bu?

- Hipertensi. Berdasarkan rekapian baik kasus lama maupun kasus baru, hipertensi paling tinggi.

17. Sebenarnya tingginya kasus hipertensi sudah lama atau baru-baru saja mengalami peningkatan bu?

- Mungkin sudah lama, karena kita dulu ga pernah memantau kasus-kasus PTM (termasuk hipertensi) sehingga kita ga tau. Jadi bagus juga kalo ada program tersendiri untuk hipertensi, bisa kayak TBC, bisa teramati secara detil, kalo sekarang kan sebatas laporan saja.
- Dengan adanya kegiatan posbindu, kasus PTM laporannya menjadi lebih banyak karena laporan rekapian terdiri dari laporan di dalam gedung (puskesmas, pustu) dan ditambah laporan di luar gedung (posbindu).

18. Bagaimana persediaan obat utk PTM di puskesmas dengan adanya kegiatan posbindu apakah tidak ada penambahan?

- Sebenarnya sudah dinaikkan, tapi masih kurang, IDEALnya kita bisa kasih obat selama 1 minggu sekali, karena kasihan pasien bolak-balik setiap 3 hari sekali

untuk minta obat, banyak yang ngeleuh kecapean. Tapi kalo kita kasih obat untuk lebih dari 1 minggu juga tidak mungkin, paling kita kasih wadah (bungkus) obat atau resep untuk mereka bisa beli sendiri. Memang kita sudah bolak-balik kasih tau pasien, akan lebih baik jika tidak bergantung obat saja untuk kesembuhan hipertensi, tetapi menjalani pola hidup sehat. Dalam penyuluhan, kita tidak pernah berhenti menyarankan pasien menjalankan pola hidup sehat. Jadi kalo ada program khusus hipertensi bagus juga, bisa lebih detil, terfokus kegiatannya.

19. Bagaimana dengan peran RS dan Dinkes kabupaten/provinsi dalam kegiatan promotif-preventif?

- Berjalan baik, pasien kita juga banyak yang dirujuk ke RS, kalo dinkes kita ada kegiatan promotif, biasanya kita dapat sokongan dana buat transportasi nakes dari dinkes.

20. Apa peran dan potensi masyarakat untuk kegiatan promotif-preventif PTM? Bagaimana masyarakat disini?

- Memang sebenarnya kegiatan promotif-preventif tergantung masyarakat juga. Merubah perilaku masyarakat disini sulit sekali. Karena sudah menjadi kebiasaan mereka. "Kalo ga makan asin ya ga makan", "Lebih baik saya gak makan daripada ga boleh ngopi,", "Lebih baik saya ga makan daripada ga merokok," Jadi kita mau berjalan (PTM) kalo masyarakat ga mau berubah ya sulit ya. Wilayah kita kan wilayah pengembangan, ada yang pendidikan tinggi, ada juga pendidikan rendah, sulit sekali merubah perilaku itu.

21. Untuk kegiatan kuratif-rehabilitasi kebijakan PTM ada ga?

- Untuk khusus hipertensi ga ada...

22. Apakah di bidang perencanaan pernah direncanakan program PTM-Hipertensi? Kalo tidak ada, apa kendalanya?

- Setau saya tidak ada, masalahnya tidak ada program khusus PTM, kita punya kendala kurang tenaga kesehatan di puskesmas ini, idealnya satu orang tenaga kesehatan menangani 1 program. Saya saja tugasnya merangkap P2m (menular) dan PTM, kemudian ada tenaga 1 orang yg menangani PKP, kesga dan UKS, jadi semua nakes disini tugasnya rangkap-rangkap. Dan memang program PTM dipisah saja, misalnya hipertensi saja, kan PTM sendiri penyakitnya bermacam-macam.

23. Pada program PTM, tidak hanya hipertensi, bagaimana kegiatan kuratif – rehabilitatif yang sudah berjalan? apa kendalanya?

- Kendala untuk PTM, bentuk laporan saja sudah bermacam-macam format (jenisnya), mengerjakannya menjadi ribet (repot), seharusnya format laporannya disamakan, sehingga memudahkan laporan untuk setiap penyakit (hipertensi, jantung, pembuluh darah)

24. Harapannya untuk kedepan ?

- *Semua tergantung peran serta masyarakat dan kerjasama lintas sektornya, begitu juga saat kita pelaksanaan posbindu, semua lintas sektor sudah siap, kalo masyarakatnya tidak antusias juga sia-sia. Dulu, awal dibukanya posbindu, banyak sekali masyarakat yang datang, namun sekarang-sekarang makin berkurang, entah karena bosan, entah karena kurang maksimal pemberitahuan dan kerjasama lintas sektornya.*

3. Pelaksana Program Posbindu

1. Bagaimana program yang telah ada di masyarakat mulai dari program preventif dan promotif yang sudah berjalan?

Program dari Kesga, saat ini saya memegang UKS dan posbindu tetapi sekarang ini sejak ada PTM, dibagi per kelurahan. Saya memegang kelurahan warung jambu, untuk kelurahan yang lain ada lagi. Sedangkan untuk pemegang program PTM ada tenaga tersendiri.

Saat ini yang ada ya penyuluhan, pemeriksaan kesehatan tiap bulan, terus ada pemeriksaan lab sederhana. Seperti pemeriksaan kolesterol dan gula darah saja.

2. Bagaimana dengan kegiatan penyuluhan?

Setiap bulan ada penyuluhan perorangan yang dilakukan oleh kader yang sudah dilatih. Kadang dilakuakn berkelompok Biasanya dikumpulkan di posbindu

3. Bagaimana menginformasikan ke masyarakat agar dapat datang ke posbindu?

Biasanya kader yang mengundang lewat pengeras suara. Orang2 sudah pada tahu kalau ada kegiatan di minggu ke dua. Dari mulut ke mulut sudah pada tahu kok. Posbindu per RW, bukan per kelurahan.

4. Bagaimana perencanaan program Posbindu selama ini? Siapa yang terlibat?

Biasanya perencanaan dikoordinir oleh petugas Puskesmas bersama dengan petugas kelurahan, kader yang melaksanakan. Biasanya perencanaan diadakan satu tahun sekali saat akhir tahun, sekaligus evaluasi kegiatan tahun kemarin.

5. Apakah ada hambatan dalam pelaksanaan posbindu?

Terjadi tumpang tindih antara posbindu lansia (Kesga) dan PTM yang ditumpangangi pada posbindu. Baik dalam kegiatan maupun sistem pelaporan.

Kegiatan Posbindu lansia sejak tahun 2005. Kalau yang berjalan sebelum ada PTM, bener2 berjalan sebagai posbindu dan aktif, tetapi kalau yang berjalan setelah ada PTM yang berjalan ya hanya PTM saja (tidak ada kegiatan senam). Pada PTM, jangkauan pada kelompok umur 18 tahun keatas (dulu hanya lansia), jadi orangnya lebih macam-macam. Dalam pelaksanaan pengujung umur 20 an juga tidak banyak.

Kemudian masalah pelaporan dari kader. Laporan ada dari PTM dan Kesga. Padahal isinya hampir sama, dan kegiatan di lapangan dilakukan bersama pada Posbindu Kesga. Sebagian kader hanya mengerjakan laporan PTM. Hal ini menyebabkan kesulitan bagi petugas puskesmas. Di Samping itu, PTM saat ini tetap dimonitor sedangkan Posbindu lansia kurang, akhirnya laporan juga tidak ada feedbacknya.

Saat fokus pada Posbindu lansia, senam lansia aktif (indikator dari Kesga). Sekarang senam masih ada, tapi penyakit PTM lebih diperhatikan.

Sebetulnya saya inginnya tetap fokus di satu program saja. Jadi posbindu dan PTM dijadikan satu, tidak terlalu banyak laporan. Ada tensi, kejiwaan, dan lainnya.

6. Apakah ada monitoring dan evaluasi dari Puskesmas? Apakah ada format laporan Monev?

Ada, setiap tiga bulan dimonitor. Format laporan monev tidak ada, biasanya hanya melihat pelaksanaannya di lapangan. Pelaksanaan posbindu di kompleks dan di masyarakat pedesaan berbeda. Kalau di masyarakat pedesaan lebih suka kalau ada obat. Padahal posbindu tidak ada pengobatan, hanya untuk promotif dan preventif. Kalau tidak ada pengobatan, masyarakat tidak mau datang. Jadi pengunjungnya menurun.

7. Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk kegiatan?

Untuk kegiatan penyuluhan ada leaflet. Tetapi khusus untuk hipertensi belum ada. Penyuluhan PTM juga belum ada. Misalnya contoh makanan yang pemicu terjadinya hipertensi juga belum ada. Kita punya hanya umum saja, seperti PHBS.

8. Bagaimana kerjasama lintas sektor dalam kegiatan promotif dan preventif?

Kerjasama dengan kelurahan. Lebih kearah fasilitator untuk mengumpulkan orang, pendekatan masyarakat. Untuk perencanaan dan menjalankan kegiatan posbindu belum. Mungkin karena program masih barunya. Mungkin karena kurang sosialisasi. Seharusnya perlu ya. contohnya posyandu, kalau ada keterlibatan mereka, keberhasilannya lebih nyata. Macem2 lah membantunya, mulai dari sosialisasi, ada hari gizi buruk, pembagian vitamin. Kalau sekarang di posbindu belum ada keterlibatan apa2.

9. Bagaimana keterlibatan rumah sakit dalam kegiatan promotif dan preventif?

Hanya sebagai tempat rujukan. Mengenai pembayaran tetap harus bayar sendiri, tidak ada Jamkesda.

10. Bagaimana keterlibatan Dinkes Kota dalam kegiatan promotif dan preventif?

DinKes Kota berperan aktif, sering turun ke posbindu PTM, sebaliknya untuk Kesga menjadi tidak aktif.

