

UPAYA DIAGNOSIS KOMUNITAS HIPERTENSI TIDAK TERKENDALI PADA MASYARAKAT DESA RENGED, WILAYAH KERJA PUSKESMAS KRESEK

Shomadya Bayu Ifana¹, Clement Drew^{2*}

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia¹,

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia²

*Corresponding Author : clementdrew@fk.untar.ac.id

ABSTRAK

Secara global, sejumlah 1,28 miliar dewasa dalam rentang usia 30–79 tahun hidup dengan hipertensi, namun 46% tidak menyadari kondisinya, dan hanya 42% yang menerima pengobatan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Indonesia melaporkan bahwa hipertensi menjadi penyakit tidak menular nomor satu dengan prevalensi yang terus meningkat yaitu sebesar 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% pada tahun 2018. Hipertensi menyumbang 8 juta kematian setiap tahunnya, termasuk 1,5 juta di Asia Tenggara. Tujuan kegiatan diagnosis komunitas ini adalah untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas kasus hipertensi tidak terkontrol di Desa Renged, area kerja Puskesmas Kresek, Kecamatan Kresek, Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten. Pendekatan diagnosis komunitas dilakukan dengan mengidentifikasi masalah menggunakan Paradigma Blum. Teknik non-skoring Delphi digunakan untuk menentukan prioritas masalah dan *fishbone diagram* untuk menentukan akar penyebab masalah. Pemantauan selama intervensi menggunakan *plan-do-check-action cycle* serta dilakukan pendekatan sistem sebagai evaluasi. Berdasarkan proses identifikasi dan penentuan akar masalah, dilakukan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai hipertensi di mana 88% peserta memperoleh nilai pengetahuan ≥ 70 . Sehingga dapat disimpulkan bahwa setelah dilakukan pendekatan diagnosis komunitas terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat Desa Renged mengenai hipertensi. Dengan terajainya peningkatan pengetahuan, diharapkan peserta penyuluhan dapat menyebarkan informasi yang didapatkan kepada lingkungan sekitar sehingga diharapkan terjadi penurunan angka morbiditas dan mortalitas kasus hipertensi tidak terkontrol di wilayah kerja Puskesmas Kresek.

Kata kunci : diagnosis komunitas, diagram *fishbone*, hipertensi, paradigma blum

ABSTRACT

Globally, 1.28 billion adults aged 30–79 years live with hypertension, but 46% are unaware of their condition, and only 42% receive treatment. Based on the Indonesian Basic Health Research, it was reported that hypertension is the number one non-communicable disease with a prevalence that continues to increase, namely from 25.8% in 2013 to 34.1% in 2018. Hypertension contributes to 8 million deaths each year, including 1.5 million in Southeast Asia. The purpose of this community diagnosis activity is to reduce the morbidity and mortality rates of uncontrolled hypertension cases in Renged Village, the work area of the Kresek Health Center, Kresek District, Tangerang Regency, Banten Province. The community diagnosis approach is carried out by identifying problems using the Blum Paradigm. The Delphi non-scoring technique is used to determine problem priorities and a fishbone diagram to determine the root cause of the problem. Monitoring during the intervention uses the plan-do-check-action cycle, and a systems approach is carried out as an evaluation. Based on the process of identifying and determining the root of the problem, counseling was conducted to increase public knowledge about hypertension, where 88% of participants obtained a knowledge score of ≥ 70 . So it can be concluded that after the community diagnosis approach was carried out, there was an increase in the knowledge of the Renged Village community about hypertension. With the increase in knowledge, it is hoped that counseling participants can disseminate the information obtained to the surrounding environment so that there is a decrease in the morbidity and mortality rates of uncontrolled hypertension cases in the Kresek Health Center work area.

