

**TESIS**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN  
PENGENDALIAN HIPERTENSI DI KOTA BANJARMASIN**

**POLICY IMPLEMENTATION OF HYPERTENSION  
PREVENTION AND CONTROL PROGRAM IN BANJARMASIN**

**Disusun dan Diajukan Oleh**

**SALLY POBAS**

**K012202061**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT**

**ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM  
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI DI KOTA  
BANJARMASIN**

**Tesis  
sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan Diajukan Oleh**

**SALLY POBAS  
K012202061**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT  
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**'LEMBAR PENGESAHAN**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM PENCEGAHAN  
DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI DI KOTA  
BANJARMASIN**

**Disusun dan diajukan oleh**


**SALLY POBAS  
K012202061**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 16 Agustus 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama,**


**Pembimbing Pendamping,**


  
Dr. Balqis, SKM, M. Kes., M. Sc. PH  
NIP. 19790817200912 2 001

  
Prof. Sukri Palutturi, SKM, M. Kes., M. Sc. PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

**Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Kesehatan Masyarakat,**

**Ketua Program Studi S2 Ilmu  
Kesehatan Masyarakat,**

  
Prof. Sukri Palutturi, SKM, M. Kes., M. Sc. PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

  
Prof. Dr. Ridwan Ahiruddin, SKM, M. Kes., M. Sc., PH  
NIP. 19671227 199212 1 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SALLY POBAS  
NIM : K012202061  
Program studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

### **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI DI KOTA BANJARMASIN**

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, Juli 2023

Yang menyatakan

  
SDEAKX517750745  
**Sally Pobas**



## ABSTRAK

**SALLY POBAS.** *Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi Di Kota Banjarmasin.* (Dibimbing oleh **Balqis Nazaruddin** dan **Sukri Palutturi**).

Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi adalah sebuah program yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan masyarakat secara nasional dan regional melalui standar pelayanan minimal. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin.

Penelitian ini menggunakan metode analisis deskriptif–eksploratif berjenis kualitatif dengan pendekatan studi kasus bertipe *multiple*. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dokumentasi dan studi literatur kepada seluruh informan penelitian. Teknik pemilihan Informan menggunakan *sampling purposeful*. Variabel penelitian meliputi komunikasi, sumber daya, struktur birokrasi dan disposisi/sikap.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi telah dilakukan dengan baik secara berjenjang, sumber daya manusia telah memenuhi standar jumlah ketenagaan, walau beberapa petugas masih memiliki kelebihan beban kerja, disertai jumlah kader kesehatan yang belum memadai, terdapat beberapa puskesmas masih mengalami kendala dalam penyaluran kebutuhan fasilitas serta anggaran. Pada struktur birokrasi telah dilaksanakan dengan SOP dan fragmentasi, namun beberapa instansi belum memiliki dokumentasi dan arsip yang lengkap, disisi lain disposisi/sikap berupa komitmen dan motivasi telah ada pada seluruh pihak, tetapi target sasaran program belum terpenuhi secara keseluruhan. Disimpulkan bahwa, implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin telah dilakukan dengan cukup baik, meskipun masih ada beberapa kendala pada beberapa aspek. Sehingga, masih diperlukan pemerataan tugas kewenangan yang sistematis, pengelolaan anggaran yang lebih merata, dan penetapan standar pendokumentasian terorganisir di setiap instansi.

**Kata Kunci:** Implementasi, Kebijakan, Program, Pencegahan, Pengendalian, Hipertensi



## ABSTRACT

**SALLY POBAS.** *Policy Implementation Of Hypertension Prevention And Control Program In Banjarmasin.* (Supervised by **Balqis Nazaruddin** and **Sukri Palutturi**).

The Policy Implementation for the Prevention and Control of Hypertension Program was started by the Ministry of Health with the intention of meeting the demands of regional and national public health development through minimal service standards. The aim of this study was to examine the methods used in the city of Banjarmasin to conduct hypertension prevention and control initiatives.

This study uses a qualitative descriptive-explorative analysis method with multiple case study approaches. Data collection was carried out by in-depth interviews, observation, documentation and literature study to all research informants. Informant selection technique used purposeful sampling. Research variables included communication, resources, bureaucratic structure and dispositions/attitudes.

The research findings indicate that communication has been effectively carried out in a hierarchical manner, while the human resources have met the standard staffing requirements, although some personnel still experience an excessive workload along with an insufficient number of health cadres. Additionally, several health centers face challenges in distributing facility needs and budget allocation. The bureaucratic structure has been implemented with standard operating procedures and fragmentation, but some agencies lack complete documentation and archives. On the other hand, there is commitment and motivation from all parties involved, but the program's target goals have not been fully achieved. In conclusion, the implementation of the hypertension prevention and control policy in the city of Banjarmasin has been relatively successful, despite some challenges in certain areas. Therefore, it is still necessary to establish systematic distribution of tasks and responsibilities, more equitable budget management, and organized documentation standards in each agency.

**Keywords:** Implementation, Policy, Program, Prevention, Control, Hypertension.



## PRAKATA

Puji dan Syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas segala berkat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Tesis dengan judul “Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi Di Kota Banjarmasin” dengan baik dan lancar.

Tesis ini disusun guna melengkapi dan memenuhi sebagian persyaratan untuk menyelesaikan studi program pascasarjana dan memperoleh gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Tesis ini dapat terselesaikan dengan baik dan lancar berkat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang sesungguhnya kepada :

1. Ibu Dr. Balqis Nazaruddin, SKM., M. Kes., M. Sc. PH. Selaku Ketua Komisi Penasihat dan Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M. Kes., M. Sc. PH., Ph. D. selaku anggota komisi penasihat, yang dimana telah berperan sebagai pembimbing serta penguji, atas kesediaan waktu dalam memberikan arahan, bimbingan, solusi dan motivasi selama proses penyusunan tesis ini hingga dapat berjalan dengan baik.
2. Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M. Kes., Bapak Dr. Wahiduddin, SKM., M. Kes., dan Ibu Prof. Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS. Selaku



anggota komisi, yang telah berperan sebagai penguji, atas kesediaan waktu dalam memberikan arahan, saran, dan solusi guna penyempurnaan proses penyusunan tesis ini hingga dapat berjalan dengan baik.

3. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc. selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Prof. Sukri Palutturi, SKM., M. Kes., M. Sc. PH., Ph. D. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Bapak Prof. Dr. Ridwan, SKM., M. Kes., M. Sc. PH. selaku Ketua Prodi Pascasarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M. Kes selaku Kepala Departemen AKK, beserta seluruh tim pengajar pada Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama penulis menjalani proses pendidikan.
4. Pemerintah Kota Banjarmasin, dalam hal ini Walikota Banjarmasin, secara khusus telah diwakili oleh Staf Bidang Perencanaan Ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin, yang telah berkenan memberikan izin penelitian di PEMKO Banjarmasin dan kesediaan waktu terlibat menjadi informan dalam penelitian ini.
5. Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, dalam hal ini Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, secara khusus telah diwakili oleh Koordinator Pelayanan P2PTM Dinas Kesehatan Kota dan Seksi Pelayanan P2PTM Dinas Kesehatan kota, yang telah berkenan



memberikan izin penelitian di Dinas Kesehatan Kota dan kesediaan waktu terlibat menjadi informan dalam penelitian ini.

6. Puskesmas di kota Banjarmasin, dalam hal ini telah diwakili oleh Puskesmas Terminal, Puskesmas Pelambuan dan Puskesmas Cempaka, secara khusus Staf Bagian Pengelola program/ Penanggung Jawab Program PTM di puskesmas, yang telah berkenan memberikan izin penelitian di Puskesmas tersebut dan kesediaan waktu terlibat berperan sebagai informan dalam penelitian ini.
7. Perwakilan Kader Kesehatan dan warga di bagian pelyanan PTM sebagai perwakilan Masyarakat di Banjarmasin, yang telah berkenan memberikan izin kepada peneliti dan kesediaan waktu terlibat berperan sebagai informan dalam penelitian ini.
8. Seluruh Staf Pendidik, khususnya Biro Administrasi Prodi Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat yang turut membantu selama proses pendidikan dalam penyusunan penelitian, hingga berjalan dengan lancar.
9. Kepada Yayasan Pendidikan Suaka Insan Suster-suster Santo Paulus dari Chartres di Provinsial Banjarmasin, mulai dari dari Ketua Yayasan, Sekretaris Yayasan dan seluruh dewan terkait, sebagai Pemberi dan penanggung jawab Beasiswa untuk pendidikan S2, sehingga penulis mendapat kesempatan Tugas Belajar studi lanjut di UNHAS Makassar, terimakasih atas segala bentuk dukungan moral maupun material guna kelancaran proses pendidikan ini.

10. Kepada Lemabaga Pendidikan STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN mulai dari Ketua STIKES suaka Insan dan WAKET I, II, III STIKES Suaka Insan beserta keluarga besar, dari staf tenaga pendidik, hingga senior maupun rekan-rekan pengajar, atas kesempatan TUBEL, atas segala bentuk dukungan moral dan material, hingga motivasi, selama menempuh proses pendidikan ini.
11. Kepada Orang tua : Mama Selviana, Bapak Sunarko, Ibu Novita, serta Alm. Nenek Elisabeth Lisnawati, pada Om Herbet dan Tante Vemmy, Om Pri dan Tante Nora maupun adek-adek di keluarga besar cucu Busharun, dan pada papa Akri serta seluruh Bapa besar, Mama Besar, Tante Om, Kaka ade keluarga Pobas di NTT. Terimakasih tak terhingga, hingga penghargaan sebesar-besarnya atas segala dukungan moral, material, dan motivasi selama ini, hingga penulis dapat menempuh serta menyelesaikan pendidikan S2 ini.
12. Kepada Ashar Abbas (Ka Aje), terimakasih tak terhingga telah menjadi sahabat, teman, kakak, pasangan atas segala dukungan moral, material, dan motivasi dalam suka duka selama ini.
13. Kepada seluruh rekan sejawat dan Keluarga Kedai Bujang Pintu Nol UNHAS Makassar dari Owner, manajemen dan karyawan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terimakasih telah bersedia menerima penulis sebagai keluarga dan teman, terimakasih atas segala bentuk bantuan dan dukungan, baik secara moral, material, dan motivasi selama penulis berada di Makassar, hingga baik dalam

menjalani kehidupan sehari-hari hingga proses belajar dapat dilalui (*like home sweet home*) hingga saat ini.

14. Kepada Ka Hapsari dan Ka Dewi atas kebersamaan, perjuangan suka duka dan dukungan selama menempuh pendidikan S2 bersama-sama, hingga akhirnya selesai.

15. Seluruh teman-teman Pascasarjana Prodi Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar, Angkatan 2020 Gelombang 2, atas kebersamaan, relasi pertemanan, motivasi dan dukungan lain, yang tidak dapat penulis ucapkan satu-persatu, sehingga penulis dapat menjalani, melewati dan menempuh seluruh proses pendidikan dengan baik.

Penulis telah berusaha untuk menyelesaikan tesis ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini. Oleh karena itu, demi kesempurnaan tesis ini, peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Akhir kata, semoga hasil dari penulisan tesis ini dapat dimanfaatkan bagi perkembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya ilmu Administrasi Kebijakan dan Kesehatan.

Makassar, Juli 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

*Halaman*

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>PRAKATA</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	14
C. Tujuan Penelitian .....	14
1. Tujuan Umum .....	14
2. Tujuan Khusus.....	15
D. Manfaat Penelitian .....	15
1. Manfaat Teoritis .....	15
2. Manfaat Praktis.....	16
a. Bagi Pemerintah Kota Banjarmasin .....	16
b. Bagi Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin .....	16
c. Bagi Puskesmas-puskesmas di Kota Banjarmasin .....	17
d. Bagi Masyarakat di Kota Banjarmasin .....	17
e. Bagi Institusi Pendidikan.....	18
f. Bagi Peneliti .....	18
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Variabel Penelitian .....	19
1. Tinjauan Umum Tentang Implementasi.....	19
2. Tinjauan Umum Tentang Kebijakan .....	20
3. Tinjauan Umum Tentang Implementasi Kebijakan .....	28
4. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi .....	37



B. Analisa Sintesa Penelitian .....	48
C. Kerangka Teori.....	54
D. Kerangka Konseptual .....	55
E. Definisi Konseptual.....	56
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	60
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	61
C. Variabel Penelitian .....	61
D. Informan/Subjek Penelitian .....	63
E. Teknik Pemilihan Informan Penelitian .....	66
F. Instrumen Penelitian .....	66
G. Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data .....	67
H. Teknik Analisis Data.....	69
I. Keabsahan Data .....	70
J. Aspek Etika Penelitian Kualitatif .....	71
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	73
1. Gambaran Umum Kota Banjarmasin .....	73
2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.....	78
3. Gambaran Umum Puskesmas Terminal .....	86
4. Gambaran Umum Puskesmas Pelambuan .....	87
5. Gambaran Umum Puskesmas Cempaka.....	88
B. Karakteristik Informan Penelitian.....	90
C. Hasil Penelitian .....	91
1. Komunikasi .....	98
2. Sumber Daya.....	113
3. Struktur Birokrasi .....	128
4. Disposisi/Sikap .....	133
D. Pembahasan.....	140
1. Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi di Kota Banjarmasin .....	140
2. Komunikasi .....	146
a. Transmisi.....	146
b. Kejelasan .....	148
c. Konsistensi.....	150
3. Sumber Daya.....	154
a. Sumber Daya Manusia .....	154
b. Anggaran.....	157

c. Fasilitas (Sarana dan Prasarana) .....	160
d. Informasi dan Kewenangan .....	163
4. Struktur Birokrasi .....	164
a. <i>Standart Operating Procedure</i> (SOP) .....	164
b. Fragmentasi .....	167
5. Disposisi/Sikap .....	169
E. Keterbatasan Penelitian .....	173
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	175
B. Saran .....	177
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

*Halaman*

Tabel 2.1 Tekanan Darah pada Dewasa menurut JNC VII .....	39
Tabel 2.2 Sintesa Penelitian .....	48
Tabel 2.3 Definisi Konseptual Penelitian .....	56
Tabel 4.1 Daftar Jumlah Puskesmas di Kota Banjarmasin .....	88
Tabel 4.2 10 Penyakit Terbanyak tahun 2021 dan 2022 di Kota Banjarmasin .....	83
Tabel 4.3 Capaian Keberhasilan SPM di Kota Banjarmasin Tahun 2022 .....	85
Tabel 4.4 Karakteristik Informan Penelitian .....	91