Untuk pembinaan khusus hipertensi belum ada, yang ada paling ya PTM saja..

11. Bagaimana keterlibatan masyarakat dalam kegiatan promotif dan preventif di posbindu?

Kalau Posbindu yang baru terbentuk lebih banyak yang terlibat, karena usia lebih dari 18 tahun jadi yang aktif lebih banyak yang muda2. Kader2nya juga lebih bagus. Kalau PTM kader2nya masih muda2 jadi daya tangkapnya lebih bagus. Sedangkan posbindu lansia lebih banyak yang tua.

12. Bagaimana pelaksanaan program kuratif dan rehabilitatif untuk hipertensi di dalam dan luar gedung?

Khusus untuk kuratif hipertensi belum ada, yang ada hanya PTM secara umum. Kuratif tidak dilakukan di posbindu kecuali pada kasus tertentu yaitu pada penderita yang tidak bisa jalan.

Di puskesmas, penderita hipertensi lumayan banyak, kebanyakan sih pasien lama. Programnya melayani pengobatan saja, gabung dengan pasien2 lain, belum ada program rehabilitatif. Perencanaan program kuratif khusus hipertensi belum ada. Obat yang diberikan obat generik. Biasanya pake captopril dan nipedipin.

13. Bagaimana dengan persediaan obat antihipertensi?

Wah, obatnya cepet habis. Karena harus diminum rutin. Biasanya hanya diberikan 3 hari. Lainnya diresepkan. Dropped obat puskesmas tiga bulan sekali, jadi sering kurang. Di puskesmas hanya bayar uang retribusi, Rp 3.000,-, tidak ada biaya lain.

Kalau pasien lama biasanya kontrol saja, untuk obatnya sudah punya sendiri.

14. Bagaimana saran ibu untuk penyakit hipertensi?

Kasus hipertensi setiap tahun semakin meningkat Jadi stok obat perlu ditambah. Adanya tata laksana yang lebih jelas di posbindu yang berfungsi untuk promotif dan preventif. Sekarang masyarakat lebih kritis, jadi bila ada panduan untuk tiap penyakit, kita bisa menjawab pertanyaan dari masyarakat. Kita juga lebih tau detilnya dan lebih fokus.

15. Bagaimana sistem rujukan ke rumah sakit?

Biasanya rujukan ke rumah sakit tergantung masyarakat, biasanya kalo yang kaya pakai biaya sendiri. Yang memiliki Askes sering minta dirujuk ke rumah sakit, karena obat yang diberikan beda dengan obat puskesmas.

Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

1. Toma Puskesmas Warung Jambu Kota Bogor

Diskusi kelompok terarah pada 6 informan di wilayah kerja puskesmas Warung Jambu Kota Bogor.

1. Apakah pernah mendapatkan pelatihan/penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk penyakit Hipertensi ?

Pada umumnya (hampir setiap bulan) tokoh masyarakat di wilayah kerja pkm Warung Jambu mendapat penyuluhan petugas kesehatan.

2. Bagaimana pandangan warga tentang hipertensi?

Biasanya informan mendapatkan kasus hipertensi di masyarakat pada saat pengajian atau posbindu karena ada yang melaporkan.

“ biasanya saya dapat informasi ada warga yang hipertensi saat pengajian, karena saya tanya kenapa kok tidak datang, ternyata tekanan darahnya naik”.

"Pengalaman saya, mendapatkan informasi ada warga sakit darah tinggi, pada saat kegiatan posbindu, kemudian dilakukan kunjungan rumah kalau warga tidak dapat datang"

"Warga dengan keluhan pegal-pegal di leher, saya suka memberikan masukan pada warga untuk sering-sering melakukan pemeriksaan kesehatan agar terkontrol kadar kolesterol, tekanan darah".

3. Bagaimana peran Dinkes dalam kegiatan penanggulangan hipertensi di lapangan?
Dinkes Kota banyak mendukung program penyuluhan secara umum, tetapi khusus untuk hipertensi belum pernah dilakukan. Dukungan Dinkes kota dalam kerjasama dengan rumah sakit setempat atau memberikan bahan-bahan untuk penyuluhan.

"ditempat saya saat ini ada kegiatan penimbangan untuk mamula,...."

"Beberapa bulan lalu di tempat saya ada penyuluhan dari RS Marzuki Mahdi".

"Dari segi peralatan, posbindu ditempat saya cukup lengkap, tapi belum ada gedung yang memadai"

"Ditempat saya ada kegiatan dasawisma, untuk warga miskin sering dibekali dengan SKTM, tapi kalau ke rumah sakit sering ditolak dengan alasan tidak ada kamar"

4. Bagaimana menurut anda penyakit Hipertensi? dan bagaimana pencegahannya di masyarakat ?

"hipertensi itu adalah sebagai akibat dari kita tidak jaga makan dan kurang olah raga, biasanya cirri orang hipertensi adalah sering pusing, leher sering pegal-pegal. Cara terbaik agar gak hipertensi adalah banyak olahraga"

Ini pengalaman saya, "waktu kerja dari rumah saya berngkat jalan kaki, kemudian berenti merokok. Dapat menurunkan tekanan darah"

"kalau saya sih kebetulan kerja di kesehatan, kalau ada warga mengeluh, saya catat gejalanya, kemudian saya konsultasikan dengan perawat atau dokter yang ada di pustu. Biasanya dokter akan beri saran cara mencegahnya adalah dengan mengurangi rokok, kurangi makan karbohidrat atau makanan asin"

"...supaya tidak kena hipertensi, jangan banyak merokok, makan asin atau makan makanan yang mengandung kolesterol"

"...kalau kita udah kena gula, nanti larinya bias jantung dan bahkan kena stroke. Nah kalo udah kena stroke maka kita gak bisa apa-apa",

"agar tidak hipertensi, jangan stres, pola makan yang baik, berpikir positif, dan dapat menahan diri untuk tidak mudah marah".

2. Kader Kesehatan Warung Jambu

1. Apakah pernah mendapatkan pelatihan atau penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk penyakit Hipertensi ?

Informan menyampaikan, pada umumnya mereka mendapatkan pembinaan dari petugas puskesmas.

Salah satu informan di Anyelir sudah menjadi kader kesehatan sejak tahun 2005, banyak pengalaman di posyandu balita maupun lansia. Juga posbindu yang dilakukan 1 bulan sekali setiap awal bulan. Kegiatan yang dilakukan selain penyuluhan, pemberian makanan tambahan sesuai dengan kebutuhan, juga ada senam kesegaran untuk lansia setiap Sabtu, jadi sebulan 4 x.

Selain itu ada pemeriksaan kesehatan yang dibantu oleh Dinas Kesehatan. Para kader kesehatan sudah diajarkan menggunakan tensi meter, stetoskop, cara mengukur tinggi dan berat badan, lingkar pinggang. Juga diajarkan cara mengisi KMS untuk lansia dan balita, mengisi laporan bulanan posbindu dan laporan puskesmas. Laporan diberikan saat dilakukan "lokmin", yang diadakan di Kelurahan, sebulan 1 x.

Dalam lokmin juga dibahas mengenai kesehatan. Setiap lokmin masalah yang dibahas terus bertambah sehingga kami mengetahui banyak berbagai penyakit dan cara pencegahannya.

"untuk mengetahui penyakit apa yang terjadi di wilayah kerjanya, biasanya dilakukan wawancara pada sore hari ke rumah warga untuk menanyakan sakit apa yang diderita".

2. Bagaimana usaha kader dalam membantu menangani hipertensi?

"Khusus yang hipertensi kami membantu melakukan pengontrolan sebulan sekali, dengan mengingatkan. Misalnya apakah masih merokok atau tidak, atau masih suka makan yang asin, yang mengandung lemak. Biasanya mereka yang terkena hipertensi adalah mereka yang kurang gerak/olahraga, pola hidupnya kurang teratur".

"Kami juga mengadakan senam kesehatan seminggu 2x terutama senam jantung sehat, Kebetulan instruktornya adalah saya sendiri. Yang ikut adalah warga umur 18 tahun ke atas, dan bahkan ada yang di atas 70 tahun".

"Di Mekar Sari pertemuan posyandu dan posbindu dilakukan bersamaan, dan bahkan ada Bina Keluarga Balita (BKB) yang diadakan sebulan 1 x".

3. Bagaimana menurut anda penyakit Hipertensi, dan bagaimana cara mengatasinya ?

Sebagian besar informan berpendapat, penyakit hipertensi yang diderita warga pada umumnya karena pola hidup seperti sering makan makanan berlemak dan makanan asin seperti ikan asin

" kalau tidak pakai ikan asin kurang sedap / kurang napsu makan, belum lagi yang suka merokok".

Sebagian penderita hipertensi tidak tahu gejalanya, hanya dirasakan pegal-pegal di pundak. Baru diketahui pada saat dilakukan pengukurantekanan darah.

Kader hanya melakukan pengukuran tekanan darah, sedangkan pengobatan oleh medis, dengan membayar Rp.3.000,-.

Di lingkungan RW saya cukup banyak dan teregristrasi dalam buku catatan kader sebagai penderita hipertensi. Biasanya oleh puskesmas di lapor untuk ditindak lanjuti dan bahkan ada yang minta surat rujukan ke RS PMI.

Kader juga membantu mengurus surat rujukan termasuk SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).

Untuk tensi di bawah 150 masih bisa ditangani oleh Posbindu dan diberi obat selama 3 hari. Kalau punya Jamkesmas gratis, dan kalau sampai 3 hari belum ada perbaikan, maka dirujuk ke RS atas saran dokter di PKM.