Keywords : hypertension, community diagnosis, blum paradigm, fishbone diagram

PENDAHULUAN

Diagnosis komunitas didefinisikan sebagai upaya sistematis untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan keluarga dalam suatu komunitas besar. Kegiatan diagnosis komunitas dilakukan dengan menyelidiki permasalahan penting yang dihadapi masyarakat berdasarkan bukti-bukti yang ada dan pengambilan keputusan sebagai strategi rencana tindak lanjut penyelesaian permasalahan kesehatan. Diagnosis komunitas bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan mendasar dalam komunitas, menentukan prioritas permasalahan, dan memberikan solusi pemecahan masalah yang disajikan secara sistematis dan terstruktur. (Mulsari, 2023). Hipertensi merupakan penyebab kematian dini di seluruh dunia (WHO, 2023). Individu didiagnosa mengalami hipertensi apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah sistolik ≥ 90 mmHg (*Indonesian Society of Hypertension*, 2019). Laporan WHO tahun 2011 melaporkan bahwa tekanan darah tinggi dialami oleh 1 miliar individu di seluruh dunia, dan negara berkembang dengan tingkat penghasilan rendah-menengah menempati 2/3 populasi hipertensi yang ada. Prevalensi ini diperkirakan akan meningkat secara signifikan, dengan perkiraan 29% orang dewasa di seluruh dunia akan terkena dampaknya pada tahun 2025 (WHO, 2011). Hipertensi menyumbang 8 juta kematian setiap tahunnya, termasuk 1,5 juta di Asia Tenggara (WHO, 2011).

Secara global, sejumlah 1,28 miliar dewasa dalam rentang usia 30–79 tahun hidup dengan hipertensi, namun 46% tidak menyadari kondisinya, dan hanya 42% yang menerima pengobatan (WHO, 2023). Hipertensi yang tidak diobati meningkatkan risiko stroke dan serangan jantung. Di Asia Tenggara, hanya 21% pasien hipertensi yang mencapai tekanan darah terkendali (WHO, 2023). Salah satu target global untuk penyakit tidak menular adalah mengurangi prevalensi hipertensi sebesar 33% antara tahun 2010 dan 2030 (WHO, 2023). Sebuah studi melaporkan bahwa sekitar 31,1% (atau sekitar 1,39 miliar) orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi pada tahun 2010, dimana prevalensi hipertensi lebih tinggi di negara berpenghasilan rendah-menengah yaitu sebesar 31,5%, (atau sekitar 1,04 miliar orang) dibandingkan di negara berpenghasilan tinggi yaitu sebesar 28,5%, (atau sekitar 349 juta orang). Variasi dalam tingkat faktor risiko hipertensi, seperti asupan natrium tinggi, asupan kalium rendah, obesitas, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, dan pola makan tidak sehat, dapat menjelaskan sebagian heterogenitas regional dalam prevalensi hipertensi (Mills et al., 2020).

Di Indonesia, hipertensi masih menjadi penyakit tidak menular (PTM) nomor satu dengan prevalensi yang terus meningkat (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Indonesia melaporkan bahwa prevalensi hipertensi meningkat yaitu sebesar 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Di samping itu, masih banyak kasus yang tidak terdeteksi, dan hanya 54,4% dari individu yang terdiagnosis mematuhi pengobatan rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Pada tahun 2018, provinsi Banten memiliki prevalensi hipertensi sebesar 8,61% dan Kabupaten Tangerang memiliki jumlah kasus hipertensi yang lebih tinggi yaitu sebesar 23,6% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Terjadi peningkatan angka kejadian kasus hipertensi tidak terkendali di wilayah kerja Puskesmas Kresek pada periode Mei-Juli 2024 sebesar 119 orang. Sementara itu pada bulan Juni-Juli terjadi penurunan kunjungan pasien hipertensi yang terkendali sebesar 32 orang. Karena peningkatan kasus hipertensi yang tidak terkendali pada wilayah kerja Puskesmas Kresek, maka peneliti ingin mengetahui masalah penyebab kesehatan hipertensi yang tidak terkendali. Terpilihnya topik hipertensi sebagai fokus diagnosa komunitas bertujuan agar angka hipertensi tidak terkendali di wilayah kerja Puskesmas Kresek dapat menurun.