## DAFTAR GAMBAR

*Halaman*

Gambar 2.1 Siklus dan Tahapan Kebijakan .....	22
Gambar 2.2 Diagram Kebijakan Kesehatan .....	24
Gambar 2.3 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward (1980) .....	34
Gambar 2.4 Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn (1975) .....	36
Gambar 2.5 Implementasi Kebijakan Mazmanian & Sabatier (Subarsono, 2005).....	37
Gambar 2.6 Alur Birokrasi Penanggulangan Hipertensi melalui POSBINDU PTM .....	47
Gambar 2.7 Skema Kerangka Teori .....	54
Gambar 2.8 Skema Kerangka Konseptual Penelitian .....	55
Gambar 4.1 Logo dan Makna Kota Banjarmasin .....	76
Gambar 4.2 Logo Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin .....	80
Gambar 4.3 Skema Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.....	81



## DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
AHA	American Heart Association
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BP	Bidang Pelayanan
BOD	Burden Of Disease
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BAPPEDA LITBANG	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Penelitian dan Pengembangan
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
DIII	Diploma Tiga
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GERMAS	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
HDL	High Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HT	Hipertensi
IHME	Institute For Health Metrics and Evaluation
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JNC	Joint National Committee
KB	Keluarga Berencana
KEMENDAGRI	Kementrian Dalam Negeri
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
LDL	Low Density Lipoprotein
MDGs	Millenium Development Goals
NHANES III	Third National Health and Nutrition Examination Survey
NSPK	Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
ODGJ	Orang Dengan Gangguan Jiwa
PDAM	Perusahaan Daerah Air Minum
PERMENKES	Peraturan Menteri Kesehatan
PEMKO	Pemerintah Kota
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat

PKRT	Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
PKPR	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
POSBINDU	Pos Pembinaan Terpadu
POSKEDES	Pos Kesehatan Desa
POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PTM	Penyakit Tidak Menular
P2PTM	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
RENSTRA	Rencana Strategis
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RKPD	Rencana Kerja Pemerintah Daerah
SDGs	Sustainable Development Goals
SDM	Sumber Daya Manusia
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SMA	Sekolah Menengah Atas
SK	Surat Keputusan
SPM	Standar Pelayanan Minimal
SOP	Standard Operating Procedure
S1	Strata-1
S2	Strata-2
TD	Tekanan Darah
TU	Tata Usaha
UPT	Unit Pelayanan Terpadu
UU RI	Undang- Undang Republik Indonesia
UUD 1945	Undang-Undang Dasar 1945
WHO	World Health Organization

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Izin Penelitian Ke KESBANGPOL Provinsi Kal-Sel
- Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian Ke Walikota Banjarmasin
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian Ke KESBANGPOL Banjarmasin
- Lampiran 4 : Surat Rekomendasi Pelaksanaan Penelitian Oleh KESBANGPOL Kota Banjarmasin
- Lampiran 5 : Surat Balasan Dinkes Kota Banjarmasin untuk Izin Tindak Lanjut Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Kepada Bidang dan Koordinator P2PTM
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota untuk Puskesmas Terminal (PJ PTM)
- Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota untuk Puskesmas Pelambuan (PJ PTM)
- Lampiran 9 : Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota untuk Puskesmas Cempaka (PJ PTM)
- Lampiran 10 : Surat Balasan PEMKO : Walikota Banjarmasin delegasi ke SEKDA
- Lampiran 11 : Surat Balasan PEMKO : Delegasi SEKDA Rekomendasi ke Bidang Perencanaan Ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin
- Lampiran 12 : Panduan dan Pedoman Wawancara (Lembar Penjelasan Informed Consent, Lembar Persetujuan Informan dan Pedoman Wawancara)
- Lampiran 13 : Analisa Etik dan Emik Penelitian (Matriks Analisis Hasil Temuan Penelitian Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi)
- Lampiran 14 : Contoh SOP Manajemen Hipertensi di Puskesmas (Wilayah Banjarmasin)
- Lampiran 15 : Bukti Dokumentasi Kegiatan Penelitian
- Lampiran 16 : *Curriculum Vitae*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan zaman dan pertumbuhan transisi berbagai aspek, mulai dari transisi demografi seperti aspek sosial, politik, ekonomi, nilai, budaya, usia, peningkatan urbanisasi, terjadinya perubahan iklim. Kemudian transisi budaya, pekerjaan serta kemajuan teknologi, menjadi salah satu dari beberapa aspek yang mendorong dan menyebabkan terjadinya pola hidup instan / praktis di era masyarakat masa kini, sehingga akhirnya berdampak pada kesejahteraan, kebutuhan serta berbagai masalah kesehatan hingga bagi pembangunan derajat kesehatan masyarakat dunia, khususnya di Indonesia (Allen et al., 2021; Forouzanfar et al., 2017).

Pola hidup praktis berupa transisi epidemiologi disebabkan oleh perubahan struktur penduduk, sosial ekonomi dan lingkungan, perubahan ini didukung pula dengan transisi perilaku dan gizi pada pola serta gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok, kurang aktivitas fisik, kurang gizi seimbang, *stunting* dan obesitas, makanan tinggi lemak dan kalori, serta konsumsi alkohol, yang kemudian berdampak pada peningkatan prevalensi dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular (PTM) (*non-communicable disease*) (Budi, 2016; Triana et al., 2021).

PTM adalah jenis penyakit atau penyakit degeneratif yang diturunkan dari susunan genetik seseorang atau riwayat keluarga dan



tidak dapat tertular atau ditularkan melalui infeksi. PTM merupakan isu penting dalam dunia kesehatan saat ini dan kemungkinan besar akan tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian baik dalam skala nasional maupun internasional. Terlepas dari usia, jenis kelamin, ras, atau faktor lainnya, prevalensi PTM semakin meningkat dan menjadi ancaman bagi semua orang di seluruh dunia (Renstra RI Tahun, 2015-2019 & WHO, 2019). Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), 2017 menyatakan bahwa PTM menyebabkan 40 juta atau sekitar 70% dari 56 juta kematian di dunia, PTM utama meliputi hipertensi, diabetes mellitus, kanker, dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) (Kemenkes RI, 2020; Musdalifah et al., 2020; Segawa et al., 2021).

Menurut *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), yang mengacu pada prevalensi PTM pada tahun 2017, penyakit kardiovaskular telah menyumbang 33,1% dari 53,3 juta kematian dunia, atau 53,3 juta total kematian. Selain itu, hampir 7,5 juta kematian per tahun, atau 12,8% dari semua kematian di seluruh dunia, terkait dengan hipertensi. Menurut perkiraan prevalensi global hipertensi, yang diperkirakan mempengaruhi 22% populasi dunia, satu dari lima orang dewasa (21%) dapat mengendalikan kondisinya. 46% dari perkiraan 1,28 juta orang dewasa dalam rentang usia 30 hingga 79 tahun yang memiliki kondisi tersebut tidak menyadarinya. Berdasarkan seluruh prevalensi dunia terkait kasus dan penderita hipertensi dinyatakan sekitar 2/3 dari penderita hipertensi tersebut berasal dari negara dengan kondisi perekonomian menengah hingga ke bawah (Kemenkes RI, 2020; Riskesdas,2018).

Setiap tahun, penyebab utama kematian di seluruh dunia adalah penyakit jantung dan pembuluh darah, merupakan salah satu masalah kesehatan serius di setiap negara, dikarenakan sebagian besar penderita hipertensi tidak menyadari bahwa mereka memiliki kondisi tersebut dan komplikasi terkadang dapat mengakibatkan kematian, hipertensi sering disebut sebagai "*silent killer*" (Kalssa et al., 2016).

Menurut laporan WHO (2019) tentang prevalensi hipertensi di seluruh dunia, wilayah Afrika memiliki prevalensi terbesar, yaitu sebesar 27%, sedangkan Asia Tenggara berada di urutan ketiga, dengan prevalensi sebesar 25% dari populasi global. Menurut perkiraan, akan ada sekitar 1,56 miliar orang dengan hipertensi pada tahun 2025, dan 10,44 juta kematian tersebut diduga terkait dengan hipertensi dan komplikasinya (Anggriani, 2018).

Di Indonesia saat ini, PTM khususnya kasus hipertensi meningkat setiap tahunnya. Hal ini didukung oleh data Riskesdas (2018) yang menunjukkan bahwa prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013. Prevalensi hasil pengukuran tekanan darah, kasus hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Pada tahun 2016 tercatat bahwa penyebab kematian di Indonesia oleh Hipertensi sejumlah 23,7 % kasus dari 1,7 juta Kematian. Data penyebab kematian di Indonesia pada tahun 2016 didapatkan total kematian sebesar 1,5 juta dengan penyebab kematian terbanyak adalah penyakit kardiovaskuler 36,9%. IHME juga menyebutkan bahwa dari total 1,7 juta kematian di Indonesia didapatkan faktor risiko yang menyebabkan

kematian adalah hipertensi sebesar 23,7% (Adam et al., 2018; Firmansyah et al., 2017).

Sejalan dengan kasus hipertensi di Indonesia, Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa di Indonesia mengalami peningkatan prevalensi hipertensi dalam tiga tahun terakhir. Dimana melalui data tersebut menunjukkan kasus hipertensi menempati persentase kasus sebagai salah satu penyakit penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Oleh sebab itu, hipertensi menjadi salah satu kasus PTM yang dapat menyebabkan komplikasi penyakit kronik lainnya, kecacatan hingga menyebabkan kematian apabila tidak dikelola, dikendalikan dan diatasi dengan serius (Firmansyah et al., 2017).

Menurut Kemenkes RI (2020) dan Riskesdes (2018), provinsi Kalimantan Selatan memiliki prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia dengan prevalensi 44,13%, diikuti Jawa Barat 39,6% dan Kalimantan Timur 39,3%. Kemudian provinsi dengan prevalensi hipertensi terendah terdiri dari Papua (22,2%), Maluku Utara (24,6%), dan Sumatera Barat (25,16%). Menurut Profil Kesehatan Kalsel (2020) diprediksikan terdapat 1.097.850 penderita hipertensi yang berusia di bawah 15 tahun pada tahun 2019. Dari jumlah tersebut, sebanyak 342.709 orang (31,2%) telah mendapatkan pertolongan medis.

Menurut informasi dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (2019) telah dilaporkan terdapat 201.501 kasus hipertensi pada laki-laki dan perempuan. Prevalensi hipertensi yang tertinggi di Kalimantan Selatan tercatat di ibukota Banjarmasin dengan jumlah penderita

mencapai 57.257 orang pada tahun 2019. Prevalensi hipertensi di Kalimantan Selatan menurut Riskesdas (2018) mengalami peningkatan 13,3%, dimana angkanya semakin meningkat pada tahun 2020 mencapai 108,392 orang penderita Hipertensi di kota Banjarmasin (Data oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2019-2020). Data tersebut sejalan dengan prevalensi kasus dan kematian akibat hipertensi menurut data Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2020, yang menyatakan bahwa hipertensi menempati urutan pertama PTM tertinggi di kota Banjarmasin dengan jumlah kasus terdata, dimana jumlah kasus lama (kunjungan kedua atau lebih ke fasilitas pelayanan kesehatan) sejumlah 36.143 kasus, dan jumlah kasus baru (kunjungan pertama dan belum tercatat di fasilitas pelayanan kesehatan) sejumlah 16.834 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 879 kasus.

Masalah kesehatan terkait kasus hipertensi di suatu wilayah, tidak terlepas dari berbagai aspek yang berhubungan erat dengan peran dan implementasi dari seluruh pihak terkait terutama bidang pelayanan kesehatan secara komprehensif hingga berkelanjutan, yang kemudian diwujudkan dalam berbagai program manajemen PTM, salah satunya berfokus pada program manajemen hipertensi melalui upaya pencegahan, pengelolaan dan pengendalian hipertensi (Annas et al., 2019; Jasmen Manurung, 2020). Hal ini menjadi salah satu upaya implementasi Pemerintah Indonesia baik dalam lingkup skala nasional maupun regional, dengan membentuk Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia No. 1575 tahun 2005 yang tugas pokoknya antara lain, memandirikan masyarakat untuk hidup sehat melalui pengendalian faktor risiko PTM salah satunya dengan deteksi dini dan minimalisasi faktor risiko hipertensi, kemudian prioritas implemtasi dalam upaya pencegahan seperti promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif hingga paliatif (Kemenkes, 2019).

Peningkatan prevalensi hipertensi juga memiliki urgensi yang sangat penting, karena dapat menambah beban masyarakat dan pemerintah. Penanganannya membutuhkan biaya yang besar dan teknologi tinggi. Selain itu, komplikasi dari hipertensi menjadi penyebab utama masalah kesehatan, kecacatan hingga kematian, terutama pada usia produktif. Banyak kasus tidak terdeteksi dan tidak terkontrol dengan baik, berdampak pada sistem kepentingan kesehatan, ekonomi, sosial, dan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan kesehatan yang intensif dalam pencegahan dan pengendalian hipertensi untuk mencapai Indonesia Sehat. Pemahaman yang menyeluruh tentang permasalahan hipertensi dan faktor risikonya diperlukan oleh semua pengambil kebijakan dan pelaksana program untuk menurunkan dan mengatasi kejadian hipertensi (Fitri et al., 2021; Shaumi & Achmad, 2019).

Capaian keberhasilan implementasi manajemen hipertensi melalui program pencegahan dan pengendalian oleh dinas kesehatan provinsi Kalimantan Selatan diukur dengan indikator kinerja kegiatan program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) melalui prevalensi tekanan darah tinggi sebesar 23,79% dan persentase

puskesmas yang Melaksanakan PTM terpadu seharusnya mencapai persentase 50%, sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja program oleh puskesmas belum terpenuhi. Adapun penilaian yang diukur dalam capaian program pencegahan dan pengendalian tersebut berdasarkan hasil kegiatan sosialisasi kepada masyarakat yakni dengan edukasi kesehatan mengenai PTM khususnya hipertensi, himbauan untuk mencegah dan mengendaliakn faktor-faktor risiko, serta pentingnya meningkatkan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara mandiri dan berkala untuk mencegah komplikasi hingga kematian (himbauan CERDIK dan PATUH), pelaksanaan seluruh program pelayanan hipertensi melalui kasus yang terkontrol dan tidak terkontrol berdasarkan data dari puskesmas dan kegiatan POSBINDU PTM.

Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin telah berupaya menerapkan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi sesuai dengan standar dan strategi yang ditetapkan dalam rencana pembangunan kesehatan nasional. Dalam upaya mencapai tujuan tersebut, Dinas Kesehatan berfokus pada peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan terlibat dalam seluruh pelayanan maupun program kegiatan terkait hipertensi. Masyarakatpun didorong untuk menerapkan perilaku dan lingkungan yang sehat serta memiliki akses pelayanan kesehatan berkualitas secara merata terkait hipertensi secara optimal.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

(P2PTM) Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, menyatakan bahwa Hipertensi merupakan masalah kesehatan utama di Provinsi Kalimantan Selatan, terutama di Kota Banjarmasin, dengan kasus prevalensi yang tinggi dan meningkat dalam beberapa tahun terakhir.