4. Bagaimana sebaiknya mencegah hipertensi ?

Pada umumnya informan mengetahui penyebab hipertensi adalah karena pola makan dan gaya hidup seperti merokok, kurang gerak. Juga harus rajin kontrol dan cek tekanan darah sebulan 1 x.

Umumnya yang terkena hipertensi adalah usia 30 tahun ke atas, walaupun sudah ada yang di bawah 30 tahun.

Sebelum melakuakn kegiatan pemeriksaan kesehatan, pengumuman pada warga disampaikan melalui mesjid dengan pengeras suara.

Informan berpendapat perempuan lebih banyak hipertensi karena ibu-ibu banyak masalah yang dihadapi, seperti urus anak, keluarga dan lainnya. Ada juga hipertensi yang berasal keturunan.

3. Penderita hipertensi

a. Laki-laki

Diskusi kelompok terarah pada 8 informan laki-laki menderita hipertensi, dengan rata-rata umur 55,2 tahun, dan rentangan umur antara 53-75 tahun. Pekerjaan sebagai pegawai swasta, sopir, satpam, cleaning service, tukang bangunan.

1. Sejak kapan bapak menderita hipertensi? Apa gejala yang dirasakan?

Informan menderita hipertensi rata-rata 3,1 tahun. Ada 3 informan menderita hipertensi sejak satu tahun yang lalu, lainnya masing-masing 2, 5, 7, 9, dan bahkan ada yang sudah 27 tahun.

Pada umumnya informan tidak pernah periksa tekanan darah, keluhan yang dirasakan adalah badan pegal-pegal, pusing, sakit kepala, sempoyongan, cepat marah. Bahkan ada yang tanpa gejala, langsung pingsan. Setelah dilakukan pemeriksaan baru terdeteksi menderita tekanan darah tinggi.

2. Apakah ada riwayat keluarga yang menderita darah tinggi?

Sebagian besar informan mengatakan bahwa orangtua (bapak atau ibu) menderita stroke, atau menderita darah tinggi. Hanya dua dari delapan informan yang mengatakan tidak ada riwayat keluarga menderita hipertensi.

3. Apa usaha anda agar tidak darah tinggi?

Usaha informan dalam mengatasi darah tinggi dengan memperbaiki pola makan dan pola hidup. Menghindari makan daging terutama daging kambing, juga jengkol, pete, dan makanan asin. Tidak merokok, mengurangi minum kopi, dan tidur cukup.

4. Apa masih minum obat antihi pertensi?

Pada umumnya informan makan obat antihipertensi pada saat serangan, setelah ada perbaikan dilanjutkan dengan rebusan daun-daunan, seperti daun sirsak, daun belimbing besi, suji, salam antanan, puyung, teh hijau atau makan bawang putih tunggal, bengkuang kecil, alpikat atau mengkudu. Hanya satu dari delapan informan yang mengaku masih makan obat antihipertensi sampai saat ini.

5. Bagaimana pelayanan penanganan darah tinggi di puskesmas, pustu ?

Pada umumnya informan tidak kecewa dengan pelayanan di Puskesmas dan Pustu. Hanya antri terlalu lama dan obat yang diberikan terbatas/ sedikit. Beberapa informan hanya datang untuk kontrol tekanan darah, obat dibeli di apotik.

6. Saat ini ada program posbindu, seperti posyandu tetapi untuk usia 18 tahun ke atas untuk penyakit tidak menular seperti penyakit darah tinggi, pernah mendengar tidak pak?

Tiga dari delapan informan belum pernah dengan adanya posbindu di wilayahnya. Lima lainnya mengetahui adanya kegiatan posbindu dan pernah datang untuk kontrol tekanan darah.

7. Apakah harapan kedepan tentang pelayanan terkait hipertensi, dan apa kegiatannya?

Pada umumnya informan menginginkan adanya kegiatan posbindu yang dilakukan 2 minggu sekali. Kegiatan posbindu sebaiknya ada di tempat tertentu. Informan menginginkan adanya waktu untuk mendiskusikan penyakitnya.

"...harus ada penyuluhan. Berobat tensi sudah banyak tapi nggk dikasih penjelasan seperti ini. Cuma dikasih tau suruh istirahat. Kalau nanya baru dikasih tahu. Nggk pernah dikasih tahu pencegahannya".

"Biasanya posbindu tempatnya di masjid, nggk ada tempat khusus. Sebaiknya sih ada dokternya juga".

b. Perempuan

Diskusi kelompok terarah pada 12 informan perempuan menderita hipertensi, dengan rata-rata umur 56,4 tahun, dan rentangan umur antara 47-69 tahun. Dua dari informan sebagai pekerja, dua dari informan sebagai pedagang kelontong/ sayur di rumah, sedangkan lainnya adalah ibu rumahtangga.

1. Sejak kapan ibu-ibu mengetahui bahwa ibu menderita hipertensi?

Informan menderita hipertensi rata-rata lebih dari 5 tahun. Empat informan lainnya menderita hipertensi setahun terakhir, diantaranya satu informan menderita hipertensi diawali pada saat melahirkan anak pertama, kemudian sembuh dan baru 3 bulan terakhir tekanan darah menetap tinggi.

Keluhan yang dirasakan adalah badan pegal-pegal, pusing, dan sakit kepala.

2. Apakah ada riwayat keluarga yang menderita darah tinggi?

Sebagian besar informan mengatakan ada riwayat keluarga dengan tekanan darah tinggi. Dua dari dua belas informan mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita tekanan darah tinggi.

3. Apa usaha atau upaya anda untuk mencegah maupun mengobati darah tinggi?

Semua informan mengatakan untuk melakukan kontrol tekanan darah ke puskesmas dan makan obat teratur.

Usaha lain adalah menjaga makan dengan tidak makan yang asin-asin, angka muda, pare, hindari kopi. Satu dari dua belas informan melakukan kegiatan senam dua kali dalam satu minggu. Ada informan yang melakukan qosidahan agar tenang.

Selain obat, informan juga minum godokan daun ceri, salam. Ada yang minum air seladri, air buah mengkudu dan teh.

4. Menurut ibu, bagaimana kegiatan di puskesmas atau posbindu atau pelayanan lain mengenai perawatan darah tinggi? Baik atau kurang, bagaimana biayanya, dan pelayanan seperti apa?

Pelayanan bagus tetapi obat yang diberikan dirasakan kurang. Harapan informan obat bisa disediakan dengan cukup dan diberikan secara gratis.

"Pelayanan sudah bagus, obat diberi 5 biji, kadang-kadangkalah tidak ada obat diberikan resep".

5. Apa kegiatan posbindu? Untuk pengukuran tensi biasanya dilakukan diposbindu atau di rumah?

Belum semua RW memiliki posbindu.

Bagi informan yang sudah mempunyai posbindu mengatakan, pengukuran tensi dilakukan di posbindu satu kali dalam satu bulan. Pada umumnya informan juga mempunyai tensimeter, tetapi banyak yang mengeluhkan, ada selisih antara pengukuran di rumah dan di posbindu.

"... kalau diukur di posbindu 140 tapi diukur di rumah cuma 120. Kenapa di posbindu tinggi terus? Apa alatnya lain ya, kok nggak sama?"

Kegiatan lain di posbindu adalah senam yang dilakukan satu kali dalam satu bulan (Kedung Halang). Juga ada pemeriksaan gula darah, kolesterol, asam urat dengan biaya

sendiri, kecuali pemeriksaan jantung diberikan secara gratis. Pemeriksaan tidak secara rutin dilakukan, tergantung permintaan warga.

6. Apakah ada hambatan dalam menjalankan posbindu?

"Nggak ada hambatan, Gedung ada, tenaga kesehatan ada, alat-alat lengkap untuk mengukur tensi, tinggi badan dan berat badan"

7. Menurut ibu, apakah posbindu perlu dan apa harapan ibu tentang posbindu?

Semua informan mengatakan perlu adanya posbindu, karena banyak warga yang sudah tua dan agar bisa mendapatkan informasi tambahan tentang kesehatan.

Beberapa informan yang belum ada posbindu, ingin diadakan karena banyak warga yang masih muda sudah terkena PTM.

4.2. PEMBAHASAN

Hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan perhatian, khususnya dalam pencegahan penyakit tersebut menjadi lebih buruk. Survei kesehatan rumah tangga dalam satu dekade memperlihatkan peningkatan hipertensi sebagai penyebab kematian dari 16,0 persen pada tahun 1992, menjadi 26,4 persen pada tahun 2001. Sementara penyebab terjadinya hipertensi, selain dikarenakan adanya faktor keturunan, juga erat kaitannya dengan perilaku dan adanya perubahan gaya hidup yang kompleks dari individu bersangkutan, sehingga dalam upaya mencegah atau menghambat memburuknya hipertensi, perlu memperhatikan faktor perilaku yang tidak kondusif terhadap kesehatan dan lingkungan, demikian juga pada faktor risiko yang telah ada, agar tidak berkembang ke arah penyakit jantung pembuluhdarah yang biasanya akan akibat fatal.

Hasil penelitian pada 2 kabupaten dan 1 kota dapat dilihat pada Tabel 5.21. Dari faktor demografi, persentase hipertensi meningkat pada kelompok umur 35-60 tahun sebanyak 1,99 (95% CI: 1,66-2,41) sampai 2,7 (95% CI: 1,91-3,82) kali dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Di Kabupaten Lebak lebih tinggi dibandingkan dengan Kota Bogor dan Kabupaten Bogor. Hal ini sesuai dengan penelitian di India Selatan yang menunjukkan prevalensi hipertensi juga meningkat pada kelompok umur (Yadlapalli S.K., et.al., 2004). Hasil ini juga sejalan dengan temuan dari Survei Kesehatan Rumah Tangga pada tahun 2004, dimana hipertensi bertambah buruk seiring dengan

bertambahnya umur. (Balitbangkes, Survei Kesehatan Rumah Tangga 2004). Menurut jenis kelamin, di kota Bogor, prevalensi hipertensi pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, hal ini didukung dengan hasil kualitatif yang menunjukkan, responden perempuan lebih rajin melakukan penimbangan tekanan darah ke posyandu, bersamaan dengan pada saat membawa anak atau cucunya timbang di posyandu. Hal ini sesuai dengan temuan Wang, yang menunjukkan tingkat kepedulian, melakukan pengobatan dan kontrol tekanan darah pada perempuan lebih banyak dibanding laki-laki (Wang Z, et.al., 2004).

