

**ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTANG KOTA  
MAKASSAR**

**ANALYSIS OF THE UTILIZATION OF HEALTH SERVICES IN  
HYPERTENSION PATIENTS IN THE WORKING AREA OF ANTANG  
HEALTH CENTER, MAKASSAR CITY**

**Disusun dan diajukan oleh**

**Ringgo Larengsi**

(K012202077)



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTANG KOTA  
MAKASSAR**

**ANALYSIS OF THE UTILIZATION OF HEALTH SERVICES IN  
HYPERTENSION PATIENTS IN THE WORKING AREA OF ANTANG  
HEALTH CENTER, MAKASSAR CITY**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh  
Ringgo Larengsi**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTANG KOTA  
MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

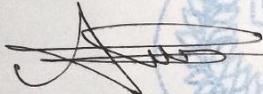
**Ringgo Lraengsi  
K012202077**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 13 April 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

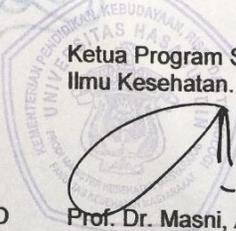
Pembimbing Pendamping,

  
Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes  
NIP. 96407081991031002

  
Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M.Si  
NIP. 95404241991031002

  
Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat  
Masyarakat

  
Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc., Ph.D  
NIP. 97205292001121001

  
Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan.

  
Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 95906051986012001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ringgo Larengsi  
NIM : K012202077  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul :

**ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTANG KOTA MAKASSAR** adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 12 Februari 2023.

Yang menyatakan



Ringgo Larengsi

## PRAKATA

Segala puji Bagi Allah Subhanahu wa ta'ala sang pengasih tanpa pilih kasih, sang penyayang tanpa pilih sayang dialah yang awal dan akhir, pada-Nya jalan menuju pulang setiap yang bernyawa di alam semesta dari wujud eksistensi terendah sampai yang diridhoi Allah. Dengan kehendak-Nyalah penulis sampai pada tahap akhir dalam menjalani proses perkuliahan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad shallallahu 'alaihi wasalam, hamba Allah yang paling sempurna dan semoga kita senantiasa istiqomah dijalannya. Serta rasa syukur atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat iman, kesehatan dan kekuatan yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis kami yang berjudul **“ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTANG KOTA MAKASSAR”**

Perkenankan pula penulis sampaikan rasa terimakasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada Bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes** selaku ketua komisi penasehat dan bapak **Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M.Si** selaku sekertaris penasehat, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan

penyusunan penulisan ini. Rasa hormat dan terimakasih juga penulis sampaikan kepada Bapak **Prof. Dr. Indar SH.,MPH, Dr. Samsuar, SKM.,M.Kes.,Msc.PH, Dr.Muhammad Kardi Rais SKM.,M.Kes.** selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** Selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Ibu **Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH** Selaku ketua program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh Dosen Kesehatan Masyarakat terkhusus Dosen Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis
5. Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
6. Teruntuk sahabat-sahabat seperjuangan dan yang telah menjadi alumni dan/atau yang masih dalam tahap penyelesaian diantaranya Linda Junne Toumahuw ,Arip Hidayat,Alimudin tetap semangat,ketahuilah sahabatku

bahwa sesungguhnya ilmu hanya akan ada manfaatnya apabila di amalkan.terimakasih sahabatku.

Teristimewa tesis ini Penulis persembahkan kepada kedua orang tua yang terkasih dan tersayang Ayahanda **Larengsi Lalumpa** dan Ibunda **Anisa A Radjak** atas segala doa, dukungan, dan semangat yang tak ternilai. Penulis sadar bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya semoga Allah Subhanahu wa ta'ala senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aaamiin.

**Makassar,12 Februari 2023**

**Ringgo Larengsi**

## ABSTRAK

**RINGGO LARENGSI.** *Analisis Pemanfaatan Layanan Kesehatan Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Antang Kota Makassar* (dibimbing oleh **Muhammad Alwy Arifin** dan **Darmawansyah**)

Diawal pandemi COVID-19 pelayanan kesehatan mengalami penurunan layanan kesehatan yang terjadi di hampir semua jenis layanan kesehatan, baik yang disediakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan lanjutan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien hipertensi di puskesmas Antang.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross sectional*. Total sampel sebanyak 160 orang dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling, adapun analisis data menggunakan *chi square* dan uji *regresi logistic* berganda. Penelitian ini dilakukan di puskesmas Antang kota makassar

Hasil penelitian diketahui terdapat hubungan antara Usia ( $p=0.000$ ), jaminan kesehatan ( $p=0.000$ ), dan persepsi sehat sakit ( $p=0.001$ ) terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien hipertensi. Adapun jenis kelamin ( $p=0,298$ ), tingkat pendidikan ( $p=0.839$ ), pekerjaan ( $p=0.249$ ), lama menderita ( $p=0.686$ ), dan waktu tunggu pelayanan ( $p=0.703$ ) tidak terdapat hubungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien hipertensi. Berdasarkan hasil uji regresi logistic berganda diketahui jaminan kesehatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien hipertensi dengan nilai  $B=2.151$  (CI 95% 3.425-21.564). Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien hipertensi.

**Kata Kunci :** Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Hipertensi



## ABSTRACT

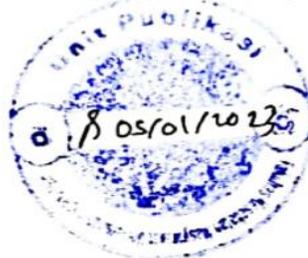
**RINGO LARENGSI.** *Analysis of Health Service Utilization in Hypertensive Patients in the Work Area of Antang Health Center Makassar City* (supervised by **Muhammad Alwy Arifin and Darmawansyah**)

At the beginning of the COVID-19 pandemic, health services experienced a decline in health services that occurred in almost all types of health services, both those provided by first-level health facilities and advanced health facilities. The goal of this study was to look at the factors that influence hypertensive patients' use of health services at Antang Public Health Center

This study is a quantitative research with a cross sectional approach. The total sample is 160 people with purposive sampling technique, while data analysis uses chi square and multiple logistic regression test. This research was conducted at the Antang Public Health Center, Makassar City.

The results showed that there was a relationship between age ( $p = 0.000$ ), health insurance ( $p = 0.000$ ), and perceptions of health and illness ( $p = 0.001$ ) on the utilization of health services in hypertensive patients. There was no relationship between patient utilization of health services and gender ( $p = 0.298$ ), education level ( $p = 0.839$ ), occupation ( $p = 0.249$ ), length of suffering ( $p = 0.686$ ), or waiting time for services ( $p = 0.703$ ). hypertension. According to the results of the multiple logistic regression test, health insurance is the most influential factor in hypertensive patients' utilization of health services, with a value of  $B = 2,151$  (95% CI 3,422-21,564). It is hoped that the results of this study can be used as a reference source for the factors that influence the utilization of health services in hypertensive patients.

**Keywords:** Utilization of Health Services, Hypertension



## DAFTAR ISI

JUDUL PENELITIAN .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI .....	iii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	11
<b>C. Tujuan Penelitian</b> .....	12
1. Tujuan Umum .....	12
2. Tujuan Khusus .....	12
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	13
1. Manfaat Teoritis .....	13
2. Manfaat Praktis .....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	15
<b>A. Tinjauan Umum Tentang Pandemi Covid-19</b> .....	15
1. Pandemi Covid-19 .....	15
2. Cara Penyebaran Virus Covid-19 .....	17
3. Gejala Klinis Covid-19 .....	17
4. Kebijakan Kesehatan di Masa Pandemi .....	18
5. Dampak Kebijakan di Masa Pandemi .....	18
<b>B. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi</b> .....	20
1. Definisi .....	20
2. Klasifikasi .....	22
3. Jenis Hipertensi .....	22
4. Gejala .....	23
5. Komplikasi .....	24
6. Penatalaksanaan Hipertensi .....	27
7. Pencegahan .....	28
<b>C. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan</b> .....	29
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan .....	29

2. Bentuk dan Jenis Pelayanan Kesehatan .....	31
3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan .....	31
4. Konsep Dasar Puskesmas .....	34
5. Kedudukan dan Fungsi Puskesmas .....	34
6. Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfatan Layanan Kesehatan .....	35
<b>D. Sintesa Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>E. Kerangka Teori .....</b>	<b>51</b>
<b>F. Kerangka Konsep .....</b>	<b>52</b>
<b>G. Hipotesis Penelitian.....</b>	<b>53</b>
<b>H. Definisi Oprasional .....</b>	<b>53</b>
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>57</b>
<b>A. Jenis penelitian.....</b>	<b>57</b>
<b>B. Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>57</b>
1. Lokasi Penelitian.....	57Error! Bookmark not defined.
2. Waktu Penelitian .....	57Error! Bookmark not defined.
<b>C. Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>58</b>
1. Populasi Penelitian.....	58Error! Bookmark not defined.
2. Sampel Penelitian .....	58Error! Bookmark not defined.
3. Besar Sampel .....	58Error! Bookmark not defined.
<b>D. Pengumpulan Data .....</b>	<b>59</b>
1. Data primer .....	59Error! Bookmark not defined.
2. Data Sekunder .....	59Error! Bookmark not defined.
<b>E. Pengolahan dan Analisis Data.....</b>	<b>60</b>
1. Pengolahan Data .....	Error! Bookmark not defined.
2. Analisis Data .....	62Error! Bookmark not defined.
<b>F. Penyajian Data .....</b>	<b>62</b>
f. Etika Penelitian .....	64Error! Bookmark not defined.
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
<b>A. Hasil Penelitian .....</b>	<b>65</b>
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	65