Faktor risiko yang berkontribusi terhadap kasus hipertensi adalah pola dan perilaku kesehatan masyarakat. Meskipun Dinas Kesehatan Kota Kalimantan Selatan telah melaksanakan beberapa program manajemen hipertensi melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), seperti program POSBINDU PTM hipertensi dengan program pencegahan "CERDIK" dan program pengendalian "PATUH" yang dilaksanakan oleh seluruh puskesmas di Kota Banjarmasin, namun keberhasilan optimal belum tercapai. Hal ini didukung dengan dokumen Renstra Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2016-2021 dan Profil Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2019 yang melaporkan hasil evaluasi pelayanan kesehatan penderita hipertensi (jumlah estimasi penderita hipertensi usia  $\geq 15$  tahun di tingkat kabupaten/ kota) dengan capaian target 100% dan jumlah target sasaran 111.325, memiliki pencapaian sejumlah 71,94%. Dimana data tersebut belum memenuhi capaian target pelayanan.

Berdasarkan evaluasi laporan tersebut, masih sangat diperlukan optimalisasi dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia (tenaga kesehatan) serta bimbingan dan pengawasan terhadap petugas pelaksana program dan petugas lapangan. Dimana masih terdapat keterbatasan jumlah petugas puskesmas di lapangan, sehingga dalam beberapa pelaksanaan program di lapangan masih banyak petugas yang

tidak bisa hadir, di dukung dengan kurangnya ketersediaan kader kesehatan. Idealnya, pelaksanaan program melalui POSBINDU PTM dapat dilakukan oleh petugas kesehatan dan kader kesehatan di setiap kegiatan, dengan pendampingan yang terdiri dari penanggungjawab program, dokter, analis laboratorium, perawat, dan petugas gizi. Optimisasi capaian keberhasilan program juga belum maksimal, dikarenakan masih kurangnya partisipasi dan antusiasme dari masyarakat sebagai sasaran program, dimana keterlibatan aktif masyarakat masih didominasi oleh lansia dan sedangkan sasaran pada kelompok usia produktif / remaja masih kurang hingga belum memenuhi target capaian.

Hambatan lain yang dialami dalam penerapan program pencegahan dan pengendalian hipertensi ialah, terkait dengan sistem pengelolaan fasilitas sarana dan prasarana, seperti penyaluran biaya operasional yang terhambat, sehingga berdampak pada keterlambatan penyediaan fasilitas sarana prasarana yang diperlukan oleh program, akhirnya mengakibatkan proses pelaksanaan program tidak berjalan lancar. Di sisi lain, masih diperlukan peningkatan kerjasama lintas sektor dikarenakan, dalam proses pengumpulan data masih sulit dan memakan waktu yang cukup lama karena melibatkan berbagai unsur hingga lintas sektor terkait. Oleh karena itu, dukungan dari semua pihak, terutama pemangku kepentingan, pengelola, dan partisipasi masyarakat maupun lintas sektor masih sangat diharapkan, untuk mencapai kemajuan dan hasil yang lebih baik sesuai dengan target yang ditetapkan. Evaluasi kegiatan selama satu tahun harus digunakan sebagai alat untuk



mengontrol implementasi program kesehatan secara menyeluruh sebagai dasar untuk intervensi dan inovasi pengembangan program kesehatan selanjutnya.

Implementasi kebijakan adalah pelaksanaan kebijakan publik melalui program, aktifitas, aksi, atau tindakan dalam mekanisme yang terikat pada sistem tertentu setelah kebijakan tersebut dibuat. Peran implementasi dalam mencapai tujuan kebijakan sangat penting dan menjadi tolok ukur keberhasilannya. Tanpa implementasi yang efektif, keputusan kebijakan tidak akan berhasil dijalankan. Proses implementasi juga melibatkan pengelolaan input untuk menghasilkan output atau hasil yang memberikan dampak nyata bagi pengelola dan masyarakat. (Adjunct & Marniati, 2021; Safira et al., 2021).

Menurut Anindya et al. (2020) dan Pujowati (2022), menyatakan bahwa beberapa faktor dalam implementasi kebijakan kesehatan yakni komunikasi, struktur birokrasi, dukungan sumber daya manusia yang memiliki kemampuan, daya cipta dan keterampilan dalam memberikan layanan, serta sikap dan perilaku dari pelaksana yang profesional memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap kualitas layanan kesehatan. Dimana faktor- faktor tersebut dapat menjadi penentu keberhasilan dari implementasi kebijakan, karena tanpa implementasi yang efektif maka keputusan pembuat kebijakan atau program tidak akan berhasil dilaksanakan (Ratnasari, 2020).

Pada aspek komunikasi dinilai melalui tiga indikator yaitu proses transmisi atau penyebaran informasi, kejelasan informasi dan konsistensi

seluruh informasi kepada staf internal, eksternal, maupun lintas sektor. Kemudian pada aspek sumber daya, meliputi empat komponen yaitu sumber daya manusia yang cukup (kuantitas / kualitas), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggung jawab dan ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan. Pada aspek disposisi atau sikap pelaksana yang berisi komitmen, motivasi, inovasi pelaksana terhadap program. Lalu, pada struktur birokrasi didasarkan pada prosedur operasional standar yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan kebijakan, yang dapat mendorong kinerja struktur organisasi kearah yang lebih baik dapat dilihat dalam SOP dan fragmentasi (pembagian tugas) (Ayuningtyas, 2018).

Faktor implementasi kebijakan yang telah ada secara tidak langsung telah dilaksanakan dan berjalan didalam arah strategi implementasi Kebijakan terkait PTM oleh pemerintah daerah dan dinas kesehatan di provinsi Kalimantan Selatan, yang diupayakan sebagai acuan bagi kepentingan pembangunan derajat kesehatan masyarakat secara nasional maupun regiona. Hal ini tampak dalam beberapa aspek diantaranya, pada struktur organisasi dan sumber daya, telah berupaya diterapkan dengan meningkatkan advokasi kebijakan yang berpihak terhadap program kesehatan dan sosialisasi P2PTM serta meningkatkan kapasitas sumber daya manusia, yang didukung pula dengan proses komunikasi dalam melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif, mengembangkan dan

memperkuat sistem surveilans, penguatan jejaring serta kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat (Pedoman P2PTM KemenKes RI, 2019).

Manajemen penyakit hipertensi memiliki peran penting dalam pencegahan dan pengendalian penyakit hipertensi, secara khusus menjaga stabilitas, meningaktakan derajat kesehatan serta angka harapan hidup penderitanya (Fauzi et al., 2020; Hidayat & Agnesia, 2021). Hal ini didukung oleh arah kebijakan dan strategi melalui disposisi dinas kesehatan yang bertanggung jawab dalam mengelola program tersebut sesuai dengan standar birokrasi yang berlaku, meliputi tugas pelaksanaan kebijakan dan peraturan terkait, advokasi dan sosialisasi program, deteksi dini hipertensi, surveilans, promosi kesehatan, serta kerjasama dengan lintas sektor, sebagai upaya dalam manajemen hipertensi yang komprehensif.

Dampak dari implemtasi kebijakan program yang tidak optimal, dapat menimbulkan berbagi masalah serta risiko kesehatan baik individu, keluarga dan komunitas secara holistik (Biologis, Fisiologis, Psikologis, Sosial dan Spiritual), serta mengancam sistem kesehatan, seperti meningkat dan besarnya biaya sosial ekonomi yang disebabkan oleh Pengelolaan, perawatan dan pengobatan dari penyakit hipertensi serta komplikasinya, menurunkan derajat kesehatan dan harapan hidup terutama bagi sumber daya manusia produktif, serta penurunanan capaian dalam pemenuhan pembangunan kesehatan nasional maupun di regional wilayah (Anggreani et al., 2020). Oleh karena itu, segala bentuk implementasi kebijakan melalui berbagai program kesehatan hingga

upaya pengendalian dilakukan dengan Health Care Service secara komprehensif (Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif) senantiasa dilakukan secara berkesinambungan untuk menekan dan meminimalisir dampak ancaman yang dapat ditimbulkan bagi kelangsungan sistem kesehatan baik bagi negara dan masyarakat, menjadi hal yang penting hingga saat ini, khususnya di kota Banjarmasin.

Pentingnya memahami proses pelaksanaannya tidak hanya mengenai apa yang berhasil dan tidak berhasil dicapai, tetapi juga memahami bagaimana dan mengapa implementasi berjalan dengan benar atau salah serta menguji pendekatan–pendekatan untuk memperbaikinya (Anindya et al., 2020; Wulandari et al., 2022).

Prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia terjadi di Provinsi Kalimantan Selatan, terutama di ibukota Banjarmasin, disisi lain, pengelolaan pelaksanaan kebijakan program hipertensi menghadapi permasalahan baik dalam aspek komunikasi, sumber daya, struktur birokrasi, dan disposisi / sikap semua pihak terkait baik dari pembuat kebijakan, pelaksana hingga sasaran. Hal ini menjadi perhatian serius karena masalah kesehatan ini memerlukan tindakan lanjut yang komprehensif dan berkesinambungan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti implementasi kebijakan program tersebut dengan mengacu pada teori Edward III dalam Implementasi Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi di kota Banjarmasin.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, maka peneliti menguraikan beberapa rumusan masalah dalam penelitian ini berupa:

1. Bagaimana implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin berdasarkan aspek komunikasi dengan indikator transmisi, kejelasan dan konsistensi?
2. Bagaimana implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin berdasarkan aspek sumber daya dengan indikator sumber daya manusia, anggaran, fasilitas dan Informasi/ kewenangan?
3. Bagaimana implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin berdasarkan aspek struktur birokrasi dengan indikator SOP dan Fragmentasi?
4. Bagaimana implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin berdasarkan aspek sikap/disposisi melalui komitmen, motivasi dan sikap?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk menganalisis konsep implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis konsep implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi dalam aspek komunikasi berdasarkan indikator transmisi, kejelasan dan konsistensi di kota Banjarmasin.
- b. Untuk menganalisis konsep implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi dalam aspek sumber daya berdasarkan indikator sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, dan informasi / kewenangan di kota Banjarmasin.
- c. Untuk menganalisis konsep implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi dalam aspek struktur birokrasi berdasarkan indikator SOP (*Standard Operating Procedure*) dan fragmentasi di kota Banjarmasin.
- d. Untuk menganalisis konsep implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi dalam aspek disposisi / sikap melalui komitmen, motivasi dan sikap di kota Banjarmasin.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk mengembangkan dan menambah pengetahuan yang telah ada tentang teori kebijakan kesehatan (implementasi, peran dan sistem) dan manajemen penyakit PTM hipertensi (program pencegahan dan pengendalian hipertensi). Diharapkan mampu memberikan peneliti, pembaca serta

peneliti selanjutnya referensi dalam pengembangan hingga penerapan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya dalam hal ilmu kebijakan kesehatan melalui referensi mata kuliah serta berguna ketika kelulusan nanti.

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Pemerintah Kota Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam meningkatkan pemenuhan sistem kebijakan pemerintah daerah khususnya dalam arah strategi dan kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Hipertensi, serta memberikan inovasi dalam menerapkan kebijakan kesehatan sebagai acuan / pedoman bagi sistem maupun birokrasi yang berlaku di daerah. Secara khusus, dapat memberikan dampak positif dalam Capaian keberhasilan SPM Program Hipertensi secara maksimal melalui segala intervensi, perencanaan hingga implementasi kebijakan daerah dalam mendukung pembangunan kesehatan, akhirnya dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan evaluasi adaptif dalam menangani masalah kesehatan, terutama Manajemen PTM hipertensi yang dibuat dan dikelola oleh Pemerintah Daerah di kota Banjarmasin.

### **b. Bagi Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam meningkatkan sistem manajemen hipertensi khususnya pada implementasi kebijakan program pencegahan dan

pengendalian hipertensi yang telah di dibuat dan dikelola oleh dinas kesehatan kota, menjadi salah satu bahan pertimbangan evaluasi adaptif dalam menangani masalah kesehatan, terutama Manajemen PTM hipertensi, serta memberikan perubahan hingga inovasi dalam menerapkan kebijakan kesehatan sebagai acuan atau pedoman bagi sistem maupun birokrasi implementasi program.

**c. Bagi Puskemas- Puskesmas di Kota Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi seluruh puskesmas di kota Banjarmasin, khususnya dalam implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi sesuai dengan standar serta kebutuhan instansi untuk memenuhi tuntutan hingga capaian indikator keberhasilan program baik secara nasional dan regional, kemudian hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi salah satu referensi dalam evaluasi sistem, kebijakan, dan SOP hingga intervensi lanjutan khususnya bidang P2PTM di Puskesmas dalam program manajemen pelayanan Hipertensi di Kota Banjarmasin.

**d. Bagi Masyarakat di Kota Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam peningkatan pengetahuan dan pemenuhan kebutuhan akan kesehatan melalui perilaku kesehatan oleh masyarakat di kota Banjarmasin dalam mencegah dan



mengendalikan hipertensi, secara khusus seluruh masyarakat yang terlibat aktif baik sebagai kader pelaksana program hingga sebagai sasaran program kegiatan pencegahan dan pengendalian hipertensi, yang telah diberikan oleh setiap lembaga kesehatan dalam baik secara individu, dalam lingkup keluarga hingga komunitas.

**e. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi pembelajaran dan bahan bacaan, kemudian untuk menambah wawasan serta pengetahuan bagi mahasiswa-mahasiswi maupun sebagai dasar penelitian selanjutnya, serta sebagai tambahan inventaris kepustakaan di Perpustakaan Universitas Hasanuddin Makassar.

**f. Bagi peneliti**

Mempelajari lebih dalam ilmu mengenai teori implementasi kebijakan, yang dapat diaplikasikan, diterapkan, dan digunakan sebagai salah satu metode pendekatan untuk mengetahui, meninjau dan mengatasi masalah kesehatan terutama dalam hal manajemen penyakit (pencegahan, pengelolaan dan pengendalian penyakit tidak menular, khususnya penyakit hipertensi) di era saat ini.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

##### 1. Tinjauan umum tentang Implementasi

Menurut Ayuningtyas (2018), implementasi menggambarkan sebuah pelaksanaan atau implementasi kebijakan di dalam konteks manajemen yang berada dalam kerangka manajemen implementasi berupa *organizing*, *leading* dan *controlling*. Ketika kebijakan telah dibuat maka tahap selanjutnya ialah mengorganisasikan, melaksanakan kepemimpinan dan melaksanakan pengendalian pelaksanaan tersebut. Faktor-faktor implementasi kebijakan dilaksanakan melalui sekuensi manajemen implementasi kebijakan yang secara rinci dan dikelola dalam tugas-tugas berikut:

- a. Implementasi Strategi : Kebijakan dapat dilaksanakan secara langsung atau memerlukan kebijakan turunan sebagai kebijakan pelaksanaan.
- b. Pengorganisasian : Merumuskan prosedur implementasi, yang diatur dalam model dasar mengorganisasi, memimpin, dan mengendalikan.
- c. Pergerakan dan Kepemimpinan : Melakukan alokasi sumber daya, menyesuaikan prosedur implementasi dengan sumber daya yang digunakan. Saat kebijakan

dibuat pada fase ini, maka akan diberikan sekaligus pedoman diskresi atau ruang gerak bagi individu pelaksana untuk memilih tindakan secara otonom dalam batas wewenang saat menghadapi berbagai situasi khusus dan menerapkan prinsip dasar *good governance*.