METODE

Studi observasional desain potong-lintang menjadi desain dasar dalam studi ini. Studi berfokus di Desa Renged, wilayah kerja Puskesmas Kresek, Kecamatan Kresek, Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten pada Juli – September 2024. Individu yang mengalami hipertensi ataupun keluarga penderita hipertensi yang berada di area kerja Puskesmas Kresek merupakan populasi penelitian. Sampel penelitian adalah pasien dan keluarga pasien penderita hipertensi yang berdomisili di Desa Renged dan direkrut dengan bantuan kader secara non-random. Pendekatan diagnosis komunitas dilakukan dengan mengidentifikasi masalah menggunakan Paradigma Blum, dimana informasi mengenai aspek lingkungan dan layanan kesehatan diperoleh dari wawancara dengan petugas medis dan kesehatan lingkungan serta observasi lapangan. Sedangkan informasi terkait aspek *Lifestyle* diperoleh dari *mini-survey* yang menjajaki tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat desa yang memiliki angka hipertensi tidak terkontrol tertinggi. Teknik non-skoring Delphi digunakan untuk menentukan prioritas masalah dan *fishbone diagram* untuk menentukan akar penyebab masalah. Penilaian keberhasilan dari intervensi menggunakan kuesioner pre dan *post-test* untuk menilai peningkatan pengetahuan dari masyarakat yang ikut serta. Pemantauan selama intervensi menggunakan *plan-do-check-action cycle* serta dilakukan pendekatan sistem sebagai evaluasi. Indikator keberhasilan intervensi penyuluhan adalah bila >70% peserta yang hadir dapat mencapai nilai *post-test* ≥ 70 poin.

HASIL

Desa Renged merupakan desa dengan kasus hipertensi tidak terkontrol tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Kresek pada periode Mei-Juli 2024 dengan total 29 kasus. Oleh karena itu, Desa Renged terpilih menjadi desa untuk dilakukannya intervensi. Sebelum dilakukannya intervensi, ditentukan penyebab masalah dengan paradigma blum pada masyarakat Desa Renged melalui pengisian kuisisioner terkait pengetahuan, sikap, perilaku, dan gaya hidup.

Tabel 1. Karakteristik Peserta Intervensi

Karakteristik	Jumlah (N = 25)	Mean (Min;Max)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	0 (0%)	-
Perempuan	25 (100%)	-
Usia (tahun)		
	-	57.12 (42-70)
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	2 (8%)	-
SD	12 (48%)	-
SMP	8 (32%)	-
SMA	3 (12%)	-

Telah dilakukan intervensi pada masyarakat di Desa Renged berupa penyuluhan tentang hipertensi dan mendemonstrasikan senam kontrol hipertensi. Intervensi dilakukan pada 12 Agustus 2024 pukul 08.00 – 09.30 WIB di Posyandu Desa Renged. Awal kegiatan berupa dengan pengisian absensi, dan pembagian lembar *pre-test* kepada peserta yang hadir. Setelah pengisian selesai, lembar *pre-test* dikumpulkan dan digunakan 3 buah poster yang dicetak dengan ukuran A3 sebagai media dalam penyuluhan. Adapun media penyuluhan berisikan tentang definisi, faktor risiko, tanda dan gejala, pengobatan, komplikasi, serta pencegahan penyakit hipertensi. Selanjutnya diperagakan senam kontrol hipertensi menggunakan musik

yang tersambung dengan *speaker* seluruh peserta mengikuti gerakan yang diperagakan selama senam. Setelah itu, dilanjutkan dengan sesi tanya jawab selama 15-20 menit dan pengerjaan *post-test* oleh peserta selama 10 menit. Target peserta yang ditetapkan berjumlah 30 peserta atau seluruh penderita hipertensi di Desa Renged namun saat dilakukannya intervensi hanya didapatkan 25 peserta.