Berbeda halnya dengan status perkawinan, di kedua kabupaten menunjukkan pada responden kawin dan cerai mempunyai risiko 1,7 (95% CI: 1,38-2,24) -1,9 (95% CI: 1,13-3,34) kali menderita hipertensi dibandingkan yang belum kawin. Menurut pendidikan, di kota maupun Kabupaten Bogor memperlihatkan, pendidikan rendah mempunyai risiko lebih besar terkena hipertensi dibandingkan yang pendidikan tinggi.

Dari faktor perilaku, hasil analisis menunjukkan bahwa responden di Kabupaten Bogor berisiko menderita hipertensi lebih tinggi apabila tidak melakukan aktivitas fisik 1,2 (95% CI: 1,02-1,38) kali, lama merokok selama 30 tahun atau lebih memberikan peluang menderita hipertensi 1,5 (95% CI: 1,07-1,98) kali dibandingkan lama merokok kurang dari 30 tahun. Seperti halnya yang dikemukakan oleh Thuy (Thuy, et.all., 2010) bahwa, risiko hipertensi bagi mereka yang telah merokok selama 30 tahun atau lebih adalah 1,52 (95% CI: 0,95-2,44) dibandingkan dengan perokok kurang dari 30 tahun, tanpa memperhitungkan apakah mereka sebagai perokok saat ini atau sebagai mantan perokok. Pola makan berisiko adalah kebiasaan responden makan makanan manis, asin, berlemak, jeroan, dipanggang, makanan menggunakan zat pengawet, zat penyedap, dan minum kopi. Hasil analisis menunjukkan yang sering makan makanan berlemak berpeluang 1,3 (95% CI: 1,02-1,54) kali menderita hipertensi dibandingkan yang kurang makan makanan berlemak. Hal ini tidak tampak di Kota Bogor maupun Kabupaten Lebak. Hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya dimana hipertensi erat kaitannya dengan makanan yang berlemak. Demikian juga Responden dengan gangguan mental emosional di Kabupaten Lebak berpeluang 2,4 (95% CI: 1,41-4,13) kali menderita hipertensi dibandingkan yang tidak dengan gangguan mental emosional. Hasil ini sesuai dengan

temuan dari Hamer,dkk., dimana risiko kematian jantung pembuluh darah, tinggi pada responden hipertensi baik yang terkontrol (RH = 2,32, 95 % CI: 1,70-3,17) maupun yang tidak terkontrol (RH = 1,90 , 95% CI: 1,18-3,05) dan gangguan mental emosional. Dalam penelitian Hamer, dkk. menunjukkan bahwa antara hipertensi dengan gangguan mental tidak dapat dipisahkan sebagai penyebab kematian khususnya pada penyakit jantung dan pembuluh darah (Hamer, Mark, et.all., 2010).

Tabel 4.21.
Rangkuman Model penanggulangan hipertensi Kota Bogor, Kab. Bogor dan Kab. Lebak, Riskesdas 2007

Variabel	Kota Bogor		Kab. Bogor		Kab. Lebak	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Klpk. Umur	.886	2.425	.692	1.998	.993	2.700
Jenis kelamin	-.746	.474				
St. kawin			.564	1.758	.663	1.940
Pendidikan	-.550	.577	-.365	.694		
Aktivitas			.170	1.185		
Lama merokok			.372	1.451		
M. berlemak			.222	1.248		
Gang. mental					.881	2.413
IMT	.867	2.380	.681	1.976		
Umur&Lperut	.723	2.061	.549	1.732		
Lingkar perut					.679	1.973
Lingk. cemar					.429	1.535
Constant	-.933	.394	-2.022	.132	-3.025	.018

Risiko terkena hipertensi dengan berat badan lebih, berpeluang 1,9 (95% CI: 1,63-2,4) - 2,4(95% CI: 1,66-3,42) kali dibandingkan dengan berat badan normal dan kurus. Hal ini terjadi di Kota dan Kabupaten Bogor. Responden dengan berat badan lebih akan terjadi penumpukan jaringan lemak, yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah dalam meningkatkan kerja jantung untuk dapat memompakan darah ke seluruh tubuh (Schmieder, RE, Messerli, FH. 1993). Dalam penelitian Rose pada penduduk Amerika, responden kelompok umur 20-39 tahun dengan berat badan lebih, mempunyai peluang dua kali lipat dibandingkan dengan berat badan normal, dan berpeluang tiga kali mendapatkan hipertensi apabila dibandingkan dengan orang kurus. Sedangkan pada kelompok umur 40-64 tahun, responden dengan berat badan lebih mempunyai peluang 50

persen menderita hipertensi dibandingkan dengan berat badan normal (Rose Stamler, et.all, 1978). Demikian juga hasil penelitian Liu di China menunjukkan bahwa responden obesitas mempunyai risiko 3,9 kali lebih tinggi menjadi hipertensi dengan nilai Risiko Relatif sebesar 4.9 (95% CI: 3,4 -7,3) dibandingkan dengan responden yang memiliki indeks massa tubuh kurang dari 25 kg /m² (Liu L. Et.all., 2004). Hal ini juga ditunjukkan dengan lingkaran perut berisiko mempunyai peluang menderita hipertensi sebanyak 1,97 (95% CI: 1,34-2,84) kali dibandingkan dengan responden dengan lingkaran perut tidak berisiko. Demikian juga pengaruh umur dengan terjadinya lingkaran perut berisiko. Responden kelompok umur 35-60 tahun dan lingkaran perut berisiko berpeluang menderita hipertensi 1,7 (95% CI: 1,36-2,20) - 2,1 (95% CI: 1,31-3,24) kali dibandingkan dengan kelompok umur 15-34 tahun dan lingkaran perut tidak berisiko. Hal ini didukung dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa tekanan darah secara langsung berkorelasi dengan berat badan, persen lemak tubuh, dan resistensi insulin (De Fronzo RA, Ferrannini E, 1991).

Berbeda dengan model di kabupaten Lebak, responden yang tinggal di lingkungan tercemar berpeluang 1,5 (95% CI: 1,12-2,10) kali lebih besar menderita hipertensi dibandingkan yang tinggal di lingkungan tidak tercemar. Seperti yang dilaporkan dalam penelitian Amsterdam Health Survey 2004 tentang hubungan stres lingkungan terhadap tekanan darah. Hasil menunjukkan, kepadatan perumahan yang tinggi, gangguan penyalahgunaan obat, meningkatnya kejahatan dan gangguan lalu lintas dapat meningkatkan peluang hipertensi, sedangkan peningkatan penghijauan dapat menurunkan tekanan darah (Agyemang C., et.al., 2007).

BAB V

KESIMPULAN dan SARAN

5.1.KESIMPULAN

Terdapat perbedaan faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di tiga daerah kajian.

1. Kota Bogor dengan faktor risiko kelompok umur, berat badan lebih/obese berdasarkan indeks massa tubuh, lingkar perut berisiko dan lingkar perut berisiko, jenis kelamin, dan pendidikan.
2. Kabupaten Bogor dengan faktor risiko kelompok umur, berat badan lebih/obese berdasarkan indeks massa tubuh, status kawin, umur tua dengan lingkar perut berisiko, lama merokok, makan makanan berlemak, kurang aktivitas fisik, dan pendidikan rendah.
3. Kabupaten Lebak dengan faktor risiko kelompok umur, adanya gangguan mental, lingkar perut berisiko, status kawin dan lingkungan tercemar.

Model penanggulangan hipertensi selain disebabkan karena faktor demografi yang tidak dapat diintervensi seperti kelompok umur dan jenis kelamin, faktor risiko lain yang besar pengaruhnya dan dapat dilakukan intervensi adalah kelebihan berat badan dan lingkar perut berisiko.

Disamping itu, persamaan yang diperoleh dari ketiga daerah kajian adalah belum adanya program pencegahan atau penanggulangan hipertensi secara khusus. Program penanganan Penyakit Tidak Menular secara umum masih terbatas sampai tingkat Provinsi. Di tingkat Kabupaten/Kota, Program penanggulangan PTM belum merupakan prioritas utama. Hal ini menyebabkan pelayanan medis untuk PTM atau hipertensi khususnya masih pasif baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Hal ini juga tercermin dengan skala prioritas dalam penyusunan Rencana Anggaran Belanja tahunan. Keterbatasan sarana dan prasarana yang tersedia seperti alat tensimeter, sumber daya manusia untuk melakukan penyuluhan merupakan kendala dalam mendukung pelaksanaan program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif hipertensi tersebut.

Hal ini diperberat dengan masih rendahnya pengetahuan tentang faktor risiko terjadinya hipertensi serta akibat dari hipertensi. Keadaan ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan tingkat kepedulian untuk melakukan pengobatan dan kontrol tekanan darah menjadi rendah, sehingga prevalensi hipertensi meningkat.

Dari segi ekonomi, ketidak mampuan masih merupakan penghalang untuk responden melakukan kontrol kesehatan maupun pengobatan.