- d. Pengendalian : Mengendalikan pelaksanaan dengan melakukan proses monitoring secara berkala.

## **2. Tinjauan umum tentang Kebijakan**

### **a. Definisi Kebijakan**

Kebijakan merupakan serangkaian aturan yang telah dibuat oleh pemangku kepentingan dalam hal ini pemerintah guna melaksanakan maupun menyelenggarakan program yang sesuai dengan tujuan tertentu (Jasmen Manurung, 2020).

Kebijakan adalah tindakan yang sah karena dibuat oleh pemangku kepentingan yang memiliki wewenang dan legitimasi dalam pemerintahan. Ini bisa berupa pernyataan tertulis atau lisan dari individu, kelompok, atau pemerintah yang memberikan panduan umum untuk mengatasi masalah dan mencapai tujuan. Kebijakan juga menetapkan batasan atas keputusan yang dapat diambil, memberikan kerangka kerja untuk bertindak (Budiyanti et al., 2020). Di sisi lain, kebijakan merupakan

sebuah arahan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu sehingga menggerakkan seluruh sektor menciptakan perubahan dalam kehidupan yang terkena dampak dari kebijakan tersebut (Adjunct & Marniati, 2021). Berdasarkan uraian defenisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan merupakan serangkaian aturan yang didasarkan oleh sebab akibat dan dibuat oleh pemangku kepentingan ataupun otoritas dalam hal ini pemerintah guna mencapai tujuan tertentu.

Menurut Ayuningtyas (2018) melalui teori Dunn, 1994 menyatakan bahwa sistem kebijakan (policy system) terdiri dari tiga elemen yang saling berhubungan, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan saing mempengaruhi satu sama lain. Pelaku kebijakan merupakan aktor yang memengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik, dan semua ini tidak terlepas dari pengaruh lingkungan kebijakan. Hierarki kebijakan memiliki otoritas dan kewenangan tergantung pada posisi kebijakan tersebut.

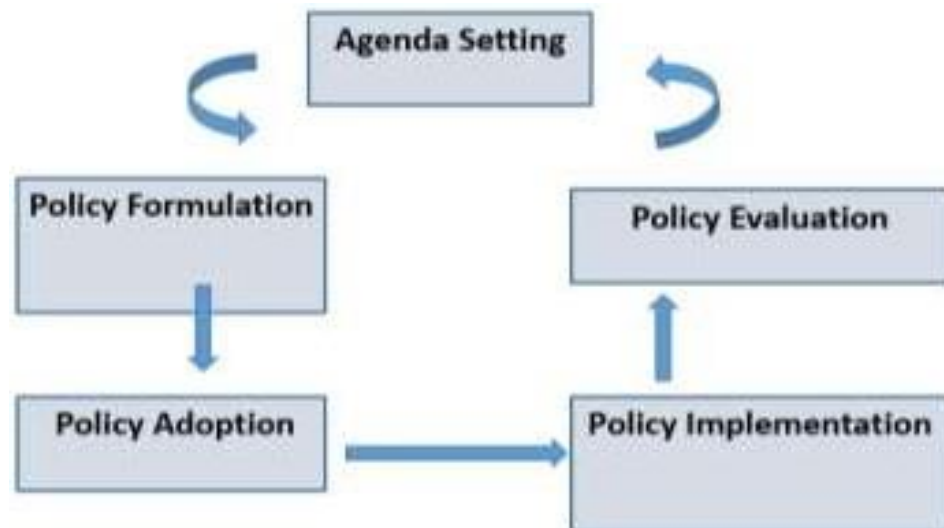
#### b. Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan sangat penting untuk memperoleh informasi yang diperlukan dalam merumuskan kebijakan yang efektif dan berhasil. Kajian dalam merumuskan dan menganalisis kebijakan adalah

bagian dari proses pengambilan keputusan sebagai bagian dari politik yang ditetapkan oleh pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu, salah satunya ialah kebijakan kesehatan (Ratnasari, 2020).

c. Proses Kebijakan

Proses pembuatan atau formulasi kebijakan merupakan satu tahapan penting dalam pengembangan kebijakan yang akan menentukan dampak kebijakan terhadap sasaran kebijakan. Adapun tahapan dalam proses pembuatan kebijakan terdiri dari, pembuatan agenda (*agenda setting*), formulasi Kebijakan, pengadopsian kebijakan, pengimplementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan.



Gambar 2.1 Siklus dan Tahapan Kebijakan

Sumber : Ayuningtiyas (2018)

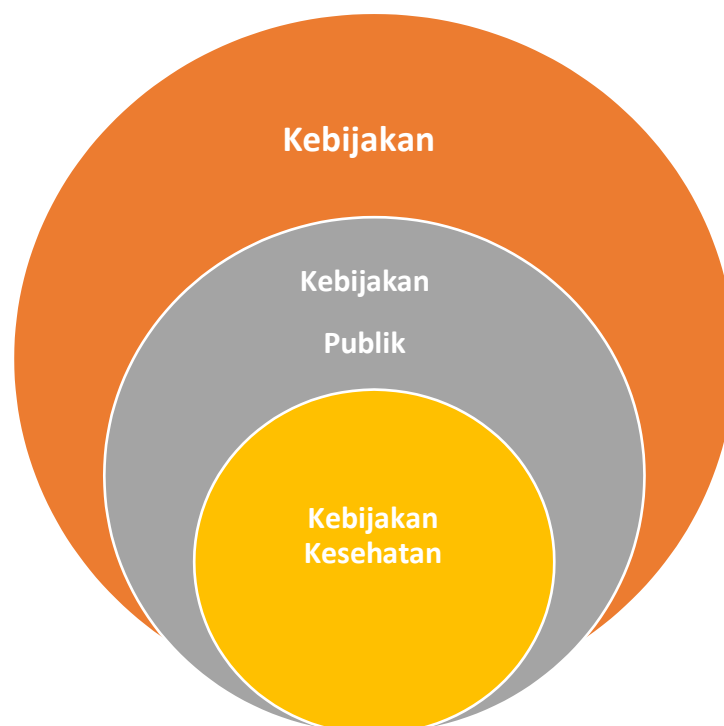
d. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah serangkaian keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan spesifik kesehatan dalam masyarakat dan memberi dampak positif terhadap kesehatan populasi (Afiani et al., 2021).

Kebijakan kesehatan dalam sudut pandang lainnya merupakan sekumpulan keputusan yang dibuat pemerintah berhubungan dengan kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Hal ini didukung dengan adanya perumusan dari Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 mengenai Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Kebijakan ini menggariskan arah, tujuan, kebijaksanaan, dasar, dan landasan mengenai upaya pengadministrasian segala upaya kesehatan di Indonesia.

Upaya pemerintah didukung dengan penetapan indikator keberhasilan pelayanan di sektor kesehatan yang meliputi, derajat kesehatan, ketersediaan sumber daya, fasilitas, organisasi, sistem pembiayaan, dan informasi serta program-program kesehatan, kondisi demografi, perilaku kesehatan masyarakat, potensi organisasi kemasyarakatan, kesepakatan kebijakan serta lingkungan.

Kebijakan kesehatan yang telah ada ditekankan pada masyarakat, baik yang masih sehat (*well being*), berisiko (*at risk*), masyarakat berpenyakit (*diseased population*) dan menderita kecacatan yang memerlukan rehabilitasi (*rehabilitated population*) (Pujowati, 2022). Sehingga jika dilihat dari bentuk dan hierarkinya, kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Sedangkan kebijakan publik merupakan bagian dari kebijakan secara keseluruhan yang merupakan bagian dari kebijakan secara umum (Adjunct & Marniati, 2021). Digambarkan dalam skema berikut:



Gambar 2.2 Diagram Kebijakan Kesehatan

Sumber : Ayuningtiyas (2018).

Jasa pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang menyediakan barang-barang dan jasa kesehatan. Kesehatan diatur dalam UU RI Nomor 36 tahun 2009. Dalam Pasal 1 disebutkan “kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Berdasarkan Permenkes No.43 tahun 2016, Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika dia berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara. Meskipun upaya untuk memenuhi kebutuhan bidang kesehatan melekat pada setiap warga



negara, namun mengingat karakteristik barang/jasa kesehatan tidak dapat diusahakan / diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada pihak lain yang secara khusus memproduksi dan menyediakannya yaitu Pemerintah (Adjunct & Marniati, 2021; Berridge, 2016).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan Pelayanan Kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM kesehatan memiliki dasar yang kuat dan tidak dapat ditawar-tawar lagi penerapannya di daerah. Setiap pemerintah daerah Kabupaten / Kota 42 menyelenggarakan pelayanan dasar bidang kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan. Menurut Permenkes RI No.43 Tahun 2016 Terdapat 12 Indikator Standar Pelayanan Kesehatan : pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu baru lahir, pelayanan kesehatan balita, pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar, pelayanan kesehatan pada usia produktif, pelayanan kesehatan pada usia lanjut, pelayanan kesehatan penderita hipertensi, pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus, pelayanan kesehatan ODGJ, pelayanan kesehatan orang

terduga tuberkulosis, dan pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus HIV.

Peraturan menteri kesehatan tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan ini sedikit merubah prinsip cara kerja pembangunan kesehatan ditingkat kabupaten/kota. Pada pertimbangan menyebutkan bahwa urusan pemerintahan yang dibagi habis antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/ kota sebagai penyelenggara atau penyedia layanan dan fokus pada 12 pelayanan kesehatan dasar yang kemudian disebut SPM bidang kesehatan dengan 12 pernyataan standar yang ditargetkan harus dipenuhi 100% setiap tahunnya. Pada prinsipnya setiap sasaran populasi harus tercatat berdasarkan data nama dan alamat jenis layanan yang diberikan serta waktu yang diharuskan setiap sasaran mendapatkan layanan.

Kebijakan penanggulangan penyakit merupakan tipe kebijakan *substance and procedural policies*, dimana kebijakan ini berfokus pada kegiatan atau aktivitas pemerintah dalam menyelesaikan masalah mendasar seperti kesehatan (Kemenkes RI, 2020). Hal ini sesuai dengan pasal 18 ayat (6) amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa Pemerintahan Daerah menjalankan otonomi seluas luasnya. Peraturan terakhir

yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah UU Nomor 23 Tahun 2014 yang merupakan pengganti UU Nomor 32 Tahun 2004, tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan adalah satu dari enam urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar (Sopiana, et al., 2021). Salah satu kebijakan kesehatan yang dibuat pemerintah untuk mengatasi masalah publik terkait penanggulangan penyakit tidak menular ialah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.

### **3. Tinjauan Umum tentang Implementasi Kebijakan**

Implementasi dalam sebuah kebijakan pada prinsipnya merupakan salah satu cara untuk mencapai tujuan dari sebuah kebijakan, dengan langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau formulasi kebijakan turunan dari kebijakan publik yang telah ada. Adapun uraian pelaksanaannya terdiri dari penetapan kebijakan, penetapan tujuan, penetapan sasaran, penetapan indikator, penetapan target, menyusun program, dan menyusun kegiatan. Kemudian pelaksanaan kegiatan akan dievaluasi berdasarkan tujuan, sasaran, indikator, target sebagai bahan identifikasi masalah sebagai bahan perbaikan

untuk kebijakan selanjutnya (Mayestika & Hasmira, 2021; Safitri et al., 2021).

Implementasi kebijakan melibatkan berbagai stakeholder atau aktor, mereka bisa berasal dari kalangan pemerintah dan masyarakat, dan diidentifikasi dari kalangan birokrasi, organisasi-organisasi komunitas, lembaga sosial masyarakat (Sopiana, et al., 2021). Keberhasilan dalam implementasi kebijakan dikarenakan didukung adanya hambatan eksternal yang minim, sumber daya yang memadai, good policy, pemahaman dan kesepakatan terhadap tujuan, tugas ditetapkan dengan urutan yang tepat, komunikasi serta koordinasi yang lancar, dan adanya dukungan otoritas.

Sedangkan kegagalan dalam implementasi kebijakan disebabkan karena adanya *gap implementation*, dikarenakan kebijakan yang kurang baik (*bad policy*) implementasi yang kurang baik (*bad implementation*), atau kebijakan yang kurang mendapat perhatian (*bad lucky*) (Ayuningtyas, 2018).

Implementasi kebijakan juga dipengaruhi oleh proses perumusan suatu kebijakan baik *top down* ataupun *bottom up*. Perumusan kebijakan yang menggunakan model top down dipengaruhi oleh variabel seperti pelaksana, sasaran kebijakan dan lingkungan kebijakan. Sedangkan,

perumusan kebijakan dengan pendekatan *bottom up* seperti kelembagaan dan kelompok dapat efektif untuk diimplementasikan jika sedari awal kelompok sasaran dilibatkan dalam pembuatan kebijakan. Model *top down* menguntungkan untuk diterapkan pada situasi dimana para pembuat kebijakan mampu mengatur dan mengontrol situasi, dan pengelolaan dana yang terbatas. Sedangkan model *bottom up*, menguntungkan pada situasi dimana implementator mempunyai kebebasan untuk melakukan inovasi tanpa ada dependensi kekuasaan dengan melihat dinamika daerah atau lingkungan kebijakan yg berbeda (Ayuningtyas, 2018).