Seluruh peserta yang hadir adalah wanita dalam rentang usia 42-70 tahun. Sebanyak 48% peserta memiliki tingkat pendidikan SD (tabel 1). Sebanyak 88% peserta memiliki nilai *post-test* ≥ 70 (tabel 2).

Tabel 2. Nilai Pre dan Post-test Peserta Intervensi

Nilai	Jumlah (N = 25)	Mean (Min;Max)
<i>Pre-test</i>		68 (20-90)
< 70	7 (28%)	
≥ 70	18 (72%)	
<i>Post-test</i>		82.4 (30-100)
< 70	3 (12%)	
≥ 70	22 (88%)	

PEMBAHASAN

Berdasarkan *Indonesian Society of Hypertension* (2019), individu didiagnosa mengalami hipertensi apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah sistolik ≥ 90 mmHg (*Indonesian Society of Hypertension*, 2019). Berdasarkan hasil yang kami peroleh, faktor *lifesytle* (meliputi pengetahuan, sikap, dan perilaku) merupakan penyebab tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada pasien hipertensi tidak terkontrol di Desa Renged. Kurangnya pemahaman mengenai definisi hipertensi, faktor risiko, dan persyaratan pengobatan jangka panjang mencerminkan temuan Kurniawan et al. (2020), yang melaporkan bahwa masyarakat pedesaan di Indonesia sering meremehkan sifat kronis dari hipertensi, sehingga menyebabkan rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan dan perubahan gaya hidup (Kurniawan et al., 2020). Kesenjangan pengetahuan ini sangat penting, karena kesalahpahaman tentang hipertensi dapat disembuhkan sendiri atau hanya memerlukan pengobatan sementara memperburuk kasus yang tidak terkontrol (Anggraini et al., 2021). Keyakinan seperti ini, seperti yang diamati di Desa Renged, berkontribusi pada normalisasi pemantauan tekanan darah yang tidak teratur dan kegagalan dalam menghindari faktor risiko, sehingga melanggengkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas.

Gagasan luas bahwa hipertensi tidak memerlukan pengobatan seumur hidup konsisten dengan penelitian Chow et al. (2020) menemukan bahwa di komunitas Asia Tenggara, hampir 40% pasien hipertensi menghentikan pengobatan setelah gejala mereda, dengan asumsi kondisinya sudah sembuh (Chow et al., 2020). Perilaku ini sejalan dengan sikap yang diamati di Desa Renged, di mana ketidakpatuhan terhadap terapi antihipertensi dan penghindaran pemeriksaan tekanan darah rutin merupakan hal yang lazim. Praktik-praktik tersebut secara langsung bertentangan dengan pedoman klinis yang menekankan pentingnya pengobatan berkelanjutan dan pemantauan rutin untuk mencegah komplikasi (*Indonesian Society of Hypertension*, 2019). Selain itu, kegagalan dalam memitigasi faktor risiko, seperti pola makan yang buruk dan aktivitas fisik yang kurang, mencerminkan masalah sistemik yang lebih luas dalam pendidikan kesehatan. Shrestha et al. (2019) mencatat pola serupa di pedesaan Nepal, di mana terbatasnya akses terhadap layanan pencegahan dan program literasi kesehatan mengakibatkan paparan terus-menerus terhadap risiko yang dapat dimodifikasi seperti asupan garam yang tinggi dan merokok (Shrestha et al., 2019). Di Desa Renged, faktor-faktor ini kemungkinan besar berinteraksi dengan keyakinan budaya dan hambatan sosial ekonomi,