5.2.SARAN

1. Pemerintah wajib memberikan perhatian lebih pada program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan membuat peraturan-peraturan agar dapat dilaksana dengan konsisten.
2. Mengembangkan model Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang sudah ada sesuai dengan kondisi wilayah dan budaya setempat.
3. Memasukan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam kurikulum sekolah, yang diberikan sejak pendidikan dasar, terutama yang berkaitan dengan menu seimbang.
4. Meningkatkan edukasi dan promosi dalam upaya untuk mengurangi asupan kalori berlebih dengan upaya meningkatkan pengeluaran energi untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular khususnya hipertensi.
5. Melakukan edukasi persiapan membina rumah tangga/ keluarga harmonis, termasuk di dalamnya manajemen rumah tangga dapat dipertimbangkan menjadi paket dalam penyuluhan pencegahan dan penanganan hipertensi.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat baik di sekolah maupun di masyarakat, sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi maupun penyakit degeneratif.
7. Mengaktifkan peran masyarakat dalam Posbindu atau wadah lain yang terintegrasi untuk dapat melakukan upaya preventif dan menjaring atau mendeteksi penderita hipertensi lebih dini.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penelitian Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi merupakan wujud kerja sama antara PTIKM, Badan Litbangkes, Kemenkes RI dan Dinas Kesehatan Kota Bogor, Kabupaten Bogor dan Kabupaten Lebak. Kegiatan ini melibatkan kerja keras dari tim inti PTIKM dan tim daerah di dua kabupaten dan satu kota tersebut mulai dari penyusunan kuesioner, persiapan lapangan, pengumpulan data di lapangan dan penyusunan laporan penelitian. Dan pada akhirnya penelitian sudah dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu. Untuk itu rasa syukur dan penghargaan kami sampaikan kepada seluruh tim dan ucapan terimakasih yang tidak terhingga kami sampaikan kepada Kepala Badan Litbangkes/ DR.dr, Trihono, MSc., kepala PTIKM/ D.Anwar Musadad, SKM,Mkes., beserta jajarannya atas bimbingannya selama kegiatan penelitian ini berlangsung dan atas dukungan dana untuk penelitian ini. Harapan kami semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi daerah dalam melakukan intervensi terhadap faktor risiko terjadinya hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anna Timperio; Robert W Jeffery; David Crawford; Rebecca Roberts; Billie Giles-Corti; Kylie Ball
Neighbourhood physical activity environments and adiposity in children and mothers: a three-
year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*
2010,7:18.
- Arthur L. Klatsky. Health Effects of Moderate Alcohol Consumption: A Paradigmatic Risk Factor
Alcohol and hypertension. *Clinica Chimica Acta* Volume 246, Issues 1-2, 15 March 1996, pp.
91-105.
- Ashish Aneja, Fadi El-Atat, Samy I. McFarlane and James R. Sowers. Hypertension and Obesity.
Recent Progress in Hormone Research 2004 (59): 169-205.
- Balitbangkes. Depkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun
2007. Desember 2008, Jakarta. pp.110-121.
- Balitbangkes. Depkes RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar Biomedis. Jakarta 2009.
- Barry M. Popkin. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World *Journal of
Nutrition* 2001; 131:871 S-873S.
- Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise
approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001.
- Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, The WHO Stepwise Approach to
Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors, Geneva: World Health Organization.
- Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. Surveillance
Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance
(STEPS) of NCD Risk Factors. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The seventh report of the joint national committee
on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure- The JNC 7
report. *JAMA*. 2003; 289: 2560-2572.
- Departemen Kesehatan R.I. Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu.
Tahun 2002
- Elisabete Pinto. Blood pressure and ageing. *Postgrad Med J* 2007;83:109-1 14.
- Ellen Van de Poel Owen O'Donnell and Eddy van Doorslaer. Urbanization and the spread of
diseases of affluence in China. *J.Economic and Human Biology*. 2009 July;(7):200-16.
- Erdine S, Arar SN. Current status of hypertension control around the world. *Cardiology Department,
Cerrahpasa Medical School, University of Istanbul, Istanbul, Turkey*. 2004 Oct-Nov;26 (7-
8):73 1-8.

- He J, Klag MJ, Wu Z, Whelton PK. Stroke in the People's Republic of China. 1. Geographic variations in incidence and risk factors. *Stroke*. 1995 Dec;26(12):2222-7.
- Humphreys, K. & Hill RC., Area Variations in Health Outcomes Artefact or Ecology. *International Journal of Epidemiology*. 1991.20:251-256.
- J Mufunda, P Nyarango, A Kosia, A ●bgamariam, G Mebrahtu, A Usman, J Ghebrat, S Gebresillosie, S Goitom, A Kifle, A Tesfay and A Gebremichael. Noncommunicable diseases in Africa: a silent hypertension epidemic in Eritrea. *Journal of Human Hypertension* (2005) 19, 255-256.
- Kementerian Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. pp. 65-67.
- Kementerian Kesehatan. Visi Misi dan Strategi Renstra Kementerian Kesehatan 2010-2014.
- Kim S, Symons M, Popkin BM. Contrasting socioeconomic profiles related to healthier lifestyles in China and the United States. *Am J Epidemiol*. 2004 Jan 15;159(2):184-91.
- Kisjanto et. Al., Risk Factors for Stroke among Urbanized Indonesian Women of Reproductive Age: A Hospital-Based Case Control Study, *Cerebrovascular Diseases Journal*, 2005; 19; 18-22.
- Lameshow S., David W.H.Jr., Janelle Klar, Stephen K.L., Besar sampel dalam penelitian kesehatan. Gajah Mada University Press.
- Leon Gordis. *Epidemiology*. Third edition. John Hopkin Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland. Elsevier Saunders, 2004. p.159-176.
- M G Marmot, P Elliott, M J Shipley, A R Dyer, H U Ueshima, D G Beevers, R Stamler, H Kesteloot, G Rose, J Stamler. Alcohol and blood pressure: the INTERSALT study, *British Medical Journal* 308, 1263-1267.
- M. Ceccanti, G. F. Sasso, R. Nocente, G. Balducci, A. Prastaro, C. Ticchi, G. Bertazzoni, P. Santini and M. L. Attilia. Hypertension in early alcohol withdrawal in chronic alcoholics. *Oxford Journals Medicine Alcohol and Alcoholism* Oct. 2005. Volume 41, Issue Pp. 5-10.
- Maciej K. Malinski M.K., et.al. Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease Mortality in Hypertensive Men. *Arch Intern Med*. 2004;164:623-628.
- Ministry of Health. Republic of Indonesia. *Indonesia Health Profile 2006*. Centre for Health Data.
- Monda KL, Gordon-Larsen P, Stevens J, Popkin BM. China's transition: the effect of rapid urbanization on adult occupational physical activity. *Soc Sci Med*. 2007 Feb;64(4):858-70. Epub 2006 Nov 27.
- Morgenstern H., *Ecological Studies*. Dalam: Rothman K.J., *Modern of Epidemiology*. Lippincott Reven. Second Edition: 1998. P.459-480.

- Niakara A, Fournet F, Gary J, Harang M, Nébié LV, Salem G. Hypertension, urbanization, social and spatial disparities: a cross-sectional population-based survey in a West African urban environment (Ouagadougou, Burkina Faso). *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2007 Nov;101(11):1136-42.
- Paul R Conlin. Genes and environment in blood pressure control.salt intake again shows its importance. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 88, No. 2, 255-256, August 2008.
- Petrella RJ, Merikle EP, Jones J. Prevalence, treatment, and control of hypertension in primary care: gaps, trends, and opportunities. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2007 Jan;9(1):28-35.
- Rajeev Gupta, Anoop Misra, Naval K Vikram, Dimple Kondal, Shaon Sen Gupta, Aachu Agrawal, and RM Pandey. Younger age of escalation of cardiovascular risk factors in Asian Indian subjects. *Bio-Medical Central Cardiovascular Disorder.* 2009; 9: 28.
- R Gupta. Trends in hypertension epidemiology in India. *Journal of Human Hypertension* 2004. 18, 73-78
- S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p.1-5.
- Saverio Stranges; Tiejian Wu; Joan M. Dorn; Jo L. Freudenheim; Paola Muti; Eduardo Farinero; Marcia Russell; Thomas H. Nochajski; Maurizio Trevisan. Relationship of Alcohol Drinking Pattern to Risk of Hypertension. *Hypertension.* 2004;44:813.
- Shyamal Kumar Das; Kalyan Sanyal; Arindam Basu. Study of urban community survey in India: growing trend of high prevalence of hypertension in a developing country. *International Journal of Medical Sciences.* 2005 2(2):70-78.
- The World Health Report 2002. Reducing Risk, Promoting Health Life, World Health Organization, Geneva, 2002.
- Tim Surkesnas. Laporan SKRT 2001: Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Studi Morbiditas dan Disabilitas. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p.18-19.
- U .S.National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program.The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 04-5230 August 2004
- Wang Z, Wu Y, Zhao L, Li Y, Yang J, Zhou B;Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the middle-aged population of China, 1992-1998. *Hypertens Res.* 2004 Oct; 27(10): 703-9.
- Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *J Hum Hypertens.* 2004 Aug;18(8):545-51.
- World Health Organization. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure dalam The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors, Geneva 2001.

World Health Organization (WHO) Expert Committee on High Blood Pressure Control. Hypertension Control: Report of a WHO Expert Committee. WHO, 1996:862.

Xiaohui Hou. Urban-rural disparity of overweight, hypertension, undiagnosed hypertension, and untreated hypertension in China. *Asia Pac J Public Health*. 2008;20(2):159-69.

Yadlapalli S. Kusuma, PhD; Bontha V. Babu, PhD; Jammigumpula M. Naidu, PhD. Prevalence of hypertension in some cross-cultural populations of Visakhapatnam district. South India. *Ethn Dis*. 2004;14:250-259.

Yusri. Tekanan darah – Hipertensi. *Kesehatan 123, Media Informasi Kesehatan Indonesia, Jakarta*, 20 Mei 2011.