2. Pelaksanaan Penelitian.....	66
3. Hasil Univariate.....	67
4. Hasil Bivariate.....	69
5. Hasil Multivariate.....	72
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>74</b>
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>83</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>83</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>84</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>86</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent.....	91
Lampiran 2 Kuisisioner Penelitian.....	92
Lampiran 3 Susunan Tim Peneliti.....	97
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	99
Lampiran 5 Validitas dan Reliabilitas.....	99
Lampiran 6 Data Hasil SPSS.....	101

## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

<b>Istilah/Singkatan</b>	<b>Kepanjangan/pengertian</b>
COVID -19	Coronavirus Desease 19
PSBB	Pembatasan Social Berskala Besar
PPKM	Pembatasan Kegiatan Masyarakat
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional Badan
BPJS	Penyelenggara Jaminan Sosial
SARS Cov 2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2</i>
MERS	<i>Middle-East Acute Respiratory Syndrome</i>
Puskesmas	pelayanan kesehatan
PHK	pemutusan hubungan kerja

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pandemi Covid-19 yang melanda diseluruh dunia, tidak terkecuali di Indonesia. Jumlah angka infeksi virus corona di Indonesia terus meningkat dan tidak sedikit pelayanan kesehatan di rumah sakit mulai kewalahan menangani pasien positif Covid-19. Kondisi ini mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan bekerja ekstra demi memberikan penanganan pada pasien Covid-19 yang kini menjadi prioritas utama. Di sisi lain, adanya pandemi tidak menihilkan masalah maupun kebutuhan kesehatan lain yang perlu ditangani. Hal inilah yang membuat fasilitas pelayanan kesehatan mulai selektif dalam memberikan pelayanan kesehatan. Masalah pelayanan kesehatan menjadi tantangan pada saat pandemi Covid-19 saat ini. Pandemi Covid-19 menimbulkan tuntutan yang tinggi bagi institusi pelayanan kesehatan, untuk mencari cara agar mampu bertahan untuk membawa inovasi yang berkelanjutan ke masyarakat dengan cepat. Kemampuan untuk berinovasi dalam pelayanan kesehatan harus terus ditingkatkan untuk menghadapi tantangan yang dihadirkan baik oleh Covid-19 maupun kendala ekonomi. Inovasi dalam pelayanan kesehatan adalah komitmen dukungan antara inovator dan institusi untuk mengatasi pandemi global Covid-19.

Coronavirus mempunyai sejarah yang cukup panjang. virus ini diketahui berada di tubuh manusia, pada penelitian yang dilakukan oleh David Tyrrell dan Bynoe pada 1960-an. Saat itu, mereka mengajak beberapa ahli virology di Inggris untuk meneliti virus yang ditemukan pada manusia dan sejumlah binatang. bahkan beberapa virus ternyata dapat menular dari hewan ke manusia. Jenis virus ini kemudian disebut sebagai virus zoonotic (Anies.2020). Corona virus termasuk keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Ketika virus ini menjangkiti manusia, biasanya penyakit yang diderita adalah infeksi saluran pernapasan, gejala virus ini hampir menyerupai flu, batuk, demam, gangguan tenggorokan dan hidung meler (Swaesti. 2020). Penelitian para ahli lain, virus corona pada manusia dapat menyebabkan pneumonia pada bayi dan anak. selain itu, virus juga memicu infeksi saluran pernapasan parah pada orang lanjut usia (Anies.2020).

Indonesia menjadikan pandemic COVID-19 sebagai bencana non alam, hal ini tertuang dalam kepres nomor 12 tahun 2020 tentang penetapan bencana nonalam COVID-19 sebagai bencana nasional.hal ini selaras dengan undang-undang (UU) nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana dalam pasal 1 disebutkan bahwa pandemic dan wabah penyakit termasuk dalam bencana non alam.berdasarkan UU tersebut penetapan bencana nasional didasarkan pada jumlah korban, kerugian,harta benda,kerusakan sarana dan prasarana,luasnya cakupan wilayah yang

terkena bencana dan dampak sosial – ekonomi yang kemudian di timbulkan (anies.2020). Selama masa pandemi, sistem kesehatan dihadapkan pada menjaga keseimbangan antara pemenuhan kebutuhan penanganan pandemik dan pemenuhan dalam pelayanan kesehatan esensial. Keseimbangan ini wajib dijaga agar tidak terjadi peningkatan kasus penyakit lain setelah pandemi Covid-19 usai.

Dalam rangka mewujudkan status kesehatan masyarakat yang optimal, maka berbagai upaya harus dilaksanakan, salah satu di antaranya ialah menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pandemi Covid-19 ini mengakibatkan perubahan pada pelayanan kesehatan yang dilakukan di Puskesmas. terdapat perubahan pada tata cara dan jam operasional pelayanan Puskesmas dimana warga yang akan berobat diarahkan menunggu diluar gedung dengan pemberlakuan physical distancing serta jam pelayanan bertambah sampai malam hari pada Puskesmas yang tidak melayani pasien rawat inap (Anies, 2020)

Kasus COVID-19 pertama di Indonesia diumumkan pada tanggal 2 maret 2020 sekitar 4 bulan setelah kasus pertama di china.kasus pertama di Indonesia terjadi pada bulan maret dengan jumlah 2 kasus dan setelahnya yaitu pada tanggal 6 maret ditemukan kembali 2 kasus terpapar virus COVID-19. kasusCOVID-19 hingga kini terus bertambah. berbagai upaya terus di lakukan oleh pemerintah untuk menekan penyebaran dan bertambahnya kasus penderita akibat paparan virus. pola perilaku masyarakat menjadi

masalah dalam mengurangi masalah penyebaran virus COVID-19, sikap abai terhadap protocol kesehatan dan mobilisasi masa pada hari libur dan hari-hari perayaan keagamaan disinyalir sebagai penyebab bertambahnya paparan akibat penyebaran virus di berbagai daerah. Sejak diumumkan pertama kali ada di Indonesia kasus COVID-19 meningkat jumlahnya dari waktu ke waktu sehingga memerlukan perhatian khusus dalam penanganannya. pada praktiknya dimasa pandemic, tata laksana COVID-19 diperlakukan kerja sama semua profesi untuk menanganinya, selain itu peran masyarakat pun tidak kalah penting dalam upaya penekanan penyebaran virus COVID-19 (Saud.2021).

Prevalensi Covid-19 secara global yang di laporkan secara berkala oleh WHO, dari websit <https://covid19.who.int> per tanggal 17 desember 2021, jumlah kasus akibat COVID-19 yang di konfirmasi mencapai angka 271.963.258 kasus, termasuk 5.331.019 kasus kematian yang di sebabkan oleh pandemic COVID-19. sementara perkembangan paparan virus COVID-19 di Indonesia tercatat 4.260.148 kasus positif terpapar virus COVID-19 dan 143.986 kasus kematian. Sulawesi selatan ,Provinsi yang terdiri dari 24 kabupaten dan kota dengan populasi 8,82 juta penduduk (data BPS pada tahun 2019), pada saat ini berada di urutan keempat di antara 34 provinsi di Indonesia dalam jumlah kasus COVID-19 terbanyak, jumlah kasus COVID-19 di Sulawesi selatan mencapai 1.774. data dari laman [covid19.sulselprov.go.id](https://covid19.sulselprov.go.id) dari angka tersebut, 1.004 mendapat penanganan

medis dimana 497 kasus diantaranya sedang dirawat di sakit dan 525 kasus sedang menjalani isolasi mandiri namun,ada 94 kasus terpapar positif meninggal dunia. Data pantauan COVID-19 di Sulawesi selatan melalui <https://covid19.sulselprov.go.id> per 15 desember 2021 tercatat jumlah total kasus terkonfirmasi sebanyak 1.09.953 termasuk 2.240 kasus meninggal dunia.dan yang terkonfirmasi aktif 35 kasus dengan asimtomatik sebanyak 18 kasus dan simptomatik sebanyak 17 kasus.

Adanya peningkatan kasus COVID-19 diseluruh dunia, memaksa setiap orang untuk melakukan langkah-langkah pencegahan. beberapa Negara mengambil keputusan untuk melakukan *lockdown* terhadap kota dengan infeksi terparah agar penyebaran virus dapat ditekan. hal ini seperti yang diterapkan di Wuhan, china dan beberapa kota di Italia. beberapa Negara lain memilih untuk tidak menerapkan system lockdown, tetapi lebih memilih menerapkan dengan ketat *physical distancing* dan menggunakan masker. sementara itu, korea selatan memilih untuk melakukan tes massif ke warga negaranya yang beresiko dan pelacakan dengan detail dari pada melakukan kebijakan lockdown (Anies.2020).