Model Implementasi Kebijakan yang dikembangkan oleh Edward III (1980) didasari pertanyaan mengenai prakondisi apa yang diperlukan agar implementasi berhasil dan hambatan utama yang menyebabkan implementasi gagal. Beberapa faktor yang mempengaruhi adalah komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap pelaksana, dan struktur birokrasi (Mirza & Aisyah, 2020; Yalia, 2014).

a. Komunikasi

Bagi suatu organisasi, komunikasi merupakan suatu proses penyampaian informasi, ide-ide diantara para anggota organisasi secara timbal balik dalam rangka

mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keberhasilan komunikasi ditentukan oleh 3 (tiga) indikator, yaitu penyaluran komunikasi, konsistensi komunikasi dan kejelasan komunikasi. Faktor komunikasi dianggap penting, karena dalam proses kegiatan yang melibatkan unsur manusia dan unsur sumber daya akan selalu berurusan dengan permasalahan mengenai hubungan yang dilakukan. Semakin baik komunikasi maka akan semakin baik implementasinya. Selain itu, kunci dalam pelaksanaan komunikasi adalah transmisi, kejelasan dan konsistensi (Jasmen Manurung, 2020).

b. Sumber Daya

Implementasi kebijakan juga dipengaruhi oleh sumber daya diantaranya adalah kualitas dan kuantitas sumber daya manusia, informasi mengenai kebijakan, wewenang yang dimiliki pelaksana, fasilitas (sarana dan prasarana) dan anggaran (pembiayaan). Ketersediaan sumber daya (*resources*): berkenaan dengan sumber daya pendukung untuk melaksanakan kebijakan yaitu (Budiyanti et al., 2020):

- 1) Sumber daya manusia: merupakan aktor penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan dan merupakan potensi manusiawi yang melekat pada seseorang meliputi fisik maupun *non* fisik berupa mutu,

kemampuan seorang terakumulasi menyeluruh dari latar belakang pengalaman, keahlian, keterampilan dan hubungan personal.

- 2) Informasi Kewenangan. Informasi berupa data / sistem mempermudah atau memperlancar pelaksanaan kebijakan atau program. Sedangkan kewenangan merupakan hak untuk mengambil keputusan, hak untuk mengarahkan pekerjaan orang lain dan hak untuk memberi perintah.
- 3) Fasilitas (Sarana dan prasarana), disebut dengan perlengkapan yang dimiliki oleh organisasi dalam membantu para pekerja di dalam pelaksanaan kegiatan mereka.
- 4) Anggaran (pembiayaan), merupakan pendanaan operasional dalam memenuhi segala kebutuhan pelaksanaan kebijakan / program.

c. Disposisi atau Sikap

Disposisi merupakan watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, dan sifat demokratis. Disertai pula dengan Sikap berupa dukungan, berbagai aksi/ tindakan yang dapat berdampak pada keberhasilan implementasi kebijakan. Disposisi menjaga konsistensi tujuan antara apa yang ditetapkan pengambil kebijakan dan pelaksana kebijakan

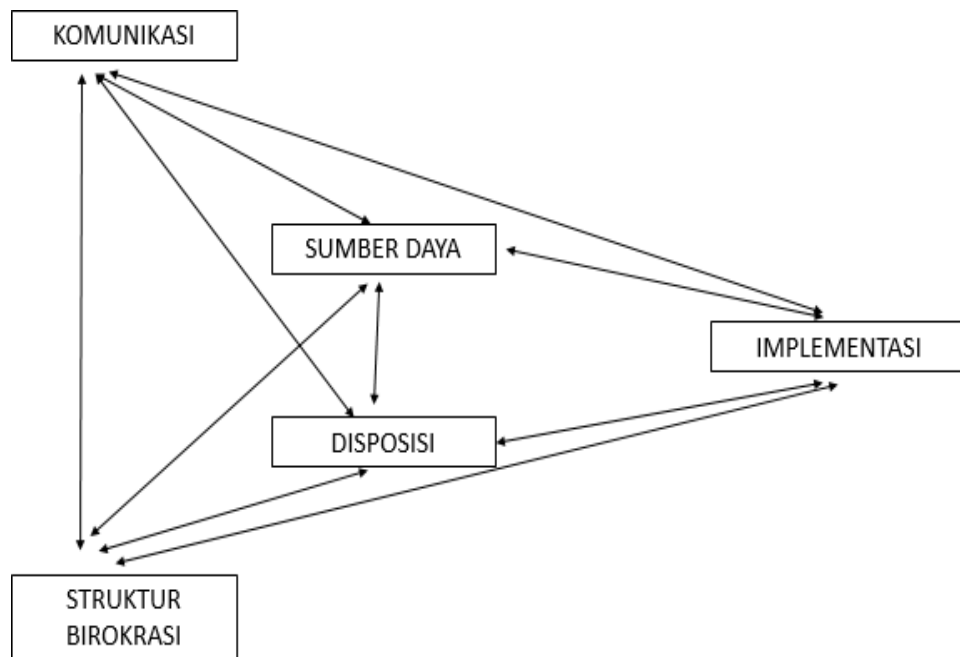
seperti sikap pekerja terhadap penerimaan dan dukungan atas kebijakan atau dukungan yang telah ditetapkan pembuat (Yalia, 2014).

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah prosedur kerja dan ukuran dasarnya, hierarkis struktur organisasi, koordinasi dan kewenangan. Struktur birokrasi memiliki dua karakteristik utama yaitu *Standard Operating Procedure (SOP)* yang tersedia dalam bentuk pedoman yang berisi alur kerja, regulasi hingga ketentuan sesuai standar . Kemudian untuk fragmentasi (penyebaran koordinasi) yang berisi tentang pembagian tugas pokok, peran / tanggung jawab hingga fungsional seperti jabatan dalam struktur organisasi hingga hubungan kerjasama (Budiyanti et al., 2020; Manullang et al., 2021).

Model implementasi kebijakan George C. Edward III memiliki pembahasan yang lebih jauh, mendalam dan operasional dibandingkan dengan model implementasi kebijakan yang lain dengan konsep yang lebih sederhana dan mudah diaplikasikan (Adjunct & Marniati, 2021; Budiyanti et al., 2020).





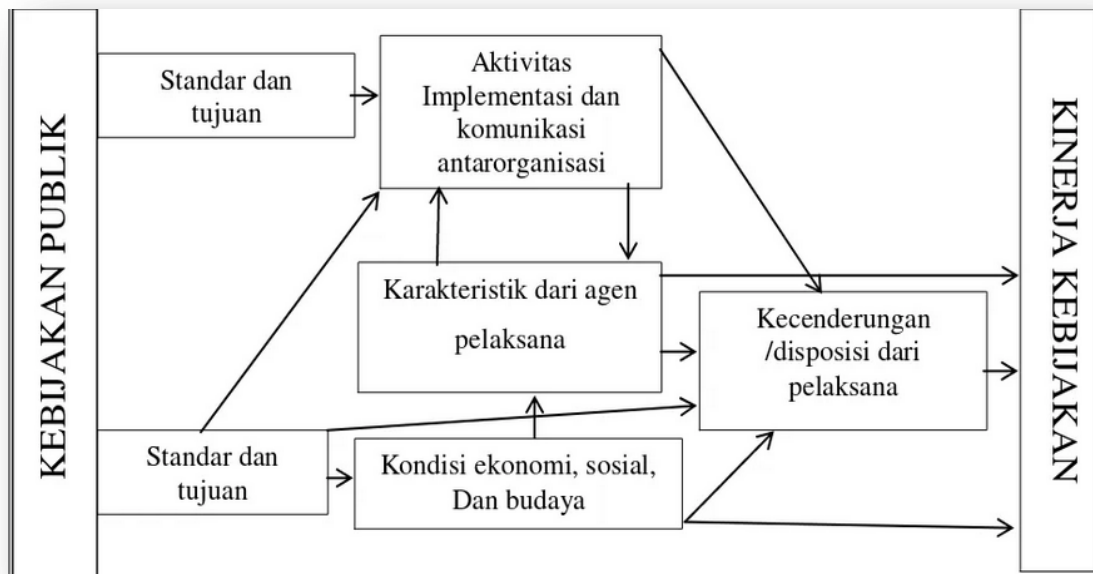
Gambar 2.3 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward (1980), Sumber : Hardisman (2014).

Model Implementasi Kebijakan Donald Van Meter dan Carl Van Horn : Perspektif Teoritis Proses Implementasi Kebijakan (1975 ), dimana pentingnya partisipasi implementor dalam mencapai tujuan kebijakan ditekankan, dan menggunakan pendekatan *top-down*. Standar dan tujuan kebijakan berkomunikasi melalui interorganisasi sesuai dengan tujuan, standar, dan kebijakan yang telah ditetapkan (Anindya et al., 2020).

Model implementasi Van Meter dan Van Horn memiliki enam variabel utama yang berpengaruh besar pada

keberhasilan implementasi, seperti berikut ini (Budiyanti et al., 2020; Mirza & Aisyah, 2020):

- a. Tujuan Kebijakan dan standar yang jelas, yaitu mengenai sasaran yang ingin dicapai melalui kebijakan beserta standar untuk mengukur pencapaiannya.
- b. Sumber daya, berkaitan dengan seluruh keperluan untuk pelaksanaan kebijakan.
- c. Kualitas hubungan antar-organisasi sangat penting untuk mencapai tujuan dan standar yang telah ditetapkan dengan mematuhi tuntutan prosedural dan mekanisme kelembagaan dari struktur yang lebih tinggi sebagai pengontrol.
- d. Karakteristik lembaga/ organisasi pelaksana, kompetisi dan ukuran agen pelaksana, tingkat kontrol hirarki pada unit pelaksana terbawah saat implementasi, dukungan politik dari eksekutif dan legislatif, serta keterkaitan formal dan informal oleh lembaga pembuat kebijakan.
- e. Lingkungan politik, sosial dan ekonomi, yang memuat sumber daya ekonomi mencukupi, dampak kebijakan dapat mempengaruhi kondisi sosial ekonomi, reaksi publik tentang penetapan kebijakan dan sistem pendukung implementasi kebijakan.
- f. Disposisi / tanggapan atau sikap pelaksana yang termasuk dalam pengetahuan dan pemahaman isi dan tujuan, sikap atas kebijakan serta intensitas sikap.



Gambar 2.4 Model Implementasi Kebijakan Van Meter & Carl Van Horn (1975)

Sumber : Budiyantri et al. (2020).

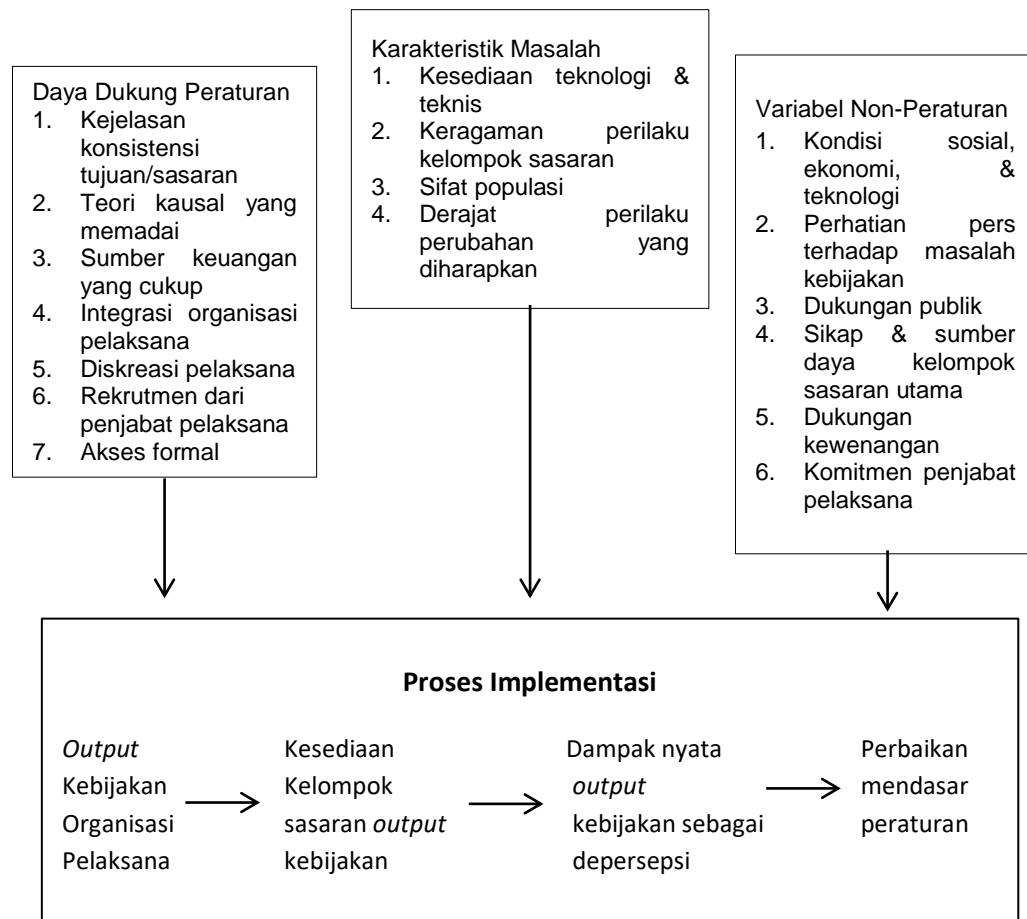
Model ini memiliki keterbatasan, dimana model ini hanya sesuai digunakan pada program yang bertujuan mendistribusikan barang dan pelayanan publik serta terlalu abstrak, dengan kategori yang tidak jelas bentuk serta variabelnya sulit dioperasionalkan.

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan menurut teori Mazmanian dan Sabatier (1983), terdapat 3 faktor utama yang dapat mempengaruhi keberhasilan dari implementasi kebijakan (Budiyantri et al., 2020; Pujowati, 2022) , antara lain :

- a. Karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*)
- b. Karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to*

*structure implementation*).

c. Lingkungan (*non statutory variables affecting implementations*).



Gambar 2.5 Implementasi kebijakan Mazmanian & Sabatier,  
*Sumber : Yalia (2014)*

#### 4. Tinjauan umum tentang Hipertensi

##### a. Definisi

Menurut American Heart Association (AHA) (2017), tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah kekuatan darah yang mengalir tinggi melalui pembuluh darah secara

konsisten. Hipertensi di diagnosis jika, ketika diukur pada dua hari yang berbeda, pembacaan tekanan darah sistolik pada hari kedua adalah  $\geq 140$  mmHg dan / atau pembacaan tekanan darah diastolik pada hari kedua adalah  $\geq 90$  mmHg (U.S. Department of Health and Human Services., 2020; Zhou et al., 2021). Dapat disimpulkan, hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg, dimana keadaan peningkatan tekanan darah memberi gejala yang akan berlanjut ke organ target seperti otak, pembuluh darah dan jantung.

b. Manifestasi Klinis

Menurut Kemenkes RI (2021) ; Utari & Nurul Rochmah (2019) sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan manifestasi klinis walaupun ada beberapa gejala yang dapat terjadi berlansung sama. Gejala yang dimaksud seperti sakit kepala, pendarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan serta kelelahan, gejala tersebut bisa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun seseorang yang mempunyai tekanan darah normal. Namun, jika hipertensinya berat atau sudah menahun serta tidak diobati, dapat timbul gejala seperti : Sakit kepala, kelelahan, mual dan muntah, sesak nafas dan gelisah.

c. Klasifikasi

Hipertensi dikelompokkan menjadi berbagai klasifikasi, dilihat dari tekanan darah yang terukur, baik sistolik maupun diastolik.