LAMPIRAN



**KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KESEHATAN DEPARTEMEN KESEHATAN**

NOMOR : HK.03.0512/8878/2011

TENTANG

**PERUBAHAN LAMPIRAN PENETAPAN PENELITI UNTUK PELAKSANAAN
KEGIATAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN BIDANG
PRIORITAS TEKNOLOGI DAN OBAT
PROGRAM INSENTIF YANG DISELENGGARAKAN DEWAN RISET NASIONAL
KEMENTERIAN NEGARA RISET DAN TEKNOLOGI (KNRT)
TAHUN 2011**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka peningkatan kinerja riset di lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang berfokus pada bidang prioritas teknologi kesehatan dan obat perlu distimulasi melalui Program Insentif yang diselenggarakan oleh Dewan Riset Nasional, Kementerian Negara Riset dan Teknologi;
- b. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a tersebut dipandang perlu ditetapkan Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tentang Penetapan Peneliti Untuk Pelaksanaan Kegiatan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Bidang Prioritas Teknologi dan Obat pada Program Insentif Yang Diselenggarakan Dewan Riset Nasional, Kementerian Negara Riset Dan Teknologi Tahun 2011;
- Mengingat : 1. Undang Undang Nomor 18 tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);
2. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3609);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2005 tentang Alih Teknologi Kekayaan Intelektual serta Hasil Penelitian dan Pengembangan oleh



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

Perguruan Tinggi dan Lembaga Penelitian dan Pengembangan
(Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 43, Tambahan Lembaran
Negara Nomor 4497);

5. Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2005 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Kementrian Negara republik Indonesia sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 50 Tahun 2008;
6. Instruksi Presiden Nomor 4 tahun 2003 tentang Pengkoordinasian Perumusan dan Pelaksanaan Kebijakan Strategis Pembangunan Nasional Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
7. Peraturan Presiden No 47 Tahun 2009 tentnag Pembentukan dan Organisasi Kementrian Negara
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VII/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : **PERUBAHAN LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TENTANG PENETAPAN PENELITI UNTUK PELAKSANAAN KEGIATAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN BIDANG PRIORITAS TEKNOLOGI DAN OBAT PROGRAM INSENTIF YANG DISELENGGARAKAN DEWAN RISET NASIONAL KEMENTERIAN NEGARA RISET DAN TEKNOLOGI (KNRT) TAHUN 2011.**
- Kedua : Daftar susunan dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu tercantum dalam lampiran.
- Ketiga : Peneliti sebagaimana dimaksud pada diktum kedua wajib melaksanakan penelitian sesuai dengan Pedoman Program Insentif Dewan Riset Nasional dan Kementerian Negara Riset dan Teknologi Tahun 2011.
- Keempat : Para peneliti bertanggungjawab kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengenai kegiatan



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

penelitian yang dilakukan melalui Komisi Ilmiah Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan.

- Kelima : Seluruh pembiayaan yang timbul sebagai akibat dari pelaksanaan kegiatan penelitian program insentif dibebankan pada anggaran (DIPA) Badan Litbang Kesehatan Tahun 2011.
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan sampai dengan 31 Desember 2011 dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan dilakukan perubahan dan perbaikan kembali sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 24 Oktober 2011.



Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Sekretaris Jenderal Dep. Kesehatan
3. Inspektur Jenderal Dep. Kesehatan
4. Para Dirjen di lingkungan Dep. Kesehatan
5. Kepala Badan PPSDM
6. Dirjen Anggaran Dep. Keuangan
7. Sekretaris Badan Litbangkes
8. Para Kapuslitbang, Balai Besar dan Balai di lingkungan Badan Litbangkes
9. Para Kepala Loka Litbang P2B2 di lingkungan Badan Litbangkes

DAFTAR PENELITIAN UNTUK PELAKSANAAN KEGIATAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN BIDANG PRIORITAS TEKNOLOGI DAN OBAT TAHUN 2011
 DARI DANA BENEVOLENTIF RISTEK DEWAN RISET NASIONAL, KEMENTERIAN NEGARA RISET DAN TEKNOLOGI

No	Judul Penelitian	Jenis Riset	Fokus Bidang	Nama Peneliti Utama dan Jabatan	Nama Peneliti dan Jabatan Fungsional	Jumlah Peneliti (org)	Unit Kerja	Usulan Biaya	Luaran yg dijanjikan sesuai butir 4 c
1	Study vektor model sistem pertahanan dini kejadian kusibaga demam berdarah	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dr. Rilis Ningsolan, SKM, M.Si Peneliti Madya	Dr. Arniul Kurni, M.Sc (PU), Drs. Edy Ekaono (PU), Dr. Muning Nurmayanti (PU)	4	P3	Rp 200.000.000,00	Informasi penyebaran penyakit DBD
2	Analisis dan Penyusunan dasar obat herbal untuk anak dan penerapannya di Rumah Sakit	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Bryce Marlokatih, SKM Calon peneliti	Dra. Anny Victor Purba, PhD (PU), dr. Ery, Sp.M. (M.Kes (PM), Dra. Dianah, Madrasah, MS, Apt (PMO), Drs. Almasrany, Apt, MS (PMO)	5	P3	Rp 250.000.000,00	Informasi obat herbal yang dipertukarkan untuk pengobatan anak
3	Oral Fluid Sebagai Sampel Alternatif Untuk Diagnosis Penyakit Campak	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Suhanggih, S.Si Calon Peneliti	Dr. Muband (CP), Dr. Vm Setiawan, M. Biomet (PT), Hedy Ari W.S.Si (CP)	4	P1	Rp 200.000.000,00	Sensitivitas analisa specimen oral fluid dan serum pada pemeriksaan ELISA dan RT-PCR
4	Pengaruh Penderita Kesehatan Jwa Berbasis Masyarakat Yang Dilakukan Perawat Terhadap Pemulihan dan Biaya Pasien Dengan Jwa Berbasis DINA D	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	dr. Sri Wahid, Sp.KJ Peneliti Madya	Dr. Ong. Farida Sidiarta (PM), Olivia Mingsulan, S.Si (PM), Khotol, T. obing SKM, M. Epid (PT)	4	P2	Rp 200.000.000,00	Metode program kesehatan jwa yang paling efektif dalam hal pemulihan pasien
5	Analisis implikasi kebijakan penyelempas jaminan kesehatan masyarakat (pemerintah) bagi masyarakat miskin oleh	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Prof. Dr. Herman Sudirman, SKM Peneliti Utama	Prof. Dr. Wicak Budiono (MS, PU), Dra. Rostini, M.Kes (PM), dr. Tety Rachman, MEd (PMO), T. ornial Labanani, SE,MM (PMO)	5	P4	Rp 250.000.000,00	Analisis implikasi kebijakan tentang manajemen kepastian program jaminan kesehatan masyarakat bagi keluarga miskin
6	Pengembangan Obat Malaria Dari Ekstrak Ramuan Tradisional Provinsi NTT, Sulawesi dan Papua	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dra. Yun Astuti, Sp.Obg, M. Kes Peneliti Madya	Dra. Rita Mariani, M. Kes (PMO), Anel Prichan (PT), Budi Nurwati (PM dr. Lidwina Salim, M.Kes (PT)	5	P2	Rp 250.000.000,00	Obat malaria dari ekstrak ramuan tradisional
7	Faktor risiko hipertensi dan pengaruhnya model intervensi	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	dr. Adhitya Pradana, M.Kes Peneliti Madya	Suparmi SKM, MEd (CP), Ta A. Sih SKM, M. Kes (PM)	3	P3	Rp 150.000.000,00	Model intervensi manajemen hipertensi di Kab Bogor, Kab Bogor dan Kab Lebak
8	Hubungan riwayat malaria selama masa kehamilan dengan kasus berat bayi lahir rendah (BBLR) di kabupaten OKU Timur tahun 2011	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Ari Budiyanto, SKM, M.Epid Peneliti Madya	Yulian Taw, M.Si (PU), Moleke Sobus, SKM, M. Si (PT), Yelhy SKM (PT)	4	Loke Bekureja	Rp 200.000.000,00	Obat malaria selama masa kehamilan pada ibu hamil dengan riwayat bayi baru lahir
9	Model pengembangan metode surveillance PTM (Jalur, Cakupan, Sifat) berbasis UKEM	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Nurik Kusumawardani, SKM, M.Sc,PH, PhD, Peneliti Madya	Dra. Woro Ryadina, Nissa (PMO), Dr. Enoch Raharjeng, M.Kes	3	P3	Rp 150.000.000,00	Model Deteksi dan Tindak lanjut triad labor risiko PTM berbasis peran masyarakat yang efektif dan efisien
10	Peningkatan tingkat kepatuhan minum obat ARV pada OHA berisiko pada kondisi sosial budaya masyarakat	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Vivan Vinita, S.Si, MA, Apt Peneliti Pertama	1 Rty A. Jha Mulyani, S.Si, M.Si, Apt (PM), Ni Ketut Ariyanti, MCM, M.Si	3	P3	Rp 150.000.000,00	Diperolehnya faktor faktor sosial budaya yang mendukung atau menghambat kepatuhan dan ARV pada OHA
11	Pengaruh perilaku keluarga terhadap masyarakat terhadap kemampuan beresap pada aspek Kelemban	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Drs. Teguh Purnomo, MEd Peneliti Madya	dr. Roy G.A. Masale, MPH, PhD (PM), Inan Terban, SKM, M.Kes (PM dr. Joy A.M. Risti, M.Sc, PhD (PM), Sil Gendut, MPH, D.Sc (PMO)	5	P4	Rp 200.000.000,00	Model program kesehatan dalam pengendalian kemampuan uk kesehatan masyarakat di
12	Respon imun Pasca imunisasi Dengan Vaksin Polio Oral dan Vaksin Injeksi Pada Anak Berisiko Di Wilayah Jawa Tengah dan DIY	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Safahim S. Si Peneliti Pertama	Dra. Herma (PT), Shinta Puranunfal, SKM (PT), Wicomo, SKM (PT)	4	P1	Rp 200.000.000,00	Metode metode anak Berisiko terhadap IPV 4 dan OPV4
13	Pengaruh Model Klinik VCT dan Profil Cembur Serta Sifat Riset Terapan HIV Di Kabupaten Ende, NTT	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dr. Lud R Permana, M. Sc Peneliti Madya	Dra. Rachmaika, M.Sc (PM), Dra. Evi S (PM), Meda Permama, S.Si (P	3	P1	Rp 250.000.000,00	Kelemban profil risiko HIV pada OHA
14	Kebijakan penetapan penerap sebagai penerap sbel di Puskesmas Riset Terapan	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dr. Sudhyo Supardi, Apt Peneliti Madya	Max Yoseph, M.Kes (PMO), Dra. Rahmad, M.Kes (PM), Andi Lery S.Si	4	P3	Rp 200.000.000,00	Kebijakan penetapan penerap
15	Model intervensi pelayanan kesehatan gizi di provinsi kepulauan Bangka Belitung tahun 2011	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Drs. Ebruhanty, M.Kes Peneliti Madya	dr. O.M. Bito, M.Sc dan dr. Sekar Tutul, M.Kes	3	P2	Rp 150.000.000,00	Model intervensi pelayanan kesehatan gizi di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung
16	Faktor yang berpengaruh terhadap pengembangan sistem pemantauan dan pelaporan penyakit berbasis	Riset Terapan	Teknologi Kesehatan dan Obat	Joko Harito, SKM, M.Kes Peneliti Madya	dr. Felly Senawa, M.Kes dr. T. H.T. Haryanti, M.Kes, (PT), Priska, SKM, MPH (PM), Fitri, M.Kes (PT)	5	P3	Rp 250.000.000,00	Mendapatkan informasi terkait faktor yang berpengaruh dalam pengembangan sistem pemantauan dan pelaporan penyakit berbasis