Penerapan *physical distancing* di Indonesia diperkuat dengan kebijakan pembatasan social berskala besar (PSBB) yang di atur dalam peraturan pemerintah No.21 tahun 2020 yang di tetapkan pada tanggal 3 maret 2020. Sejak diumumkannya kasus positif terinfeksi COVID-19 di Indonesia, berbagai langkah antisipasi untuk meminimalisir penyebaran COVID-19 telah

dilakukan, diantaranya himbauan physical-distancing, pemberlakuan work from home, penutupan pusat perbelanjaan dan tempat wisata, serta pengurangan kepadatan pekerja pada sektor industry.(Cahyadi.2020) Dalam rangka mewujudkan status kesehatan masyarakat yang optimal, maka berbagai upaya harus dilaksanakan, salah satu di antaranya ialah menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pandemi Covid-19 ini mengakibatkan perubahan pada pelayanan kesehatan yang dilakukan di Puskesmas. terdapat perubahan pada tata cara dan jam operasional pelayanan Puskesmas dimana warga yang akan berobat diarahkan menunggu diluar gedung dengan pemberlakuan physical distancing serta jam pelayanan bertambah sampai malam hari pada Puskesmas yang tidak melayani pasien rawat inap.

Diawal pandemi covid-19 pelayanan kesehatan mengalami penurunan layanan kesehatan yang terjadi di hampir semua jenis layanan kesehatan, baik yang disediakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan lanjutan. Penurunan akses layanan kesehatan selama Pandemi covid-19 dapat dilihat melalui persentase cakupan layanan kesehatan. Penurunan cakupan terjadi di hampir semua layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dengan penurunan paling drastis adalah layanan kesehatan anak usia dasar. Layanan kesehatan umum untuk usia produktif maupun lansia juga mengalami penurunan. Penurunan juga terjadi pada layanan usia produktif utamanya disebabkan penghentian sementara waktu

layanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan, terutama fasilitas kesehatan tingkat pertama. Hal tersebut dilakukan karena sebagian besar fasilitas belum melakukan penyesuaian terhadap pelaksanaan layanan kesehatan. Sementara itu, penurunan cakupan layanan kesehatan lansia juga disebabkan oleh kerentanan kelompok ini dari terpapar covid-19. Penurunan layanan kesehatan untuk penyakit degeneratif, seperti hipertensi dan diabetes melitus juga mengalami penurunan. Pandemi covid-19 juga berdampak terhadap pemberian layanan bagi Orang dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJB). Penurunan akses layanan kesehatan mulai terjadi ketika pemerintah mengumumkan bahwa Indonesia juga mengalami pandemi covid-19. Akses layanan kesehatan semakin menurun seiring dengan peningkatan kasus (Aeni, 2021).

Menurut Aeni (2021), terdapat beberapa faktor yang menyebabkan penurunan pada layanan kesehatan, yaitu pandemi covid-19 yang terjadi secara cepat menyebabkan ketidakpastian dalam melakukan adaptasi. Ketidakpastian ini juga membuat pelayanan kesehatan menutup sebagian layanannya untuk sementara waktu dan berfokus dalam penanganan covid-19. Faktor lain penurunan akses layanan kesehatan adalah masyarakat enggan melakukan pemeriksaan kesehatan secara langsung karena kecemasan akan terkena covid-19. Namun pandemi covid-19 yang berlarut-larut membuat pelayanan kesehatan terdorong untuk melakukan adaptasi lingkungan yaitu dengan menerapkan protokol kesehatan yang ketat bagi

pengunjung dan juga petugas kesehatan. Dimana penerapan protokol kesehatan ini kembali meningkatkan akses ke fasilitas kesehatan.

Adapun menurut Green, Faktor-faktor yang mengidentifikasi dan berpotensi mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) adalah: (1) faktor predisposisi (predisposing factors, yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya) (2) faktor pemungkin (enabling factors, yang mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat) (3) faktor penguat (reinforcing factors, yang mencakup sikap para petugas kesehatan). Menurut Andersen (1975) mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi 3 kategori, yaitu (1) karakteristik predisposisi (predisposing, seperti jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, kepercayaan/budaya, dll), (2) karakteristik kemampuan (enabling) (Notoatmodjo, 2012).

Pasien hipertensi merupakan pasien yang membutuhkan perawatan dalam jangka panjang, sehingga sangat bersinggungan dengan layanan kesehatan. menurut Satria (2020), COVID-19 ini bisa menyerang hampir seluruh kalangan usia, dimana kelompok usia lanjut dan orang yang mempunyai riwayat penyakit kronis memiliki risiko untuk terkena komplikasi yang lebih buruk dari penyakit ini. Orang dengan komorbid menjadi salah satu kelompok yang paling rentan terpapar virus COVID-19. Penderita

penyakit bawaan atau komorbid ini diketahui mendasari percepatan dan keparahan gejala covid, bahkan seringkali menyebabkan kematian. Penelitian membuktikan bahwa dari sejumlah pasien penderita covid yang meninggal sejumlah besar berhubungan dengan faktor komorbid (Satria, 2020).

Berdasarkan laporan yang disampaikan (Indonesia, 2021), hipertensi dinyatakan sebagai penyakit paling berbahaya di masa pandemi COVID-19. Pasalnya, data terkini penderita COVID-19 menunjukkan hipertensi menjadi komorbid tertinggi yaitu sebesar 50,1 persen dan dapat memperburuk kondisi penderita COVID-19. Hal ini dikarenakan penderita hipertensi memiliki imunitas lebih rendah, yang dapat memudahkan COVID-19 menginfeksi. Sebuah studi mengungkapkan orang dengan hipertensi mengalami gejala yang lebih berat ketika terinfeksi karena dapat menyebabkan komplikasi pada jantung, stroke dan gagal ginjal (Latifin, Purwanto, & Wahyuni, 2020).

Pada tahun 2021 periode januari – agustus, jumlah kunjungan kasus hipertensi di puskesmas Antang kota Makassar sebesar 1.851 atau 54,6% dari total jumlah kasus penyakit tidak menular, dimana jumlah kunjungan kasus hipertensi pada periode agustus 2021 sebanyak 268 kasus dengan kasus konfirmasi COVID-19 di kecamatan Manggala sebagai wilayah kerjanya mencapai 5.032 kasus per 28 Agustus 2021 (PKM Antang, 2021).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan secara berulang ini membuat penderita hipertensi membutuhkan jaminan kesehatan. selain itu juga

pemerintah telah menargetkan seluruh masyarakat Indonesia memiliki jaminan kesehatan untuk menjamin pelayanan kesehatan setiap individu guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU No.40 tahun 2004).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sedangkan jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres RI No.111 tahun 2013).

Hasil penelitian Barus (2003) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa determinan yang paling dominan mendorong masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan puskesmas adalah faktor geografi (55,6%), faktor perilaku (27,8%), faktor ekonomi (16,7%), dan yang terkecil adalah faktor sosial budaya (11,1%).

Hasil penelitian M.Ryman,dkk (2016) menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang kesehatan, pendapatan keluarga, dan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas

Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso. Penelitian Fadhilah (2016) mengemukakan bahwa kepercayaan kesehatan, sikap tenaga kesehatan dan kondisi kesehatan memberikan pengaruh sebesar 68,6% terhadap pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sulit Air.

Berdasarkan uraian diatas dimana pandemi covid-19 ini telah berdampak pada sektor kesehatan yang berdampak pada penderita hipertensi yang membutuhkan perawatan dalam jangka panjang dan secara konsisten melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Analisis Pemanfaatan pelayanan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Antang Kota Makassar

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang kota makassar.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Mengetahui hubungan Usia terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- b. Mengetahui hubungan Jenis Kelamin terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- c. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- d. Mengetahui hubungan pekerjaan terhadap layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- e. Mengetahui hubungan lama menderita terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

- f. Mengetahui Kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- g. Mengetahui waktu tunggu pelayanan terhadap layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.
- h. Mengetahui persepsi sehat sakit terhadap layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dalam analisis pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil analisis ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya tentang analisis pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

###### b. Bagi Masyarakat

Diharapkan hasil analisis ini dapat dijadikan sebagai gambaran bagi masyarakat tentang analisis pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

c. Bagi Pemerintah

Diharapkan hasil analisis ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi pemerintah dalam membuat kebijakan terkait analisis pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita Hipertensi di wilayah kerja puskesmas antang Kota Makassar.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Pandemi Covid-19**

##### **1. Pandemi Covid-19**

Pandemi covid-19 ini pertama kali ditemukan di kota Wuhan, Hubai, Tiongkok pada bulan Desember 2019. Dimana pada awal kemunculannya otoritas kesehatan Tiongkok melaporkan adanya temuan kasus Pneumonia yang belum diketahui penyebabnya. Kemudian baru pada bulan Januari 2020, WHO akhirnya mengkonfirmasi adanya temuan kasus virus Corona baru yang kemudian disebut dengan SARS Cov-2 atau virus Corona dan pada Maret 2020 secara resmi WHO mengumumkan kejadian wabah virus Corona sebagai Pandemi (Wahyuni, 2020).