Tabel 2.1 Tekanan Darah Pada Dewasa menurut *JNC VII*

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Distolik
Normal	< 120 mmHg	(dan) < 80 mmHg
Pre-hipertensi	120-139 mmHg	(atau) 80-89 mmHg
Stadium 1	140-159 mmHg	(atau) 90-99 mmHg
Stadium 2	$\geq$ 160 mmHg	(atau) $\geq$ 100 mmHg

Menurut Helni (2020), berdasarkan etiologinya hipertensi dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Hipertensi esensial (hipertensi primer atau idiopatik) adalah hipertensi yang tidak jelas penyebabnya, dimana terjadinya peningkatan kerja jantung akibat penyempitan pembuluh darah tepi. Penyebabnya adalah multifaktor, terdiri dari faktor genetik, gaya hidup, dan lingkungan.
- 2) Hipertensi sekunder, merupakan hipertensi yang disebabkan oleh penyakit sistemik lain yaitu, seperti renal arteri stenosis, gangguan hormon dan penyakit sistemik lainnya. Prevalensinya hanya sekitar 5-10% dari seluruh penderita hipertensi.

Terdapat beberapa faktor risiko yang menjadi penyebab

terjadinya hipertensi (Fitri et al., 2021; UINSU, 2020), yakni :

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah, diantaranya etnis, riwayat Keluarga, usia, jenis kelamin dan ras.
- 2) Faktor risiko yang dapat diubah, diantaranya seperti merokok, diet yang tidak sehat, konsumsi tinggi garam (Natrium), konsumsi tinggi lemak (tinggi kadar kolesterol), berat badan berlebih, konsumsi alkohol dan kafein berlebihan, kurangnya aktivitas fisik (kurangnya olahraga), ketidakpatuhan minum obat, stress, dan dukungan Keluarga.

d. Komplikasi

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh baik secara langsung maupun tidak langsung. Tekanan darah yang meningkat adalah faktor risiko utama untuk penyakit jantung kronis, stroke, dan penyakit jantung koroner. Peningkatan TD berkorelasi positif dengan risiko stroke dan penyakit jantung koroner. Selain penyakit jantung koroner dan stroke, komplikasinya meliputi gagal jantung, penyakit pembuluh darah perifer, gangguan ginjal, pendarahan retina, dan gangguan penglihatan (Hasanah, 2022; Kemenkes RI, 2019).

e. Manajemen Hipertensi (Kemenkes, 2021; UINSU, 2020)

- 1) Perencanaan
  - a) Masyarakat : Membentuk dan Mengembangkan

POSBINDU PTM, Perencanaan SDM (Sumber Daya Manusia), Logistik (POSBINDU KIT) peralatan kesehatan dan obat-obatan, serta pengelolaan pembiayaan.

- b) Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Promotif (Penyuluhan Kesehatan/ KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi)), Preventif (deteksi dini faktor risiko PTM, Surveilans hipertensi dan kemitraan lintas sektor), Kuratif dan Rehabilitatif (penemuan dan tatalaksana kasus hipertensi serta rujukan lanjutan).
- c) Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota: Perencanaan program Pencegahan dan Pengendalian hipertensi di daerah berdasarkan kebijakan SPM Pelayanan Hipertensi secara menyeluruh dan berkelanjutan.

## 2) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi merupakan terapi yang harus dipenuhi sebagai tanggung jawab mandiri individu, yang dapat dilakukan melalui terapi non farmakologis dan terapi farmakologis, dengan tujuan agar hipertensi tetap terkontrol dengan baik. Pelayanan kesehatan berstandar dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada <140/90 mmHg atau tetap stabil dan untuk mencegah



terjadinya berbagai komplikasi hingga kematian, yang harus dipenuhi secara holistik dan komprehensif.

Menurut hasil penelitian oleh Sapang, dkk, 2021 menyatakan bahwa program pencegahan dan pengendalian hipertensi ialah melalui penerapan pola hidup CERDIK dan PATUH merupakan salah satu langkah dalam pencapaian program kesehatan yang dibuat agar masyarakat terhindar dari Penyakit Tidak Menular, terutama pada kasus Hipertensi serta dapat mengendalikannya. CERDIK adalah singkatan dari cek Kesehatan secara berkala, enyahkan asap rokok, rajin olahraga, diet seimbang, istirahat cukup, dan kelola stress. Sedangkan, pada program PATUH yang dibuat untuk pasien penyandang PTM agar penyakit tidak menimbulkan prognosis yang buruk hingga, guna mengurangi dan meminimalisir komplikasi, serta agar hipertensi menjadi tetap terkontrol kesehatannya secara holistik dan komprehensif. PATUH merupakan singkatan dari Periksa Kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter, Atasi Penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur, Tetap diet dengan gizi seimbang, Upayakan aktivitas fisik dengan aman dan Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik (Kemenkes, 2019).

f. Analisis Kebijakan Kesehatan PTM (Hipertensi)

Pemerintah telah menyusun kebijakan dan strategi nasional pencegahan dan penanggulangan penyakit hipertensi meliputi 3 komponen utama yaitu surveilans penyakit hipertensi, promosi dan pencegahan penyakit hipertensi serta manajemen pelayanan penyakit hipertensi, dilaksanakan berdasarkan pada kemampuan pemerintah dengan melibatkan seluruh potensi yang ada di masyarakat.

Peraturan, Keputusan, dan Kebijakan yang mengikat dan/atau berdampak bagi publik dan norma, standar, prosedur, dan kriteria terkait Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular serta Peraturan Utama Terkait P2PTM, yang termasuk juga tentang Hipertensi:

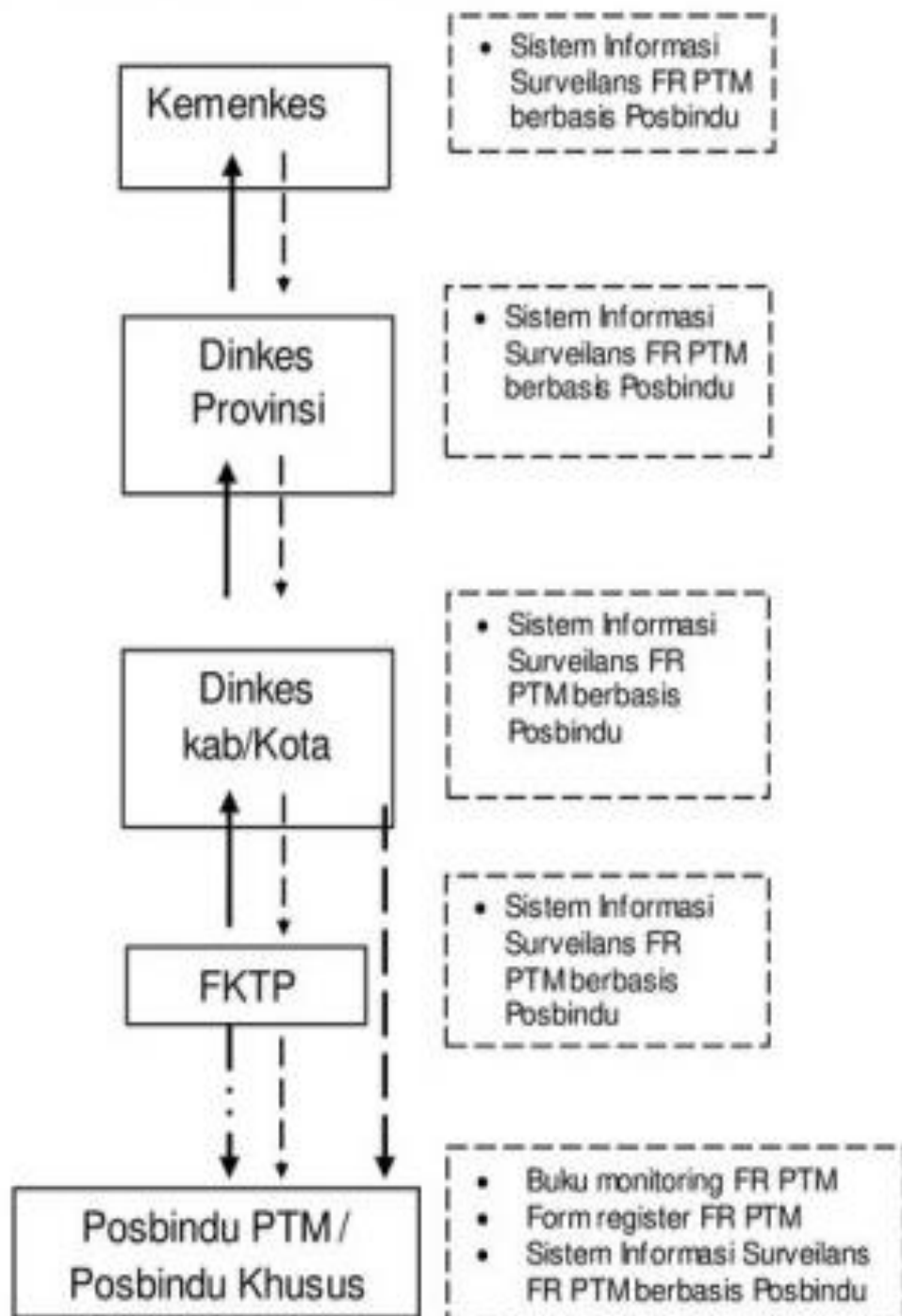
- 1) Kebijakan kesehatan nasional didasarkan pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- 3) PP No.2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM), Undang-undang 23/2014 pasal 18 ayat 3 terkait kebijakan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM). Adapun secara khusus petunjuk umum pelaksanaannya terdapat dalam Permendagri 59/2021 tentang penerapan

SPM yang berisi petunjuk teknis mekanisme dan strategi penerapan standar pelayanan minimal mulai dari pengumpulan data, penghitungan pemenuhan kebutuhan dasar, perencanaan, pelaksanaan serta pelaporannya.

- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
- 5) Peraturan Presiden No 2 Tahun 2015 tentang RPJMN 2015 – 2019 dan Peraturan Presiden Nomor 18 tahun 2020 Tentang RPJMN.
- 6) RPJMD Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2016-2021 berisi gabungan pedoman Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional, Sistem Kesehatan Nasional, dan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 2014 serta Permendagri No. 86 tahun 2017.
- 7) Permenkes No. 43 tahun 2016 yang terdiri dari skrining kesehatan usia 15-59 tahun, skrining kesehatan usia > 60 tahun dan pelayanan kesehatan penderita hipertensi.
- 8) Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa (KMK no. HK.01.07/Menkes/4643/202).
- 9) Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Pada Anak (KMK no. HK.01.07/Menkes/4613/2021).
- 10) Permenkes No.30 tahun 2013 tentang Gula Garam Lemak.

- 11) Peraturan Menteri Kesehatan No. 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang.
  - 12) Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
  - 13) Peraturan Menteri Kesehatan No. 84 tahun 2015 tentang Pedoman Pengembangan Peran serta Organisasi Kemasyarakatan Bidang Kesehatan.
  - 14) KMK HK.01.07/MENKES/482/2019 Tentang Puskesmas Sebagai Percontohan.
  - 15) Peraturan Menteri Kesehatan No. 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.
  - 16) Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan.
  - 17) Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
  - 18) Permenkes No. 40 tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan.
  - 19) Instruksi Presiden No. 1 tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
  - 20) Kemenkes no HK/ 02.02/MENKES/52/2015 tentang Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.
- g. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi oleh puskesmas:
- 1) Sasaran adalah penduduk usia 15 tahun ke atas.
  - 2) Penderita hipertensi esensial atau hipertensi tanpa

- komplikasi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar; dan upaya promosi kesehatan melalui modifikasi gaya hidup di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- 3) Penderita hipertensi dengan komplikasi perlu dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yang mempunyai kompetensi untuk penanganan komplikasi.
  - 4) Standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi adalah: Mengikuti Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter di FKTP, pelayanan kesehatan sesuai standar diberikan kepada penderita Hipertensi di FKTP, pelayanan kesehatan hipertensi sesuai standar meliputi: pemeriksaan dan monitoring tekanan darah, edukasi, pengaturan diet seimbang, aktifitas fisik, dan pengelolaan farmakologis, pelayanan kesehatan berstandar ini dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada  $>140/90$  mmHg bagi penderita hipertensi.
- h. Pedoman Alur Birokrasi Penanggulangan Hipertensi melalui POSBINDU PTM (Tindakan Pencegahan dan Pengendalian).