17	Pengaruh Penerapan Strategi DOTS di Rumah Sakit Terhadap Mikrobiologi esentrikan Pasien TB Setelah Pengobatan Enam Bulan Berdasarkan Aspek Klinis	Riset Tesis	Teknologi Kesehatan dan Obat	Muryani Ginting, S.Si, M.Sc Peneliti Medya	Aris Haidirianto SKM, MKes (CP), Sarumpa, M.Si (PM), Rudi Putranto, MKes (PT)	4	P1	Rp 200,000,000.00	Diketahui keberhasilannya pengobatan pasien TB pada di RS melalui strategi DOTS	
18	Pengembangan model eliminasi pasung dalam mendukung ludo nesia bebas pasung	Riset Tesis	Teknologi Kesehatan dan Obat	Yulika Fauzla W & Durni, S.Psi, M.Si Peneliti Pertama	Sita Pranala (PM), Weni Lestari	3	P4	Rp 150,000,000.00	Model eliminasi pasung dalam mendukung integrasi bebas pasung	
19	Pengembangan model budidaya tanaman obat untuk peningkatan nilai ekonomi dalam rangka pemberdayaan	Pengembangan Model dan Penemuan IPTEK	Teknologi Kesehatan dan Obat	Ir. Sugeng Suyono, MP Peneliti Medya	Ir. Yuli Widayanti, MP (PMD), Irena Sigrijad, SP, MP (PM)	3	B2P2 Ts	Rp 150,000,000.00	Model SOP budidaya tanaman obat pangan (Berkas studi Urk)	
20	Pengembangan formula suplemen yang potensial berbasis erianin lokal	Pengembangan Obat dan Penemuan IPTEK	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dr. Kurnia, M.Si Peneliti Medya	Facsi, SP (PM), Seti Hayati, M.Sc., Ap (PM), Rahma W., SP (PT)	4	P2B2 Ts	Rp 200,000,000.00	Formulasi formula bebas	
21	Pengembangan formula pemrosesan alami untuk makanan fungsional	Pengembangan Obat dan Penemuan IPTEK	Teknologi Kesehatan dan Obat	Dr. Supriyo MKes, Peneliti Utama	Wahyu Setiawan, S.Si, (PM), Nita Supriyo M. Gidach (PM)	3	P2B2 Ts	Rp 150,000,000.00	Pemrosesan alami yang aman dan potensial untuk makanan fungsional	
						Jumlah Peneliti	83	Total	Rp 4,150,000,000.00	

TOTAL
TERSELANG

Rp 4.150.000.000,00
Empat milyar seratus lima puluh juta rupiah

Keterangan
Peneliti Utama (PU)
Peneliti Madra (PMD)
Peneliti Muda (PM)
Peneliti Pertama (PT)
Calon Peneliti (CP)



LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian :

Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi

Jenis Insentif : Riset Terapan

Lokasi Penelitian : Kota Bogor, Kabupaten Bogor, dan Kabupaten Lebak

Keterangan Lembaga Pelaksana/ Pengelola Penelitian	
A. Lembaga Pelaksana Penelitian	
Nama Peneliti Utama	Dr. Julianty Pradono, MS.
Nama Lembaga/ Institusi	Kementerian Kesehatan
Unit Organisasi	Pusat Teknologi dan Intrevensi Kesehatan Masyarakat
Alamat	Jl. Percetakan Negara no. 29 Jakarta Pusat
Telpon/HP/Faksimile/e-mail	08121004523
B. Lembaga lain yang terlibat	
Nama Koordinator	
Nama Lembaga/ Alamat	
Telpon/HP/Faksimile/e-mail	

Jangka waktu kegiatan : 0 tahun 10 bulan
Total Biaya : Rp. 150.000.000,-

No	Uraian	Jumlah (Rp)
1.	Belanja honor	Rp. 21.405.000,-
2.	Belanja operasional	Rp. 38.857.500,-
3.	Belanja perjalanan	Rp. 71.597.500,-
4.	Lain-lain	Rp. 18.140.000,-
Jumlah biaya untuk tahun yang diajukan		Rp. 150.000.000,-

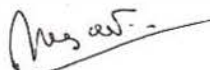
Peneliti Utama



Dr. Julianty Pradono, MS.
NIP. 195406281983122001

Setuju diajukan

Panitia Pembina Ilmiah
Ketua,



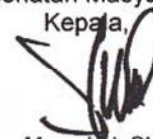
DR. Ir. Inswiasri, MKes
NIP. 195410071983112001

Bid. Upaya Kesehatan
RTIKM
Kepala,



DR. Armarita
NIP. 195712191980032001

Pusat Teknologi Intervensi
Kesehatan Masyarakat
Kepala,



D.Anwar Musadad, SKM.,MSc.
NIP. 195709151980121002



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)

Nomor : KE.01.08/EC/482/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

"Faktor Resiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi"

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

dr. Julianty Pradono, MS.

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 10 Agustus 2011

Ketua
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Badan Litbang Kesehatan,


Prof. Dr. M. Sudomo

REPUBLIK INDONESIA
DEPARTEMEN KESEHATAN PUSAT TEKNOLOGI & INTERVENSI KESEHATAN MASYARAKAT
STUDI KUALITATIF FAKTOR RISIKO HIPERTENSI DAN
PENGEMBANGAN MODEL INTERVENSI

LEMBAR PENJELASAN

RAHASIA

Selamat pagi/siang/sore/malam, Bapak/Ibu/Sdr/i..... Saya (nama pewawancara _____) mendapat tugas dari Departemen Kesehatan RI yang sedang melakukan "studi kualitatif faktor risiko hipertensi dan pengembangan model intervensi". Kami mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk berpartisipasi dalam kegiatan ini.

Tujuan dari survei adalah untuk mengetahui faktor risiko terjadinya hipertensi dan mendapatkan model untuk penanganan hipertensi di Kabupaten/Kota dengan prevalensi hipertensi tinggi dan rendah berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar 2007.

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i berkenan untuk berpartisipasi, Bapak/Ibu/Sdr/i akan kami wawancarai atau diskusi selama 15-30 menit.

Kami akan merahasiakan seluruh informasi yang diberikan. Sebagai tanda terima kasih, kami akan memberikan uang pengganti transport. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/i pada penelitian ini adalah sukarela. Bapak/Ibu/Sdr/i dapat menghentikan wawancara atau diskusi sewaktu-waktu bila ada keperluan mendadak. Nama Bapak/Ibu/Sdr/i akan kami hapus dan yang disajikan adalah informasi secara kelompok. Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i memiliki pertanyaan lebih lanjut, pewawancara akan membantu menjelaskan.

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i juga menginginkan pertanyaan lebih lanjut mengenai studi ini di waktu mendatang, Bapak/Ibu/Sdr/i dapat menghubungi dr. Julianty Pradono, MS (Hp 08121004523).

(Lembar Penjelasan ini diberikan kepada Responden)

Potong di sini & digabung dg kues

FORMULIR PERNYATAAN KESEDIAAN IKUT SERTA

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini memberikan persetujuan saya untuk berpartisipasi dalam penelitian berjudul:

STUDI KUALITATIF FAKTOR RISIKO HIPERTENSI DAN PENGEMBANGAN MODEL INTERVENSI

Menyatakan bahwa:

1. Prosedur penelitian dan waktu yang dibutuhkan telah dijelaskan pada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan baik.
2. Saya telah membaca Lembaran Penjelasan Penelitian dan telah mendiskusikan informasi dan keterlibatan saya pada penelitian ini.
3. Saya mengetahui bahwa saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu. Bila ini terjadi, informasi dari saya tidak akan digunakan dalam penelitian ini.
4. Saya mengetahui bahwa keterlibatan saya bersifat rahasia.
5. Saya mengetahui bahwa keterlibatan saya dalam penelitian ini bersifat sukarela.