Pandemi covid-19 merupakan peristiwa menyebarnya penyakit yang diakibatkan oleh virus corona diseluruh dunia yang terjadi hingga saat ini. Pandemi ini disebabkan oleh virus corona yang kemudian penyakit ini disebut dengan SARS Cov 2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2*). Virus ini memiliki hubungan dengan Virus SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrom*) dan MERS (*Middle-East Acute Respiratory Syndrome*) yang sebelumnya juga pernah terjadi. Namun virus ini dideteksi memiliki tingkat keparahan gejala dan

penularan lebih cepat dibandingkan dengan kedua virus tersebut (Wahyuni, 2020).

Di Indonesia sendiri kasus pertama Covid-19 terkonfirmasi pada bulan maret 2020, dimana saat itu terdapat 2 warga Negara Indonesia yang terkonfirmasi positif Covid-19. Sejak saat itu kasus terkonfirmasi di Indonesia terus meningkat dan muncul berbagai macam kluster penyebaran. Penyebaran secara cepat diberbagai provinsi di seluruh Indonesia. Sehingga WHO memberikan beberapa saran untuk pemerintah Indonesia dalam penanganan pandemi Covid-19 ini, seperti membuat deklarasi situasi darurat nasional, mendidik masyarakat terhadap situasi yang ada, melakukan komunikasi yang efektif dengan menerapkan komunikasi risiko secara tepat, melakukan pelacakan kasus positif lebih intens, melakukan desentralisasi laboratorium, dan memberikan informasi terkait pemeriksaan, pengawasan, dan penelusuran kontak pasien Covid-19 (Wahyuni, 2020).

Lonjakan kasus yang terjadi di Indonesia menyebabkan pemerintah menjadikan pandemi Covid-19 sebagai bencana nonalam. Hal ini tertuang dalam Kepres Nomor 12 tahun 2020 tentang Penetapan Status Bencana Nonalam Covid-19 sebagai bencana Nasional pada april 2020. Pemberlakuan keadaan darurat bencana tersebut diberlakukan hingga batas waktu yang tidak ditentukan. Hal ini dilakukan untuk melindungi masyarakat secara nyata dan konsisten dalam memerangi pandemi

Covid-19. Kebijakan ini selaras dengan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana. Dalam pasal 1 disebutkan bahwa epidemi dan wabah penyakit menjadi salah satu bencana nonalam. Penetapan bencana nasional ini didasarkan pada jumlah korban, cakupan luas wilayah yang terdampak bencana dan dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan (Anies, 2020).

## 2. Cara Penyebaran Virus Covid-19

Awal penyebaran virus ini diperkirakan berasal dari hewan yang kemudian menginfeksi manusia, namun saat ini dapat menyebar dari manusia ke manusia. Cara penyebaran virus ini melalui droplet, kontak erat dengan pasien terinfeksi, dan bahkan berdasarkan laporan WHO saat ini virus corona dapat hidup lebih lama di udara dalam ruangan yang tertutup. Sehingga virus ini dapat menyebar dengan cepat dari satu orang ke orang lain (Anies, 2020).

## 3. Gejala Klinis Covid-19

Gejala klinis yang sering dialami oleh pasien yang terkonfirmasi positif Covid-19 adalah seperti batuk, demam, penapasan pendek atau sesak napas. Bahkan pada sebagian kasus menyebabkan gangguan pada ginjal dan menyebabkan kematian. Pada dasarnya masa inkubasi atau masa infeksi virus covid-19 dan timbulnya gejala klinis penyakit pada manusia berkisar pada waktu 14 hari, bahkan dilaporkan juga masa inkubasi hanya berkisar kurang lebih 3 hari saja (Wasito, 2020).

#### 4. Kebijakan Kesehatan di Masa Pandemi

Penangan pandemi ini ditandai dengan terbentuknya gugus tugas percepatan penangan covid-19 melalui keppres No. 7 tahun 2020. Pemerintah kemudian mengeluarkan kebijakan tentang pentingnya menerapkan protokol kesehatan, dan bahkan telah beberapa kali membuat skema kebijakan pembatasan sosial dan karantina wilayah seperti, Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) darurat, dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) epidemiologi dengan skala 1, 2, 3, dan 4 (Chaplyuk et al., 2021).

#### 5. Dampak Kebijakan di Masa Pandemi

##### a. Dampak sektor Ekonomi

Jika dilihat dampak ekonominya, wabah Covid-19 telah membuat perekonomian Indonesia pada sektor produksi, distribusi, konsumsi, dan sektor layanan jasa melemah, melemahnya kondisi ekonomi ini dapat diukur melalui banyak indikator, seperti permintaan masyarakat, turunnya permintaan konsumsi produk oleh masyarakat dan ekspor, produksi dengan turunnya produktivitas tenaga kerja akibat pemutusan hubungan kerja (PHK) dan pengurangan jam kerja pada perusahaan-perusahaan, pabrik-pabrik, UMKM, dan sektor informal, sulitnya impor bahan untuk produksi, serta melumpuhkan jalur transportasi dan distribusi barang dan orang (Harispon, 2020).

Berdasarkan laporan yang dibuat oleh lembaga SMERU Research Institute menyebutkan bahwa pada akhir tahun 2020 diperkirakan ada sekitar 1,3 juta rakyat Indonesia menjadi semakin miskin diakibatkan oleh perubahan oleh dampak pandemi Covid-19, baik secara langsung maupun tidak langsung. Hasil studi ini juga menyebutkan bahwa dalam scenario yang lebih buruk bahkan kemiskinan dapat meningkat 12,4% atau diperkirakan sekitar 8,5 juta akan jatuh dalam jurang kemiskinan pada akhir 2021 (Saud, 2021)

b. Dampak sektor Kesehatan

Pandemi covid-19 juga berpengaruh terhadap perilaku masyarakat termasuk perubahan health behavior atau perilaku mencari pengobatan pada layanan kesehatan. Pembatasan sosial dan protokol kesehatan yang membatasi interaksi antara individu menyebabkan penurunan tingkat utilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil studi yang dilakukan oleh Lee dan You (2021), di korea selatan menunjukkan bahwa sekitar 73,2% populasi menunda atau menghindari berobat pada saat pandemic. Pembatasan sosial yang diterapkan oleh pemerintah ikut mendorong peluang lebih kecil dalam melakukan utilisasi pelayanan kesehatan formal di masa pandemi Covid-19 (Saud, 2021).

Dimasa pandemi covid-19 ini juga terjadi peningkatan penggunaan atau pemanfaatan telemedicine sebagai alternative

pelayanan kesehatan. Kementerian Kesehatan sendiri secara resmi menggandeng berbagai provider telemedicine seperti halodoc, klikdokter, alodokter, dan lain-lain sebagai sarana distribusi obat Covid-19 untuk pasien yang menjalani isolasi secara mandiri. Peningkatan swamedikasi maupun pembelian obat melalui telemedicine, diikuti dengan penurunan kapasitas ekonomi masyarakat, merupakan masalah yang tidak dapat dihindarkan selama masa pandemi Covid-19 (Saud, 2021).

## **B. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi**

### **1. Definisi**

Hipertensi berarti tekanan darah di dalam pembuluh darah sangat tinggi. Pembuluh darah-pembuluh darah yang dimaksud di sini adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari jantung yang memompa darah keseluruh jaringan dan organ-organ tubuh. Tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg. Tekanan darah antara 120/80 mmHg dan 139/89 mmHg disebut prahipertensi (*pre-hypertension*) dan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg sudah dianggap tinggi dan disebut hipertensi. Angka yang diawal merupakan tekanan darah sistolik yang berhubungan dengan tekanan didalam pembuluh darah ketika jantung berkontraksidan memompa darah menuju ke pembuluh darah yang ada. Sedangkan angka selanjutnya adalah tekanan darah diastolik yang mewakili tekanan

di dalam pembuluh darah ketika jantung dalam kondisi istirahat (*relax*) setelah kontraksi. Tekanan diastolik mencerminkan tekanan paling rendah yang ada pada pembuluh darah (Wahyuni, 2021).

Meningkatnya tekanan darah di dalam pembuluh darah bisa terjadi melalui beberapa cara, sebagai berikut:

- a. Jantung memompa lebih kuat sehingga lebih banyak mengalirkan cairan pada setiap detiknya.
- b. Pembuluh darah besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui pembuluh darah tersebut. Oleh karena itu, darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang lebih sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Inilah yang terjadi pada usia lanjut karena dinding pembuluh darahnya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi *vasokonstriksi* yaitu jika pembuluh darah kecil (*arterila*) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon didalam darah.
- c. Bertambahnya cairan didalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan

air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Susilo & Wulandari, 2011).