Gambar 2.6 Alur Birokrasi Penanggulangan Hipertensi melalui  
POSBINDU PTM

Sumber : KemenKes RI (2021)

## B. Analisa Sintesa Penelitian

**Tabel 2.2 Sintesa Penelitian**

No	Penelitian (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sam pel	Temuan / Hasil
1.	Fadlhi Annas, Husnah Maryati, & Indira Chotimah (2018) <a href="http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PR OMOTOR">http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PR OMOTOR</a>	<i>Gambaran Fungsi Manajemen Program Promotif Dan Preventif Penatalaksanaan Hipertensi Puskesmas Gang Aut Kecamatan Bogor Tengah Kota Bogor Tahun 2018.</i> PROMOTOR: Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Vol. 2 No. 4	Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan desain studi kasus	Informan dalam penelitian ini terdiri perawat, petugas PTM, dokter, dan kepala puskesmas. Instrumen dengan melakukan wawancara mendalam dengan dibantu alat perekam, rancangan analisa dengan menggunakan wawancara mendalam, dan telaah dokumen.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan penatalaksanaan hipertensi telah melibatkan fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan. Namun, masih ada beberapa kendala yang dihadapi dalam fungsi perencanaan. Salah satunya adalah kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia. Selain itu, fungsi pengorganisasian juga masih belum efektif dalam pembagian tugas dan wewenang kepada setiap petugas, karena adanya rangkap jabatan dalam beberapa tugas. Fungsi penggerakan juga masih belum efektif, terutama dalam menjalankan kegiatan pengendalian hipertensi sesuai jadwal yang telah ditetapkan setiap bulannya. Oleh karena itu, untuk menganalisis situasi dan menyusun kegiatan terkait dengan keterbatasan tenaga kesehatan, diperlukan analisis beban kerja, peningkatan koordinasi, motivasi, dan pengarahan kepada petugas kesehatan yang terlibat dalam pengendalian hipertensi. Selain itu, perlu juga adanya keterpaduan antarlintas program untuk mencapai keberhasilan. Dalam hal ini, Dinas Kesehatan diharapkan memberikan dukungan sumber daya yang dibutuhkan oleh puskesmas dalam pelaksanaan program pengendalian hipertensi.
2.	Addela Sekar Pramesthi Artyasari, Antono Surjoputro, & Rani Tiyas Budiyanti (2021)	<i>Pelaksanaan Program Intervensi Pada Penyakit Hipertensi Di Puskesmas Purwoyoso Kota Semarang</i>	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui wawancara mendalam.	Subjek penelitian kepala Puskesmas, pemegang program hipertensi, pelaksana program, kader, dan masyarakat.	Menurut hasil penelitian, program intervensi tidak memiliki target yang jelas untuk mengukur keberhasilannya. Program ini menghadapi beberapa kendala, termasuk sumber daya yang terbatas, kurangnya kejelasan dalam pembagian tugas, dan kurangnya pengawasan yang memadai. Oleh

	<a href="http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm">http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm</a>	JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT(e-Journal) Volume 9, Nomor 3			karena itu, kesimpulan yang dapat diambil ialah bahwa faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan program intervensi adalah keterbatasan sumber daya dan struktur birokrasi yang ada. Untuk mengatasi hal ini, puskesmas perlu mengembangkan indikator keberhasilan yang dapat digunakan sebagai acuan evaluasi. Selain itu, kerjasama lintas sektor diperlukan dalam hal penggunaan sumber daya, pelatihan kader, kerjasama dengan program lain, serta melakukan pemantauan dan evaluasi secara teratur.
3.	Amalia Shabrina Fitri, Ayun Sriatmi, Nurhasmadiar Nandini (2021)  DOI: 10.31983/link.v17i2.6966 atau <a href="http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/link">http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/link</a>	<i>Penatalaksanaan Hipertensi Pada Era Adaptasi Kebiasaan Baru</i> Jurnal LINK, Volume 17, Nomor 2 , Hal 105 – 112.	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Metode penelitian dilakukan dengan wawancara kepada subjek penelitian.	Subjek penelitian ditentukan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> atau dengan kriteria seluruh pihak yang terlibat dalam penatalaksanaan hipertensi di Puskesmas. Adapun informan utama terdiri dari 4 orang yaitu, pengelola program PTM, dokter, dan perawat yang bertugas di pelayanan hipertensi. Sedangkan informan triangulasi terdiri dari 5 orang, yaitu Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Program Hipertensi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, kader kesehatan desa, dan pasien penderita hipertensi.	Dalam rangka menjaga kelangsungan upaya kesehatan, puskesmas telah melakukan adaptasi mekanisme pelayanan. Namun, dalam praktiknya, puskesmas menghadapi sejumlah kendala yang menyebabkan hasil yang belum optimal. Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan beberapa keterbatasan pada aspek input. Misalnya, kader belum memiliki pedoman pelaksanaan deteksi dini di masa adaptasi kebiasaan baru, terdapat kekurangan tenaga perawat dan jumlah thermo gun yang tersedia, serta kurangnya media edukasi di puskesmas. Selain itu, penggunaan dana juga belum efektif. Pada aspek proses, pelaksanaan deteksi dini terhambat karena posbindu terhenti sementara dan masyarakat merasa takut untuk melakukan pemeriksaan di puskesmas. Akibatnya, pelayanan hipertensi yang dilakukan oleh puskesmas dalam era adaptasi kebiasaan baru belum mencapai tingkat optimal karena masih terdapat kendala pada aspek input dan proses.



4.	<p>Isniah Nur Maula (2020) DOI : <a href="https://doi.org/10.15294/higeia.v4iSpecial%204/34885">https://doi.org/10.15294/higeia.v4iSpecial%204/34885</a> atau <a href="http://journal.unnes.ac.id/sj/index.php/hige">http://journal.unnes.ac.id/sj/index.php/hige</a></p>	<p><i>Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Penderita Hipertensi</i></p> <p>HIGEIA Journal Of Public Health Research And Development</p>	<p>Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode deskriptif. Sumber informasi atau data dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder yang selanjutnya diolah peneliti sehingga menjadi informasi yang dibutuhkan.</p>	<p>Informan utama dan informan triangulasi, teknik pengambilan informan menggunakan <i>purposive sampling</i> dilanjutkan <i>snowball</i> sehingga peneliti dapat memahami aktifitas pelaksanaan SPM pada penderita hipertensi yang dilakukan di UPTD Puskesmas. Kemudian, data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari data capaian, data kunjungan, dan dokumentasi yang dimiliki oleh pihak instansi. Selain itu data juga diperoleh dari berbagai pustaka yang menunjang dan berhubungan dengan kegiatan penelitian seperti <i>literature</i>, perpustakaan dan penelitian sebelumnya yang masih berkaitan dengan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada penderita hipertensi.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan SPM-BK (Sistem Penjaminan Mutu Berbasis Komunitas) pada penderita hipertensi di puskesmas melibatkan tiga program terkait, yaitu PIS-PK sebagai penjangkaran, Posbindu, dan prolanis sebagai pelaksanaan rutin. Namun, pelaksanaan SPM-BK pada penderita hipertensi belum mencapai tingkat maksimal. Terdapat beberapa kendala yang dihadapi, antara lain penjangkaran pasien yang belum dilakukan secara menyeluruh, belum diterapkannya media KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), dan kurangnya kesiapan SDM (Sumber Daya Manusia) di bidang kesehatan.</p>
5.	<p>Laila Fadillah Maulidati dan Chatila Maharani (2022) DOI: 10.14710/jkm.v10i2.32800 atau <a href="http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm">http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm</a></p>	<p><i>Evaluasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Temanggung</i></p> <p>Jurnal Kesehatan Masyarakat(e-Journal)</p>	<p>Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan data sekunder.</p>	<p>Informan dalam penelitian ini terdiri dari manajemen Prolanis petugas, peserta Prolanis yang menderita hipertensi, dan diabetes melitus tipe 2.</p>	<p>Hasil penelitian ini mengindikasikan adanya perbedaan dalam kategori input (uang dan material), seluruh kategori proses (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pengendalian), dan indikator keluaran bagi peserta kunjungan. Namun, untuk kategori input seperti manusia, mesin, dan metode, serta output rasio peserta yang dikendalikan dalam program Prolanis, tidak terdapat perbedaan antara sebelum dan selama pandemi. Penelitian</p>

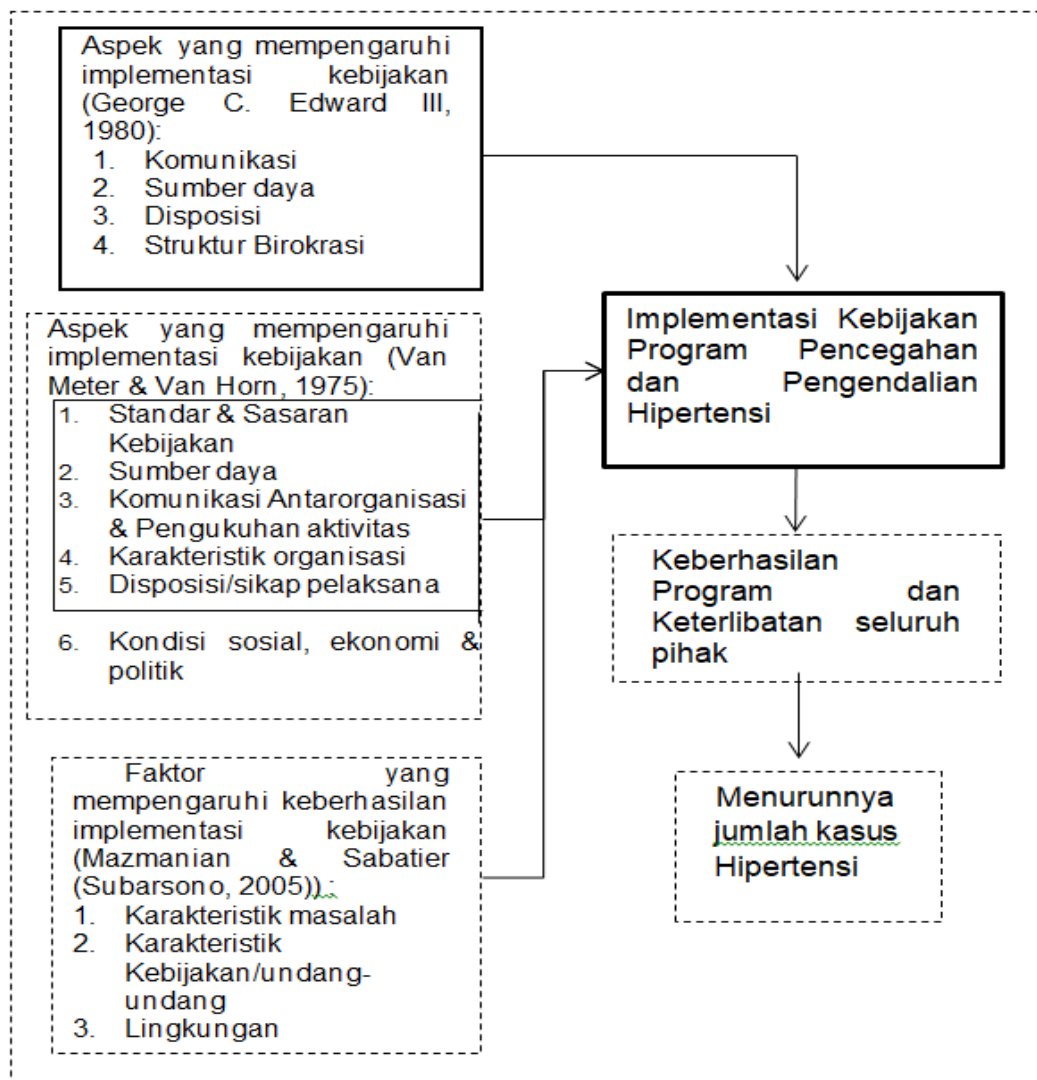
		Volume 10, Nomor 2			ini merekomendasikan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan peran mereka sebagai pendidik dalam mensosialisasikan pentingnya bergabung dengan program Prolanis, sehingga para peserta termotivasi untuk melakukan kunjungan rutin baik selama maupun setelah pandemi.
6.	I Nyoman Purnawan (2022) <a href="http://jurnal.iakmi.id/index.php/IJKMI">http://jurnal.iakmi.id/index.php/IJKMI</a>	<i>Evaluasi Pelaksanaan Sistem Surveilans Penyakit Tidak Menular (PTM) Di Kabupaten Gianyar Provinsi Bali: Sebuah Pendekatan Kualitatif Menggunakan Analisis ISI</i> IAKMI Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia, Volume 3, No. 2.	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan mengevaluasi sistem dalam tiga aspek sesuai dengan model logika dasar yaitu <i>input</i> , proses dan <i>output</i> yang dibandingkan menggunakan teori triangulasi. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan analisis isi.	Responden adalah 45 petugas surveilans PTM di Kabupaten Gianyar, yaitu 39 petugas di Puskesmas, dua di rumah sakit umum daerah dan empat di dinas kesehatan kabupaten.	Hasil: Dalam hal input, tidak ditemukan petugas yang memiliki kualifikasi dalam bidang epidemiologi, sebanyak 70,7% petugas memiliki rangkap jabatan, dan mayoritas (65,5%) belum pernah mengikuti pelatihan surveilans PTM. Meskipun 6,7% petugas sudah dilengkapi dengan alat bantu elektronik seperti komputer untuk pengumpulan data, hanya 7,7% yang mampu menggunakannya. Pada aspek proses, persentase ketepatan dan kelengkapan laporan masing-masing adalah 50,9% dan 66,2%. Dalam aspek output, terdapat kelemahan dalam penerimaan, keterwakilan, kepekaan, dan ketepatan waktu pelaporan surveilans PTM. Kesimpulan: Penelitian ini menemukan kelemahan signifikan dalam sistem surveilans PTM di Gianyar pada ketiga aspek yaitu input, proses, dan output. Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar disarankan untuk menyelenggarakan pelatihan rutin yang berbasis komputer guna meningkatkan efektivitas sistem surveilans PTM.
7.	Ika Ayu Ratnasari (2020) <a href="http://journal.unnes.ac.id/sj/index.php/hige">http://journal.unnes.ac.id/sj/index.php/hige</a>	<i>Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular</i> HIGEIA Journal Of Public Health Research And Development	Jenis penelitian studi kasus metode kualitatif rancangan deskriptif. Teknik pengambilan data melalui wawancara semi terstruktur, observasi partisipatif pasif, dokumentasi. Instrumen yang digunakan lembar observasi dan pedoman wawancara. Analisis data yang digunakan adalah pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan	Narasumber ditentukan melalui teknik <i>purposive sampling</i> sebanyak 7 orang, yakni 3 narasumber utama dan 4 triangulasi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang diberikan pada sasaran belum mencakup seluruhnya, tidak semua kader telah menerima pelatihan yang diperlukan, fasilitas yang tersedia masih belum lengkap, terdapat kekurangan dana, sebagian pelaksana kurang memiliki komitmen yang kuat, dan belum ada pembuatan SOP khusus untuk program Posbindu PTM oleh Puskesmas. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa implementasi program Posbindu PTM di wilayah kerja Puskesmas tersebut belum mencapai tingkat optimal.