Nama Responden :

Tanda tangan :

Saksi :

Tanda tangan :

Tanggal :

KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Medan Merdeka Utara No.7 Telp. 3450038 Jakarta 10110

SURAT PEMBERITAHUAN PENELITIAN
(S P P)

NOMOR : **440.02/ 1556.DI**
.....

- MEMBACA** : Surat Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor LB.01.03/IV.I/1476/2011 Tanggal 18 Juli 2011 Perihal Permohonan Ijin Pelaksanaan Penelitian 2011
- MENGINGAT** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri;
2. Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor SD.6/2/12 Tanggal 5 Juli 1972 tentang Kegiatan Riset dan Survei diwajibkan melapor diri kepada Gubernur Kepala Daerah atau Pejabat yang ditunjuk;
3. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Nomor 14 Tahun 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian (SPP).
- MEMPERHATIKAN** : Proposal Penelitian Ybs.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

- NAMA** : dr. Julianty Pradono, MS, dkk
- ALAMAT** : Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Telp. (021) 42872392, 4241921
- PEKERJAAN** : Peneliti
- KEBANGSAAN** : Indonesia
- JUDUL PENELITIAN** : Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi
- SEKTOR** : Kesehatan
- DAERAH** : Provinsi Jawa Barat, Banten
- WAKTU PENELITIAN/ KEGIATAN** : Juli s.d. November 2011
- STATUS PENELITIAN** : Baru
- PENGIKUT PESERTA** : Terlampir
- PENANGGUNG JAWAB** : Drg. Maya Laksmi
- SPONSOR** : -
- MAKSUD DAN TUJUAN** : Untuk mengetahui faktor risiko terjadinya hipertensi dan mendapatkan model untuk penanganan terjadinya hipertensi.

AKAN MELAKUKAN PENELITIAN DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Sebelum melakukan kegiatan Penelitian harus melaporkan kedatangannya kepada Gubernur c.q. Kaban Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat/ Badan Informasi, Komunikasi dan Kesbang setempat dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini.
2. Tidak dibenarkan melakukan Penelitian yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian dimaksud.
3. Harus mentaati ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4. Apabila masa berlaku Surat Pemberitahuan ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
5. Hasil kajian agar diserahkan 1 (satu) eksemplar kepada Ditjen Kesbang dan Politik u.p. Direktorat Bina Ideologi dan Wawasan Kebangsaan.
6. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di Jakarta

Pada tanggal, 26 Juli 2011

a.n. MENTERI DALAM NEGERI
DIREKTUR JENDERAL
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
u.b.
SEKRETARIS DITJEN,



Tembusan :

1. Yth. Gubernur Provinsi Jawa Barat, Banten
Up. Kaban Kesbang dan Linmas Prov.
2. Yth Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA

TELEP. : (021) 42872392, 4241921 FAX : (021) 42872392, 4241921

E-MAIL: P3ESK@LITBANG.DEPKES.GO.ID ; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGI.LITBANG.DEPKES.GO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : LB.02.03/IV/1618/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
Di Tempat

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, akan melaksanakan penelitian di Kabupaten Bogor dan Kota Bogor Provinsi Jawa Barat. Penelitian dengan judul "**Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**" oleh dr. Julianty Pradono, MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bagian Tata Usaha Pustekin
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
Drg. Maya Laksmi
NIP. 195704151987032001

Tembusan Yth:

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat

Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor Provinsi Jawa Barat

Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA

TELEP. : (021) 42872392, 4241921 FAX. : (021) 42872392, 4241921

E-MAIL: P3ESK@LITBANG.DEPKES.GO.ID ; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGILITBANG.DEPKES.GO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : LB. 02.03/10.1/1619/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
Di Provinsi Jawa Barat

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, akan melaksanakan penelitian di wilayah Saudara. Penelitian dengan judul "**Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**" oleh dr. Julianty Pradono, MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bagian Tata Usaha Pustekin



Tembusan Yth:
Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat



PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR

DINAS KESEHATAN

Jalan Raya Tegar Beriman Cibinong - Bogor
Telp. (021) 87912518 Fax (021) 879124519

Cibinong, 16 September 2011

Nomor : 070/5850 - Promulus - 80F
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

KEPADA
Yth. Kepala Bagian Tata Usaha Pustekin
Badan Litbang Kemenkes
Di

TEMPAT

Berkenaan dengan surat dari Kepala Bagian Tata Usaha Pustekin Kemenkes Nomor : LB.02.03/IV-I/1610/2011, tanggal 1 Agustus 2011, perihal: permohonan izin penelitian yang dilaksanakan oleh :

Nama : dr. Julianty Pradono, MS. Dkk.
Tempat : UPT Puskesmas Cigombong
Tanggal : September 2011 s.d. selesai
Judul : Faktor Resiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi

Dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan memberikan izin untuk dilaksanakannya kegiatan tersebut. Untuk kelancaran kegiatan, harap yang bersangkutan berkoordinasi langsung dengan kepala UPT Puskesmas Cigombong. Setelah selesai penelitian agar yang bersangkutan melaporkan hasil penelitiannya ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

Demikian untuk menjadi maklum.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BOGOR

Dg. TRI WAHYU HARINI, MM, M. Kes
Bendahara Utama Muda
NIP. 195904141984102001

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Bupati Bogor (sebagai laporan)
2. Inspektur Kabupaten Bogor



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA

TELP. : (021) 42872392, 4241921 FAX : (021) 42872392, 4241921

E-MAIL: P3ESK@LITBANG.DEPKES.GO.ID ; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGILITBANG.DEPKES.GO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : LB.02.03/W.0/1621/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor
Di Provinsi Jawa Barat

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, akan melaksanakan penelitian di wilayah Saudara. Penelitian dengan judul “ **Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**” oleh dr. Julianty Pradono, MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bagian Tata Usaha Pustekin



Tembusan Yth:
Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA
TELP. : (021) 42872392, 4241921 FAX. : (021) 42872392, 4241921
E-MAIL: P3ESK@LITBANG.DEPKES.CO.ID; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGI.LITBANG.DEPKES.GO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : *TU.01.01/IV.1/1616/2.011*
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Perlindungan dan Pemberdayaan Masyarakat
Provinsi Banten

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, akan melaksanakan penelitian di Kabupaten Lebak Provinsi Banten. Penelitian dengan judul "**Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**" oleh dr. Julianty Pradono, MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Upaya Kesehatan
Pusat Intervensi Kesmas,



Tembusan Yth:

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak Provinsi Banten
Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA

TELEP. : (021) 42872392, 4241921 FAX : (021) 42872392, 4241921

E-MAIL: P3ESK@LITBANGDEPKES.CO.ID; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGI.LITBANGDEPKES.GO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : TK.01.01/IV.111617/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Banten
Di Tempat

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, akan melaksanakan penelitian di Kabupaten Lebak Provinsi Banten. Penelitian dengan judul "**Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**" oleh dr. Julianty Pradono, MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Upaya Kesehatan
Pustek Intervensi Kesmas.



Tembusan Yth:
Kepala Seksi Standarisasi Mutu Kesehatan
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Provinsi Banten
Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat



**KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

JL. PERCETAKAN NEGARA NO. 29 KOTAK POS 1226 JAKARTA 10560 INDONESIA

TELP. : (021) 42872392, 4241921 FAX : (021) 42872392, 4241921

E-MAIL: P3ESK@LITBANG.DEPKES.CO.ID; WEBSITE: HTTP://WWW.EKOLOGILITBANG.DEPKES.CO.ID

Jakarta, 1 Agustus 2011

Nomor : Tuol. 01/IV.1/1615/2-011
Lampiran : I (satu) berkas
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian

Kepada
Yth: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak
Di Provinsi Banten
Di Tempat

Dengan ini kami menyampaikan bahwa dalam tahun anggaran Riset Teknologi (Ristek) 2011 Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI. akan melaksanakan penelitian di wilayah Saudara. Penelitian dengan judul "**Faktor Risiko Hipertensi dan Pengembangan Model Intervensi**" oleh dr. Julianty Pradono. MS.

Sehubungan hal tersebut di atas, kami mohon ijin pelaksanaannya dan sekaligus untuk mohon diberikan surat ijin pelaksanaan penelitian.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: KTP Ketua Pelaksana, Protokol Penelitian, Susunan tim peneliti, copy ijin Kementerian Dalam Negeri.

Atas bantuan dan perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Upaya Kesehatan
Pusat Intervensi Kesmas,



Tembusan Yth:
Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

Biodata

Nama : dr. Julianty Pradono, MS.
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat lahir : Jakarta
Tanggal lahir : 28 Juni 1954
Institusi : Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat.
Balitbangkes Kementerian Kesehatan
NIP : 195406281983122001
Email : jpradono@yahoo.com
Pendidikan : Kedokteran Umum, Universitas Taruma Nagara. Jakarta

Magister Kedokteran Kesehatan dan Keselamatan Kerja,
Universitas Indonesia
Publikasi : Kualitas Hidup Penduduk Indonesia Menurut
*International Classification of Functioning, Disability and
Health (ICF)* dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Disabilitas
Penduduk 15 tahun di Provinsi Nanggroe Aceh
Darussalam. Media Litbang Indonesia, Januari 2008,
hal .29-37.

Pengalaman kerja : Staf peneliti kelompok Rentan Pusat Teknologi Intervensi
Kesehatan Masyarakat Balitbangkes.
Tim Teknis Surkesnas 2001
Ketua Tim Teknis Surkesnas 2004
Ketua 3 Tim Teknis Riskesdas 2007
Ketua Tim Teknis Kesmas Riskesdas 2010