## 2. Klasifikasi

Komite eksekutif dan *National High Blood Pressure Education Program* merupakan sebuah organisasi yang terdiri dari 46 profesional, sukarelawan, dan agen federal. Mereka mencanangkan klasifikasi JNC (*Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure*) yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amerika Serikat (Sani, 2008).

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC.**

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-90
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

## 3. Jenis Hipertensi

Hipertensi berdasarkan penyebab dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

### a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial, sedangkan sisanya 10% tergolong hipertensi sekunder.

#### b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme), dan lain-lain (Kemenkes RI, 2011).

#### 4. Gejala

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala yang khusus. Meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan hipertensi padahal sesungguhnya bukan hipertensi. Gejala hipertensi yang dimaksud adalah sakit kepala sebelah, wajah kemerahan, mata berkunang-kunang, sakit tengkuk, dan kelelahan (Susilo & Wulandari, 2011).

Gejala-gejala tersebut bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal. Hipertensi tidak memiliki keluhan dan tanda yang khas, karena itulah hipertensi disebut sebagai *silent killer* atau pembunuh yang diam-diam. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati bisa muncul gejala sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak napas, gelisah, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Penderita hipertensi berat kadang-kadang mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi

pembengkakan otak. Keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif* yang memerlukan penanganan segera. Apabila tidak ditangani keadaannya akan semakin parah dan dapat memicu kematian (Susilo & Wulandari, 2011).

## 5. Komplikasi

### a. Gagal Jantung

Istilah „gagal jantung” sering disalahartikan dengan „serangan jantung”, namun kedua istilah ini memiliki arti yang berbeda. Gagal jantung adalah istilah untuk suatu keadaan di mana secara progresif jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara efisien. Jika fungsinya semakin buruk, maka akan timbul tekanan balik dalam sistem sirkulasi yang menyebabkan kebocoran cairan kapiler terkecil paru. Hal ini akan menimbulkan sesak napas dan pembengkakan kaki dan pergelangan kaki.

### b. Angina

Angina adalah rasa tidak nyaman atau nyeri di dada. Nyeri dapat menjalar ke lengan, leher, rahang, punggung, atau perut. Rasa ini timbul akibat otot jantung tidak mendapat cukup oksigen. Angina biasanya dipicu oleh aktivitas fisik dan mereda dengan istirahat selama 10 - 15 menit. Seiring dengan bertambahnya usia, ditambah dengan pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat serta kurang berolahraga secara teratur, lemak akan terakumulasi pada dinding

arteri sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Tekanan darah tinggi adalah faktor utama yang menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku. Tekanan darah tinggi juga mengubah aliran darah di arteri menjadi lebih turbulen. Jika aliran darah ke jantung terganggu, maka jantung tidak dapat cukup oksigen.

c. Serangan Jantung

Serangan jantung dalam dunia medis disebut infark miokard karena terjadi saat sebagian dari „miokardium“ atau otot jantung mengalami „infark“ atau mati. Penyebabnya mirip dengan angina, dan tekanan darah tinggi juga turut berperan penting. Serangan jantung biasanya dipicu oleh gumpalan darah yang terbentuk di dalam arteri.

d. Tekanan Darah Tinggi dan Stroke

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan dua jenis stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Jenis stroke yang paling sering (sekitar 80% kasus) adalah stroke iskemik. Stroke ini terjadi karena aliran darah di arteri otak terganggu dengan mekanisme yang mirip dengan gangguan aliran darah di arteri koroner saat serangan jantung atau angina. Otak menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi. Stroke hemoragik (sekitar 20% kasus) timbul saat pembuluh darah di otak atau di dekat otak pecah, penyebab utamanya adalah tekanan darah tinggi yang persisten. Hal ini menyebabkan darah meresap ke ruang di antara sel-sel otak. Walaupun stroke hemoragik tidak

sesering stroke iskemik, namun komplikasinya dapat menjadi lebih serius. Gejala stroke meliputi:

- 1) Rasa baal (mati rasa), lemah atau paralisis pada sisi tubuh.
- 2) Bicara tidak jelas atau sulit menemukan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan.
- 3) Hilangnya pandangan atau sebagian lapang pandang secara tiba-tiba, pusing, kebingungan, tubuh tidak seimbang, atau sakit kepala berat.

e. Tekanan Darah Tinggi dan Penyakit Ginjal

Ginjal bertugas menyaring zat sisa dari darah dan menjaga keseimbangan cairan dan kadar garam dalam tubuh. Gagal ginjal timbul bila kemampuan ginjal dalam membuang zat sisa dan kelebihan air berkurang. Kondisi ini cenderung bertambah buruk setiap tahunnya. Penyakit gagal ginjal kronik biasanya berakhir pada keadaan yang disebut gagal ginjal stadium terminal. Keadaan ini bersifat fatal kecuali bila penderitanya menjalani dialisis (fungsi ginjal dalam menyaring darah digantikan oleh mesin) atau transplantasi ginjal. Ginjal secara intrinsik berperan dalam pengaturan tekanan darah, dan inilah sebabnya mengapa tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit ginjal dan demikian pula sebaliknya.

f. Tekanan Darah Tinggi dan Gangguan Sirkulasi

- 1) Tungkai, penyakit arteri perifer adalah istilah medis untuk penyakit yang menyerang arteri yang menyuplai darah ke tungkai. Penyebabnya sama dengan penyakit jantung, stroke, dan penyakit ginjal yaitu arteri berada dalam keadaan stres berat akibat peningkatan tekanan darah, dan penyempitan arteri tersebut menyebabkan aliran darah berkurang. Penyakit arteri perifer menyebabkan nyeri pada tungkai dan kaki sehingga seseorang akan sulit berjalan.
- 2) Mata, tekanan darah tinggi dapat mempersempit atau menyumbat arteri di mata, sehingga menyebabkan kerusakan pada retina (area pada mata yang sensitif terhadap cahaya). Keadaan ini disebut penyakit vaskuler retina. Penyakit ini dapat menyebabkan kebutaan dan merupakan indikator awal penyakit jantung

6. Penatalaksanaan Hipertensi

WHO dan *International Society of Hypertension Writing Group* (ISHWG) telah membuat pedoman untuk tatalaksana hipertensi pada tahun 1999. Pedoman ini kemudian diperbarui pada tahun 2003. Beberapa hal yang tercantum dalam pedoman ini antara lain (Sani, 2008)

:

- a. Terapi awal berupa terapi non farmakologi merupakan modifikasi gaya hidup seperti penurunan berat badan pada orang yang kelebihan berat badan, olahraga, mengurangi asupan alkohol, mengonsumsi banyak buah dan sayur, dan mengurangi asupan garam natrium, dapat menurunkan kejadian hipertensi.
- b. Terapi farmakologi dengan satu macam obat biasanya tidak mencukupi pada pasien hipertensi dengan indikasi yang kompleks. Pada pasien tanpa komplikasi, pengobatan harus dimulai dengan diuretik dosis rendah seperti tiazid, yang terbukti efektif dengan biaya rendah.

## 7. Pencegahan

Tara E. (1999) dalam Masriadi (2016) menyatakan bahwa pencegahan terhadap hipertensi dapat dikategorikan menjadi 4 tingkatan:

### a. Pencegahan Primordial

Pencegahan primordial merupakan usaha pencegahan predisposisi terhadap hipertensi, belum terlihatnya faktor yang menjadi risiko hipertensi, contohnya adanya peraturan pemerintah merupakan peringatan pada rokok dan melakukan senam kesegaran jasmani untuk menghindari terjadinya hipertensi.

### b. Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya pencegahan sebelum seorang penderita terserang hipertensi. Dilakukan pencegahan melalui

pendekatan, seperti penyuluhan mengenai faktor risiko hipertensi serta kiat terhindar dari hipertensi dengan cara menghindari merokok, konsumsi alkohol, obesitas, stres, dan lainnya.

c. Pencegahan Sekunder

Upaya pencegahan hipertensi ditujukan kepada penderita yang sudah terserang agar tidak menjadi lebih berat. Tujuan pencegahan sekunder ini ditekankan pengobatan pada penderita hipertensi untuk mencegah penyakit hipertensi kronis.

d. Pencegahan Tersier

Pencegahan terjadinya komplikasi yang berat akan menimbulkan kematian, contoh melakukan rehabilitasi. Pencegahan tersier ini tidak hanya mengobati juga mencakup upaya timbulnya komplikasi kardiovaskuler seperti infark jantung, stroke dan lain-lain, terapi diupayakan dalam merestorasi jaringan yang sudah mengalami kelainan atau sel yang sudah rusak akibat hipertensi, agar penderita kembali hidup dengan kualitas normal.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan**

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Dedy Alamsyah (2012) Pelayanan kesehatan adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah

masyarakat. Karena ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan masyarakat banyak, maka peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat cukup besar.