8.	<p>Mariyani Rene, Kismartini, dan Hartuti Purnaweni (2019)</p> <p><a href="http://samarinda.lan.go.id/jba">http://samarinda.lan.go.id/jba</a> atau DOI: 10.24258/jba.v15i3.499</p>	<p><i>Konteks Lembaga Dalam Implementasi Kebijakan Pengurangan Kematian Bayi Di Kabupaten Kupang</i></p> <p>Jurnal Borneo Administrator</p>	<p>Metode penelitian adalah deskriptif kualitatif</p>	<p>Informan dalam penelitian ini terdiri dari epala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, Kassie Gizi dan keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, Camat Kupang Tengah, dan Kepala Puskesmas di Kecamatan Kupang Tengah dan Kecamatan Kupang Timur karena dianggap paling mengaetaahui permasalahan kematian bayi di Kabupaten Kupang.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam konteks lembaga, terdapat permasalahan dalam implementasi kebijakan pengurangan kematian bayi. Salah satu permasalahan adalah kurangnya keterlibatan aktif dari Lurah dan Kepala desa dalam menjalankan tanggung jawab mereka terkait implementasi kebijakan. Selain itu, partisipasi aktif dari masyarakat juga kurang. Selain faktor internal lembaga, realitas lingkungan di Kabupaten Kupang juga menjadi hambatan dalam implementasi kebijakan. Faktor-faktor seperti kondisi geografis, tingkat pendidikan, sanitasi yang buruk, dan adat istiadat seperti tradisi Se'i oleh masyarakat setempat juga berperan dalam menghambat implementasi kebijakan.</p>
9.	<p>Ulandari Safitri, Adek Nuarizal, &amp; Nurhizrah Gistituati (2021)</p> <p><a href="https://jurnal.iicet.org/index.php/jrti">https://jurnal.iicet.org/index.php/jrti</a> atau DOI: <a href="https://doi.org/10.29210/3003818000">https://doi.org/10.29210/3003818000</a></p>	<p><i>Urgensi analisis kebijakan</i></p> <p>JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia) Vol.6, No.1.</p>	<p>Metodologi penulisan ini menggunakan metodologi studi kepustakaan. Hasil dari pengkajian kemudian di jabarkan melalui artikel ilmiah.</p>	<p>Penulisan artikel ini dilakukan dengan mengkaji sebanyak 24 jurnal nasional yang berhubungan dengan analisis kebijakan. Jurnal tersebut merupakan jurnal nasional yang berada pada data <i>base google scholar</i>.</p>	<p>Hasil pengkajian tersebut kemudian dijelaskan melalui sebuah artikel ilmiah. Analisis kebijakan ini memiliki tingkat penting yang tinggi untuk dilakukan. Alasan utama di balik perlunya analisis kebijakan adalah untuk memahami semua aspek kelayakan dan pembiayaan dari kebijakan yang diambil, yang dianalisis melalui proses ilmiah dengan pendekatan saintifik.</p>
10.	<p>Chiyembekezo Kachimanga, Yusupha Dibba, Marta Patiño, Joseph S. Gassimu, Daniel Lavallie, Santigie Sesay, Marta Lado, Alexandra V. Kulinkina</p> <p><a href="https://doi.org/10.1057/s41271-021-00304-">https://doi.org/10.1057/s41271-021-00304-</a></p>	<p><i>Implementation Of A Non-Communicable Disease Clinic In Rural Sierra Leone: Early Experiences And Lessons Learned</i></p> <p>Journal of Public Health Policy Volume 42, Page 422–438</p>	<p>Data analysis included descriptive statistics of the patient population at baseline and follow-up. We evaluated change in continuous measurements (e.g. systolic or diastolic blood pressure) between baseline and follow-up using a paired sample t-test, with statistical significance determined by a p-value &lt; 0.05. The effects of</p>	<p>This study is an evaluation of the first cohort of patients enrolled in an outpatient non-communicable disease clinic in Kono, Sierra Leone. In the first year, the clinic enrolled 916 patients.</p>	<p>On average, each group observed a decrease in blood pressure and/or blood glucose levels by around 10% and 20% respectively. Moreover, there was an increase in the number of patients whose condition was under control. Given the insufficient funding and low priority given to Non-Communicable Diseases (NCDs) in low-income nations, the integrated program implemented in Kono showcases the potential to enhance outpatient NCD care in Sierra Leone and similar contexts.</p>

			demographic and clinical measurements on the binary primary outcomes (LTFU and blood pressure or blood glucose control status) were assessed using logistic regression. Data analysis was conducted using R software (version 3.6.1).		
11.	Ryan R. Porter, Patton McClelland, Alex Ewing, Victoria Sonka, & Jennifer L. Trilk (2022) <a href="http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/">http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/</a>	<i>Design and implementation of a clinic-to-community, physical activity health promotion model for healthcare providers</i>  ELSEVIER : Preventive Medicine Reports	The observational data collected in this study were analyzed using IBM SPSS Statistics Version 26. The patient uptake and retention in the program were assessed through frequency analysis. The exit survey questions, which were rated on a Likert scale from 1 to 5, were averaged to calculate mean scores. A single group pre-test and post-test experimental design was employed to examine changes in biometric measurements of all referred patients. In order to ensure ethical considerations, all eligible patients were included in the study, as it would be unethical to withhold them from a program expected to improve their chronic disease status. To determine statistically significant changes, a paired sample t-test was conducted, with a significance level set at $p < 0.05$ .	The EIMG® model was designed, implemented, launched at Prisma Health in Greenville, SC as a pilot in 2016 with the onboarding of 2 pilot clinics (1 internal medicine and 1 family medicine), and continually refined and scaled to 18 participating clinics (Table 1; 12 primary care and 6 specialty clinics; i.e. cancer survivorship and endocrinology) and considered at maturity (i.e. all components implemented) in 2018–2019.	The observational outcomes of EIMG® indicate that establishing collaboration between healthcare providers and community partners to implement a clinic-to-community model can be advantageous for incorporating physical activity (PA) as a fundamental preventive strategy within a U.S.-based healthcare system. This model aims to support patients with or at risk for non-communicable diseases in slowing down, halting, and potentially reversing their future disease risks. Furthermore, patients who engage with healthcare professionals, program coordinators, and EIMG® Pros as part of a continuous process may experience greater success and satisfaction with the clinic-to-community model. Adding PA to standard care for patients referred with hypertension may result in cardiovascular benefits by reducing systolic and diastolic blood pressure. These findings could serve as valuable insights for future implementation strategies, utilizing a clinic-to-community PA health promotion model for healthcare professionals.

### C. Kerangka Teori

Berdasarkan beberapa teori – teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka peneliti akan menganalisis implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi Puskesmas kota Banjarmasin dengan berdasarkan pandangan beberapa teori yang dipengaruhi oleh beberapa variabel yang digambarkan sebagai seberikut :



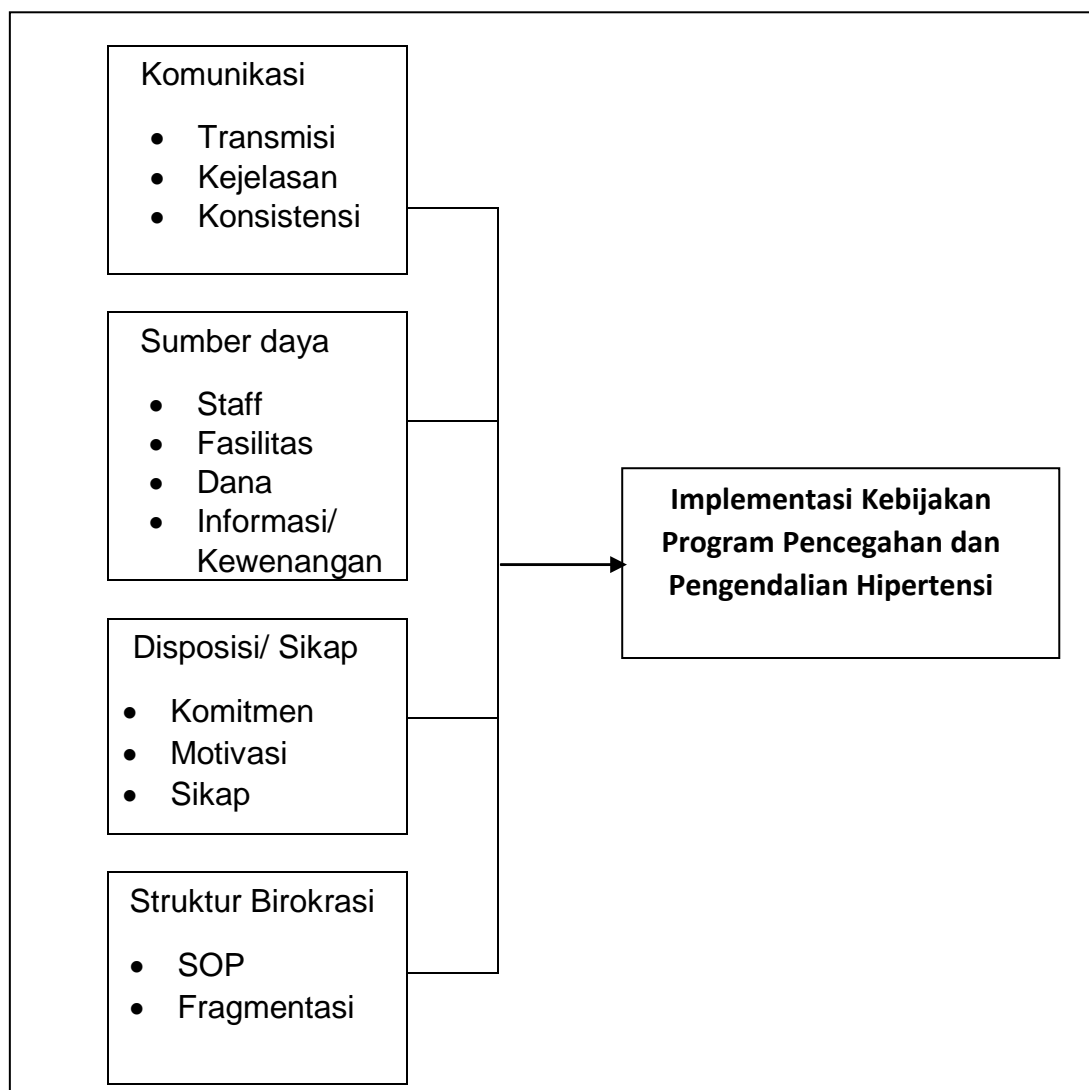
Gambar 2.7 Skema Kerangka Teori

Sumber : (Budiyanti et al., 2020; Hardisman, 2014; Yalia, 2014)

#### D. Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka sebagai pedoman dan atau acuan dalam proses penelitian guna menganalisis implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi di kota Banjarmasin yang digambarkan dalam sebuah kerangka konseptual peneliti sebagai berikut :

Gambar 2.8 Skema Kerangka Konseptual Penelitian



## E. Definisi Konseptual

**Tabel 2.3 Definisi Konseptual Penelitian**

No	Variabel	Definisi Konseptual	Cara Ukur	Alat Ukur	Informan
1.	<b>Komunikasi</b>	Cara dan / atau proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan ( <i>policy makers</i> ) kepada pelaksana kebijakan ( <i>policy implementors</i> )			
	Transmisi	Cara penyebaran informasi berupa sosialisasi, pertemuan, pelaporan diskusi dan persamaan persepsi dalam rangka menyebarkan informasi/ mensosialisasikan tentang implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi.	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin</li> <li>2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi</li> </ol>
		Cara penyebaran informasi berupa sosialisasi (edukasi kesehatan), konsultasi dan himbauan lain dalam rangka mensosialisasikan kebijakan implementasi program pencegahan dan pengendalian hipertensi	Wawancara mendalam	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kader program di wilayah kerja puskesmas</li> <li>2. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)</li> </ol>
	Kejelasan	Pemahaman terhadap informasi yang disampaikan mulai dari pembuat kebijakan, implementor kebijakan hingga sasaran kebijakan program terkait pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin</li> <li>2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi</li> <li>5. Kader program di wilayah kerja puskesmas</li> <li>6. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)</li> </ol>

	Konsistensi	Adanya kesesuaian/ kesamaan informasi yang diterima oleh pembuat kebijakan dan pelaksana kebijakan dengan <i>stakeholder</i> (pelaksana, partisipan program, penerima hingga sasaran program) pencegahan dan pengendalian hipertensi. Selain itu informasi disampaikan secara berkala hingga berkesinambungan.	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawanacara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin</li> <li>2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi</li> <li>5. Kader program di wilayah kerja puskesmas</li> <li>6. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)</li> </ol>
2.	<b>Sumber Daya</b>	Segala bentuk sumber pendukung untuk mengimplementasikan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi			
	Sumber Daya Manusia	Ketersediaan dan kemampuan staf/ pengelola/ tenaga kesehatan dalam mengimplementasikan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi hingga keterlibatan masyarakat yang berpartisipasi dalam program kegiatan.	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawanacara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin</li> <li>2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi</li> <li>5. Kader program di wilayah kerja puskesmas</li> </ol>
	Anggaran	Ketersediaan anggaran berupa dana (pengelolaan dan penyaluran) yang diperlukan dalam mendukung dan memenuhi segala kebutuhan untuk mengimplementasikan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam pedoman wawanacara,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin</li> <li>2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)</li> <li>4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi</li> <li>5. Kader program di wilayah kerja puskesmas</li> </ol>



		Adanya beban biaya yang dibebankan pada sasaran program (masyarakat) untuk memenuhi kebutuhan penerimaan program pencegahan dan pengendalian hipertensi secara menyeluruh	Wawancara mendalam	Alat tulis,perekam pedoman wawanacara,	1. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)
	Fasilitas	Adanya sarana dan prasaran berupa alat, waktu,tempat, bahan serta kebutuhan <i>property</i> lainnya sebagai pendukung dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian hipertensi baik oleh pihak pengelola dan oleh pihak penyelenggara pelaksana program	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis,perekam, pedoman wawanacara	1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin 2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi 5. Kader program di wilayah kerja puskesmas 6. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)
	Informasi/ Kewenangan	Adanya informasi berisi cara dalam pelaksanaan program berupa data-data atau hasil laporan dan kewenangan berupa otoritas pelaksana hingga kepatuhan regulasi berupa perintah atau larangan perilaku dalam pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi mulai dari pihak pembuat kebijakan kepada pengelola, dari pelaksana pada <i>team</i> dibawahnya seperti kader pelaksana hingga ke sasaran program	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis,perekam, pedoman wawanacara	1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin 2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi 5. Kader program di wilayah kerja puskesmas
3.	<b>Struktur Birokrasi</b>	Adanya mekanisme dan struktur birokrasi yang mendukung pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi berupa system, alur, ketetapan kebijakan dan struktur organisasi			
	<i>Standard Operating Procedure (SOP)</i>	Ada dan tersedianya pedoman yang digunakan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi serta laporan	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis,perekam, pedoman wawanacara	1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin 2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin)

		evaluasi pelaksanaan sesuai <i>Standard Operating Procedure (SOP)</i>			3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi
	Fragmentasi	Adanya penyebaran atau pembagian kerja dan tanggung jawab pengelola hingga para pelaksana kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi seperti delegasi, Surat Keputusan/SK, struktur organisasi, bagi seluruh pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin 2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi 5. Kader program di wilayah kerja puskesmas
4	<b>Disposisi / Sikap</b>	Adanya komitmen, penghargaan/ <i>reward</i> , motivasi/ keinginan, inovasi dan pendelegasian dari pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi baik dari pembuatan kebijakan, pengelola dan pelaksana program.	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	1. Staf Bidang Perencanaan ahli Muda BAPPEDA LITBANG PEMKO Banjarmasin 2. Koordinator Bidang P2PTM (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 3. Seksi Pelayanan PTM Hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin) 4. <i>Stakeholder</i> puskesmas bagian PTM pelayanan Hipertensi 5. Kader program di wilayah kerja puskesmas
		Adanya komitmen, motivasi/ keinginan dan kesadaran dari pihak yang terlibat dalam segala bentuk pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi (seperti sosialisasi, kegiatan POSBINDU PTM, dll)	Wawancara mendalam	Alat tulis, perekam, pedoman wawancara	1. Sasaran Program (Perwakilan Masyarakat Banjar)