Definisi pelayanan kesehatan menurut adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat, Levey dan loomba (1973) dalam Azrul Azwar (2011) pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Sesuai dengan batasan yang seperti ini, maka dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan dapat ditemukan ada beberapa macamnya. Karena kesemuanya ini amat ditentukan oleh:

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

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

## 2. Bentuk dan Jenis Pelayanan Kesehatan

Ketiga jenis pelayanan di atas, jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan Hodgetts dan Cascio (1983) dalam Azrul Azwar (2011:43) yaitu:

- a. Pelayanan kedokteran. Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi (institution). Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

## 3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok, syarat pokok yang dimaksud adalah:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (available) serta bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat serta bersifat wajar (appropriate). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (accessible) oleh masyarakat. Pengertian

ketercapaian yang dimaksud terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

#### 4. Konsep Dasar Puskesmas

Puskesmas adalah pusat pengembangan pembinaan, dan pelayanan sekaligus merupakan pos pelayanan terdepan dalam pelayanan pembangunan kesehatan masyarakat yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada masyarakat yang bertempat tinggal dalam wilayah tertentu (Depkes RI, 2001).

#### 5. Kedudukan dan Fungsi Puskesmas

##### a. Kedudukan Puskesmas

- 1) Kedudukan dalam bidang administrasi, Puskesmas merupakan perangkat Pemda/Kota dan tanggung jawab langsung baik secara teknis medis maupun secara administratif kepada dinas kesehatan kota.
- 2) Dalam hirarki pelayanan kesehatan, sesuai SKN maka Puskesmas berkedudukan pada tingkat fasilitas kesehatan pertama.

##### b. Fungsi Puskesmas

- 1) Sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.

3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk melakukan fungsi tersebut Puskesmas melakukan kegiatan : Perencanaan program kesehatan di wilayahnya, Pergerakan pelaksanaan kegiatan dan Pengawasan, pengendalian dan penelitian kegiatan.

#### 6. Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Anderson (1974) dalam Notoadmodjo (2012), Model Andersen menggambarkan model sistem kesehatan (health believe system model) yang merupakan model kepercayaan kesehatan. Didalam model Andersen ini terdapat tiga faktor utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi (predisposisi characteristics), karekteristik pendukung (enabling characteristics) dan karakteristik kebutuhan (need characteristics).

##### a. Karakteristik Predisposisi

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan kedalam tiga kelompok, sebagai berikut :

##### 1) Ciri demografi meliputi:

##### a) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan identitas yang dimiliki seseorang dan dikategorikan dalam jenis kelamin pria dan wanita (Siyoto & Abdul, 2015). Hasil penelitian Logen et.al (2015) tentang faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemulung di TPA Tamangapa. Dari 72 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 32 responden (44,4%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan terdapat 40 responden (55,6%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sedangkan dari 6 responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 5 responden (83,3%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan dari 1 responden (16,7%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki dikarenakan wanita lebih banyak memiliki waktu dirumah sebagai ibu rumah tangga dibandingkan dengan laki-laki yang harus bekerja diluar rumah sebagai kepala keluarga, hal ini juga dilihat karena wanita memiliki tingkat kekhawatiran yang lebih besar dibandingkan laki-laki yang sedikit lebih tidak peduli sehingga wanita lebih

memperhatikan kondisi kesehatan dengan pergi ke pelayanan kesehatan (Puskesmas) apabila sakit.

b) Umur

Semakin bertambah umur seseorang, maka semakin bertambah kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, menurut hasil penelitian Lotfi et.al (2017) anggota berusia < 5 atau > 65 tahun cenderung lebih sering menggunakan layanan rawat jalan. Usia juga Berhubungan terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa beberapa kemampuan intelektual mengalami kemunduran sementara beberapa lainnya meningkat (Yuliana et.al, 2012)

Usia juga Berhubungan terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa beberapa kemampuan intelektual mengalami kemunduran sementara beberapa lainnya meningkat (Yuliana et.al, 2012)

2) Struktur sosial sebagai berikut:

a) Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar mau melakukan tindakan (praktik) untuk memelihara untuk mengatasi masalah-masalah dan untuk meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini di dasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2012). Hasil dari penelitian Wardan dan Suharto (2017) tentang hubungan pendidikan dan pengetahuan peserta BPJS di Kelurahan Rowosari dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Rowosari, menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai  $p=0,017$  dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan lebih luas tentang suatu hal dan lebih muda untuk menerima ide atau cara kehidupan baru.

b) Pekerjaan

Berdasarkan penelitian Yuliana et.al (2012) tentang hubungan karakteristik keluarga dan jenis penyakit terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, didapatkan hasil bahwa mayoritas pekerjaan di wilayah Kelurahan Tangkerang Labui

adalah wiraswasta yaitu berjumlah 43 responden (34,1%). Pekerjaan berkaitan dengan kejadian sakit seseorang, dimana timbulnya penyakit dapat melalui beberapa jalan yakni adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan, situasi pekerjaan yang penuh dengan stress dan ada tidaknya gerak badan di dalam pekerjaan. Kondisi ini memungkinkan orang yang sudah bekerja memiliki kecenderungan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan baik secara medis maupun non-medis.

c) Suku Menurut penelitian Yuliana et.al (2012) didapatkan hasil bahwa responden terbanyak adalah bersuku Melayu yaitu berjumlah 40 orang responden (31,7%). Setiap suku memiliki peluang-peluang tersendiri dalam perilaku memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diinginkan. Suku yang mengandung nilai kebudayaan banyak Berhubungan terbentuknya keyakinan dan perilaku masyarakat diantaranya cara melaksanakan sistem pelayanan kesehatan pribadi dan pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Pada kelurahan Tangkerang Labuai, masyarakat yang menjadi responden peneliti paling banyak bersuku Melayu dan rata-rata memanfaatkan pelayanan kesehatan secara non-medis.

### 3) Kepercayaan dan sikap terhadap pelayanan kesehatan

- a) Sikap. Sikap dalam pelayanan tenaga kesehatan diartikan sebagai reaksi atau respon tenaga kesehatan/perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan yang disertai dengan kecenderungan untuk melakukan tindakan terhadap objek (pasien) sesuai dengan kebutuhan pasien. Sikap merupakan keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan hubungan dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya (Wulandari et.al, 2016).
- b) Persepsi. Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi mengenai lingkungan, baik melalui penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Persepsi setiap orang berbeda karena masing-masing orang menerima, mengorganisasi dan menerjemahkan informasi dengan caranya masing-masing. Persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor psikologis, faktor fisik dan image yang terbentuk. Pada akhirnya, harapan dan persepsi akan berhubungan dengan tingkat kepuasan seseorang terhadap suatu pelayanan (Mujiati & Pradono, 2013).

b. Karakteristik pendukung (enabling characteristics)

Karakteristik ini menggambarkan kondisi yang meningkatkan orang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena walaupun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan namun tidak akan menggunakannya, kecuali jika ia mampu menggunakannya, kemampuan tersebut berasal dari:

- 1) Kemampuan dari keluarga yang terdiri dari penghasilan, pengetahuan, dan Jaminan Kesehatan
- 2) Kemampuan dari komunitas yang terdiri dari Tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan, waktu tunggu pada pelayanan, dan aksesibilitas.

c. karakteristik kebutuhan (need characteristics).

Faktor predisposisi dan enabling dapat terwujud bila hal itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, jika faktor predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan di bedakan menjadi 2 karakter, yaitu:

- 1) Penilaian individu terhadap penyakit (Perceived need). Persepsi masyarakat tentang sakit yang merupakan konsep sehat sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Hal ini disebabkan karena evaluasi atau persepsi mereka yang berbeda tentang sakit. Persepsi masyarakat tentang sakit merupakan

konsep sehat-sakit masyarakat. Konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Dan konsep sakit masyarakat, dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari (Anhar et.al, 2016).

- 2) Evaluasi klinik (clinical diagnosis). Menurut Logen et.al (2015) evaluasi klinis terhadap penyakit yakni penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya biasanya berdasarkan keluhan-keluhan yang mungkin memerlukan pengobatan dari hasil pemeriksaan dan diagnosa penyakit.

#### D. Sintesa Penelitian

No	Peneliti	Judul dan Publikasi	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1.	Reny Nuraeny, Siti Nur Azizah, Annisa Nur Salam	Pengaruh Kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat Darurat (Ppkm) Pengaruh Terhadap Ketahanan Keluarga Pedagang Di Kebumen  Jurnal Indonesia Sosial Teknologi: p-ISSN: 2723 – 6609 : Vol. 2, No. 9 September 2021	Jenis Penelitian kuantitatif dengan analisis deskriptif dan regresi dengan menggunakan metode kuadrat kecil (ordinary least square/ OLS)	. Penelitian ini menggunakan 181 responden pedagang dari 20 area perdagangan di kebumen yang terdiri dari pasar tradisional dan market place.	Hasil penelitian menunjukkan kebijakan PPKM berpengaruh negatif terhadap ketahanan fisik dan ketahanan ekonomi rumah tangga pedagang. Kebijakan PPKM telah memicu terjadinya kerawanan pangan dan ketahanan pangan keluarga, mengikis aktivitas produksi yang berdampak terhadap penurunan omzet dan pendapatan. Namun tidak berpengaruh terhadap ketahanan sosial-psikologi keluarga pedagang karena adanya nilai-nilai sosial yang internalisasi kuat dalam masyarakat mendukung ketahanan sosial-psikologis pedagang di Kebumen.
2.	Suci Syamsinar, Andi Surahman	Gambaran Kemampuan	penelitian kuantitatif dengan	Sampel dalam penelitian ini	Hasil yang diperoleh dari penelitian yaitu jumlah anggota

	Batara, A. Riski Amelia	Membayar Iuran Bpjs Kesehatan Pada Pedagang Di Pasar Terong Kota Makassar.  Window of Public Health Journal, Vol. 1 No. 6 (April, 2021) : 797-807	menggunakan studi deskriptif	sebanyak 92 responden.	keluarga tertinggi adalah $\leq 4$ jumlah anggota keluarga sebanyak 56 responden (60.9%) dan yang terendah adalah $> 4$ sebanyak 36 responden (39.1%), mampu sebanyak 52 responden (56.5%) dan yang terendah adalah tidak mampu sebanyak 40 responden (43.5%), kelas III tertinggi sebanyak 59 responden (64.1%) dan yang terendah adalah kelas II sebanyak 33 responden (35.9%).
3.	Rizky Andika, Sindi Pratiwi, Aswatun Anisa, Salsabilah Aisyah Putri	Dampak Covid-19 Terhadap Pendapatan Pedagang Mikro Pada Pasar Tradisional  Al-Sharf: Jurnal Ekonomi Islam : Vol. 1, No. 1 (2020)	metode yang digunakan berupa metode kualitatif	20 orang pedagang di pasar tradisional	Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa dampaknya covid 19 terhadap pasar tradisional sangat berpengaruh dari segi berkurangnya konsumen yang datang karena ketakutnya warga sehingga membuat pasar sepi, penurunan pendapatan yang membuat pedagang sangat mengeluh dalam keadaan ini untuk kehidupan sehari-hari mereka, serta upaya pemerintah

					dalam stabilitas harga barang pokok.
4.	Asrijal Arsyad, Lusyana Aripa, Ivan Wijaya	Kemampuan Membayar (ATP) Dan Kemauan Membayar (WTP) Iuran BPJS Kesehatan Mandiri Di Wilayah Kerja Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar  Pancasakti Journal of Public Health Science and Research: Volume 1 Nomor 1 (Mei, 2021): Halaman. 07 – 12.	Jenis Penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif	sampel sebanyak 98 responden	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan membayar atau Ability to Pay (ATP) di Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar tahun 2020 yaitu sebanyak 74,5% kategori mampu. Kemauan membayar atau Willingness to Pay (WTP) di Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar tahun 2020 yaitu sebanyak 61,2% kategori mau. Perlunya mempertimbangkan ulang 45ariff iuran BPJS kesehatan berdasarkan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.
5.	Andi Nur Hildayanti, Andi Surahman Batara, Muh. Khidri Alwi	Determinan Ability To Pay dan Willingness To Pay Iuran Peserta Mandiri	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode cross sectional study.	Sampel penelitian sebanyak 72 responden	Hasil penelitian kemampuan membayar (ability to pay) iuran BPJS Kesehatan sebesar 68,1% yang sanggup mengeluarkan pembayaran iuran BPJS

		<p>BPJS Kesehatan di Kecamatan Takabonerate (Studi Kasus di Kabupaten Kepulauan Selayar)</p> <p>Jurnal Kesehatan Masyarakat : Volume 11, Nomor 01, Juni 2021</p>			<p>Kesehatan. Dan reponden yang mempunyai kemauan membayar (willingness to pay) sebesar 66,7% responden yang mau mengeluarkan pembayaran iuran BPJS Kesehatan. Faktor yang paling dominan mempengaruhi kemampuan membayar (ability to pay) dan kemauan membayar (willingness to pay) iuran BPJS Kesehatan pada peserta mandiri di Kecamatan Takabonerate yaitu faktor persepsi mutu pelayanan kesehatan.</p>
6.	<p>Indriani Syakhila, Nurgahayu, Ulfa Sulaeman.</p>	<p>Faktor Yang Berhubungan Dengan ATP Dan WTP Dengan Penentuan Keputusan Kelas Iuran Bpjs Kesehatan</p> <p>dipublikasi di</p>	<p>Kuantitatif dengan pendekatan Cross Sectional</p>	<p>Jumlah responden sebanyak 100 Peserta BPJS Mandiri.</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara ATP (Ability To Pay) dengan Kelas Rawat BPJS dengan nilai (<math>p = 0,786 &gt; \alpha=0,05</math>) Tidak berhubungan. Sedangkan variabel WTP (Willingness To Pay) dengan Kelas Rawat BPJS dengan nilai (<math>p = 0,001 &gt; \alpha=0,05</math>) berhubungan.</p>

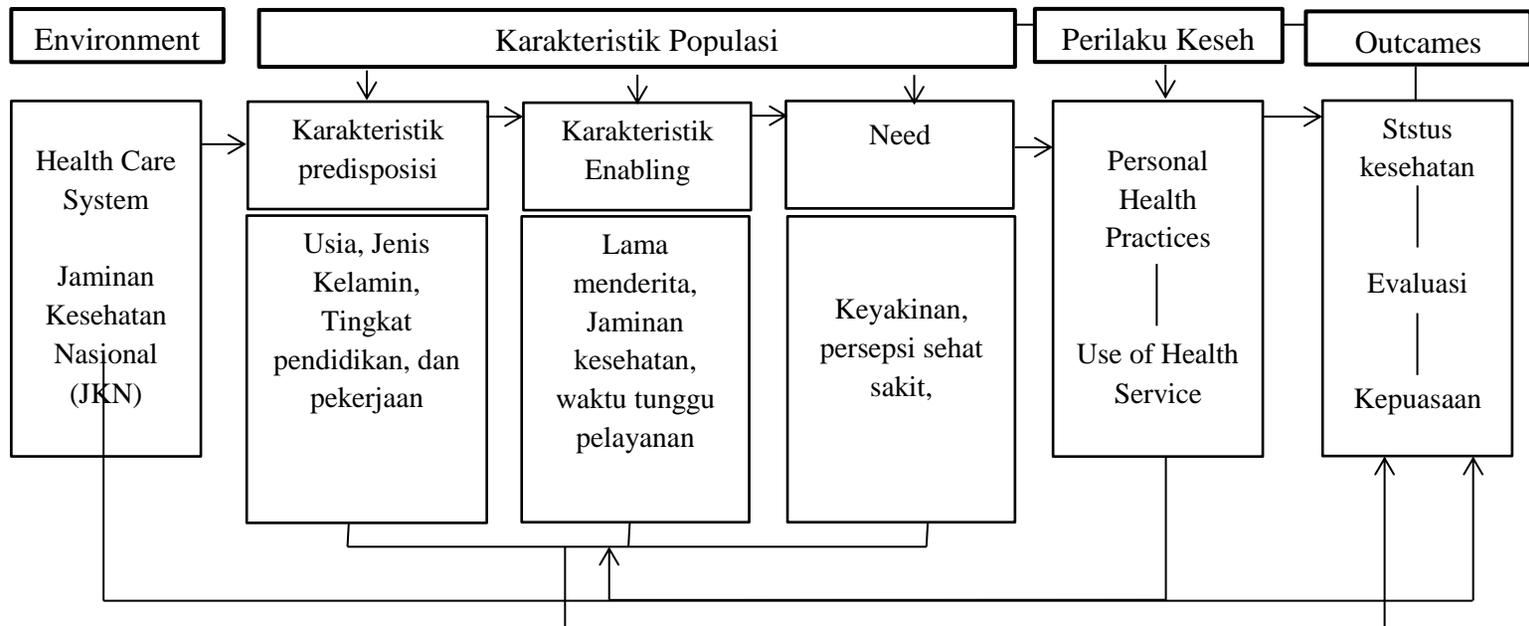
		Window of Public Health Journal, Vol. 01 No. 05 (Februari, 2021) : 427-436, Pada tahun 2021,			
7.	Nurul Aeni	<p>Pandemi COVID-19: Dampak Kesehatan, Ekonomi, dan Sosial</p> <p>Jurnal Litbang Vol. 17 No. 1 Bulan Juni 2021 Hal 17-34</p>	<p>Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif secara bersama</p>	<p>Data sekunder yang diperoleh dari instansi dari 21 daerah di kabupaten pati</p>	<p>Hasil penelitian adalah (1) Dampak pandemi COVID-19 pada aspek kesehatan adalah jumlah kasus positif dan kematian yang cukup tinggi serta penurunan cakupan sebagian besar layanan kesehatan; kasus positif COVID-19 cukup tinggi terjadi di wilayah yang merupakan pusat pemerintahan atau dekat dengan pusat ekonomi; (2) Pandemi COVID-19 menyebabkan perubahan penawaran dan permintaan barang dan jasa. Kondisi tersebut berdampak terhadap penurunan pertumbuhan ekonomi. Struktur perekonomian Kabupaten Pati</p>

					ditopang oleh sektor usaha pertanian dan industri pengolahan yang masih menunjukkan pertumbuhan positif selama pandemi. Perlambatan ekonomi tersebut selanjutnya menyebabkan peningkatan pengangguran, terutama pada sektor usaha mikro dan kecil serta industri rumah tangga; (3) Dampak sosial pandemi COVID-19 di Kabupaten Pati terwakili oleh peningkatan kemiskinan, dimana peningkatan kemiskinan lebih tinggi terjadi di wilayah yang memiliki jumlah keluarga hampir dan rentan miskin tinggi.
8.	Debra S. S. Rumengan, J. M. L. Umboh, G. D. Kandou	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS	Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan menggunakan rancangan	Dengan besar sampel 163 sampel.	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara Persepsi responden tentang JKN, akses layanan dan Persepsi responden terhadap Tindakan Petugas dengan

		Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado  JIKMU, Suplemen Vol, 5. No, 1 Januari 2015	cross sectional.		Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
9.	Fajar Khoironi, Wisnu Ardianto, Rossa Sinambella	Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan (BPJS) Di Masa Pandemi Berbasis IT  Jurnal Publisitas, Vol. 8, No. 1, Oktober 2021	metode penelitian kualitatif	Studi pustaka juga akan dilakukan didalam beberapa sumber dan situs untuk mengetahui data-data tambahan yang berguna untuk jurnal	Kesimpulan dari penulisan ini adalah menilai sejauh mana keefektifan dan keefisienan kinerja program tersebut. Pemanfaatan aplikasi dan program online tersebut diharapkan kepada masyarakat selain untuk mengurangi resiko penularan, dan menghindari keramaian, juga dapat secara langsung mendukung percepatan informasi dan teknologi di masa digital ini.
10.	Stefanny J. Pangoempia,	Analisis Pengaruh Pandemi Covid-19	kualitatif dengan metode	Informan dalam penelitian ini 4	Hasil penelitian yang diperoleh yaitu

	<p>Grace E. C. Korompis, Adisti A. Rumayar</p>	<p>Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Ranotana Weru Dan Puskesmas Teling Atas Kota Manado</p> <p>Jurnal KESMAS, Vol. 10, No 1, Januari 2021</p>	<p>wawancara mendalam.</p>	<p>orang dari masing-masing Puskesmas</p>	<p>Puskesmas Ranotana Weru memiliki perubahan alur pelayanan yaitu menerapkan sistem one stop service dan hanya membuka 2 tempat pemeriksaan saja dan saat ini harus melalui proses skrining, Puskesmas Teling Atas juga memiliki perubahan alur pelayanan yaitu harus melalui proses skrining dan memiliki 2 poli, poli umum dan poli ISPA serta terdapat penurunan jumlah pasien / pengunjung yang datang di Puskesmas Ranotana Weru dan Puskesmas Teling Atas.</p>
--	--	--	--------------------------------	---	---

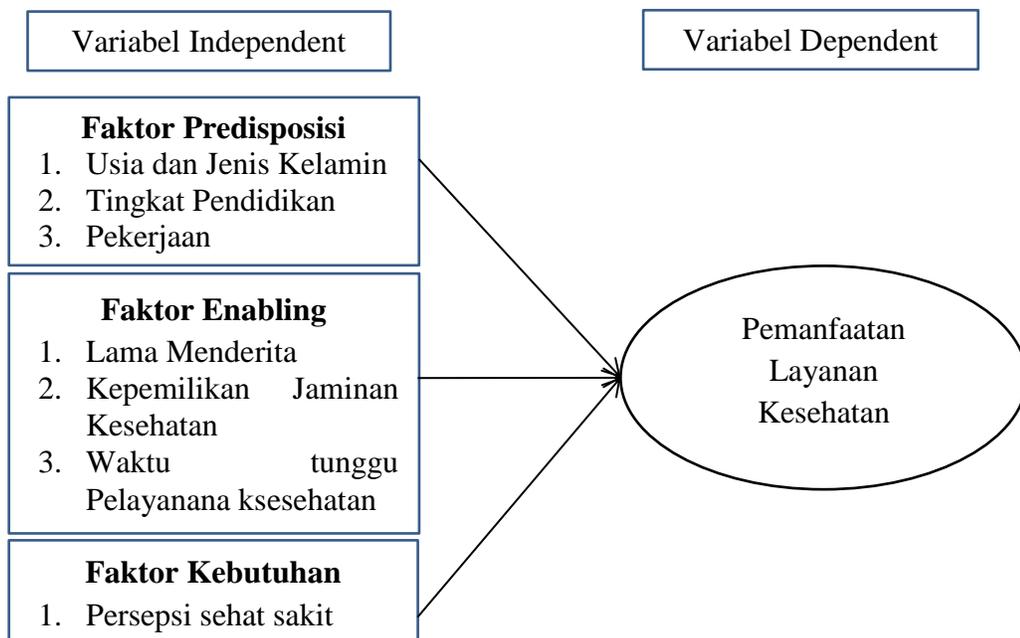
### E. Kerangka Teori



Sumber : Andersen (1974) dalam Notoatmodjo (2012)

## F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk menjelaskan hubungan atau kaitan antara variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012). Adapun variabel Independent pada penelitian ini adalah Analisis faktor predisposisi yaitu jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan, analisis faktor enabling yaitu kepemilikan jaminan kesehatan dan lama waktu tunggu pelayanan kesehatan, serta analisis faktor need yaitu persepsi tentang sehat sakit. Adapun variabel dependen adalah pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien Hipertensi di wilayah kerja puskesmas Antang kota Makassar



## **G. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah dugaan sementara terhadap hubungan antara dua variabel penelitian atau lebih (Siregar, 2015). Adapun hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan faktor predisposisi yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas Antang.
2. Terdapat hubungan antara faktor enabling yaitu lama menderita, kepemilikan jaminan kesehatan dan lama waktu tunggu pelayanan kesehatan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas Antang.
3. Terdapat hubungan antara faktor kebutuhan yaitu persepsi sehat sakit terhadap pemanfaatan layanan kesehatan pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas Antang.

## **H. Definisi Oprasional**

1. Usia
  - a. Definisi : usia adalah rentang kehidupan manusia yang diukur dengan tahun
  - b. Skala : Ordinal
  - c. Kategori : 1 untuk usia 20-30 tahun, 2 untuk usia 31-40 tahun, dan 3 untuk usia >40 tahun

## 2. Jenis Kelamin

- a. Definisi : jenis kelamin adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis yang didapati sejak dilahirkan,
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : 1 untuk laki-laki, dan 2 untuk perempuan

## 3. Tingkat Pendidikan

- d. Definisi : jenjang pendidikan formal tertinggi yang berhasil ditempuh responden
- e. Skala : Ordinal
- f. Kategori : 1 untuk tidak bersekolah, 2 untuk kategori SD, 3 untuk kategori SMP, 4 untuk kategori SMA, dan 5 untuk kategori Perguruan Tinggi

## 4. Pekerjaan

- a. Definisi : Pekerjaan adalah pernyataan responden tentang aktivitas responden dalam memperoleh pendapatan untuk memenuhi atau membantu memenuhi kebutuhan keluarga.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : 1 untuk Kategori PNS/TNI/Polri/dosen, 2 untuk kategori Karyawan swasta, 3 untuk Buruh, dan 4 untuk wiraswasta

5. Lama menderita

- a. Definisi : waktu lamanya seseorang mengalami hipertensi dimulai sejak pertama kali di diagnose hipertensi oleh dokter samapai dengan sekrang.
- b. Skala : Ordinal
- c. Kategori : 1 untuk <1 tahun, 2 untuk 1-5 tahun, dan 3 untuk >5 tahun

6. Kepemilikan Jaminan Kesehatan

- a. Definisi : Kepemilikan jaminan kesehatan adalah sumber dana keluarga untuk membayar pelayanan kesehatan diukur dengan ada atau tidaknya jaminan kesehatan baik dalam bentuk JKN ataupun jaminan kesehatan lainnya.
- b. Skala : nominal
- c. Kategori : 1 untuk kategori memiliki dan 2 untuk kategori tidak memiliki.

7. Waktu Tunggu pelayanan

- a. Definisi : Waktu tunggu pelayanan adalah lamanya periode waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter dan menerima obat.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : kategori Sesuai jika  $\geq$  median, kategori Tidak Sesuai jika  $<$  Median

8. Persepsi sehat sakit

- a. Definisi : Persepsi sehat-sakit adalah pemahaman seseorang terhadap konsep penyakit, tindakan yang dilakukan jika sakit dan kebutuhan segera untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk seluruh keluarganya.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : kategori Cukup jika  $\geq$  median, kategori Kurang jika  $<$  Median

9. Pemanfaatan Layanan Kesehatan.

- a. Definisi : Penggunaan layanan kesehatan baik rawat jalan ataupun rawat inap
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : Cukup jika nilai  $>$ median, dan kurang jika nilai  $\leq$  median