sehingga semakin mempersulit pengelolaan penyakit. Selanjutnya digunakan *fishbone diagram* untuk mencari akar penyebab masalah serta ditemukan beberapa alternatif untuk pemecahan masalah dengan melakukan intervensi berupa penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat akan penyakit hipertensi. Penerapan *fishbone diagram* dalam mengidentifikasi akar penyebab hipertensi yang tidak terkontrol di daerah pedesaan sejalan dengan metodologi yang digunakan dalam penelitian kesehatan masyarakat lainnya untuk secara sistematis mengatasi masalah kesehatan yang kompleks. Alat ini, yang mengkategorikan faktor-faktor yang berkontribusi ke dalam domain yang berbeda (misalnya, pengetahuan, perilaku, akses layanan kesehatan), telah divalidasi sebagai alat yang efektif untuk analisis akar penyebab di rangkaian sumber daya yang rendah (Ishak et al., 2020). Sejalan dengan temuan Nguyen et al. (2021), *fishbone diagram* dalam penelitian ini menyoroti kesenjangan dalam literasi kesehatan dan perilaku pencegahan sebagai pendorong utama manajemen hipertensi yang buruk, sehingga memperkuat perlunya intervensi pendidikan yang ditargetkan (Nguyen et al., 2021).

Penerapan siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) untuk memantau program pendidikan hipertensi menunjukkan hasil yang menjanjikan, dengan 88% peserta mencapai nilai *post-test* ≥ 70 . Hasil ini mencerminkan keberhasilan intervensi berbasis masyarakat penelitian serupa dilaporkan oleh Anggraeni et al. (2021), dimana pendidikan terstruktur menggunakan kerangka PDCA meningkatkan pengetahuan hipertensi sebesar 75% di pedesaan Indonesia (Anggraeni et al., 2021). Namun, 12% peserta lainnya yang mendapat skor di bawah ambang batas menunjukkan adanya tantangan yang terus-menerus terjadi, seperti rendahnya tingkat literasi atau pelepasan diri dari layanan kesehatan, yang juga ditemukan dalam penelitian serupa (Brown et al., 2019). Peserta tersebut mungkin memerlukan pendekatan yang disesuaikan, seperti konseling tatap muka atau materi yang disesuaikan dengan budaya, untuk mengatasi hambatan seperti kendala bahasa atau sosial ekonomi.

Kami menggunakan pendekatan sistem untuk mengevaluasi intervensi yang sudah dilakukan. Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, intervensi berbasis masyarakat yang disesuaikan dengan konteks pedesaan sangatlah penting. Program pendidikan yang mengintegrasikan perspektif budaya lokal, seperti yang dikemukakan oleh Owolabi et al. (2021), dapat meningkatkan literasi kesehatan dan menghilangkan mitos tentang hipertensi (Owolabi et al., 2021). Selain itu, memperkuat infrastruktur layanan kesehatan primer untuk memfasilitasi pemeriksaan dan konseling tekanan darah secara rutin, seperti yang direkomendasikan oleh WHO (WHO, 2020), dapat meningkatkan deteksi dini dan kepatuhan terhadap pengobatan. Beberapa kendala yang dihadapi saat dilakukannya intervensi dalam penelitian ini seperti beberapa peserta kesulitan untuk membaca kuisioner yang diberikan karena rendahnya tingkat pendidikan, tidak tersedianya alas untuk mengisi kuisioner dan papan untuk pemasangan poster penyuluhan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa masyarakat Desa Renged mengalami peningkatan pengetahuan dilihat dari meningkatnya persentase nilai *pre-test* ke *post-test*. Hipertensi merupakan penyakit yang perlu mendapat perhatian karena tingginya angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit ini apabila penyakit tidak terkontrol dengan baik. Gaya hidup memegang peranan penting karena masih kurangnya pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat akan penyakit ini. Pentingnya intervensi seperti penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat akan penyakit ini sehingga diharapkan dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas penderita hipertensi tidak terkontrol. Disarankan kepada Puskesmas Kresek untuk melakukan kegiatan penyuluhan terkait hipertensi secara berkala.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Puskesmas Kresek dan Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Tarumanagara atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan hingga penelitian ini dapat terselesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D., Prabandari, Y. S., & Suryawati, C. (2021). *Misconceptions about hypertension and its treatment in rural Yogyakarta: A qualitative study. Journal of Community Health*, 46(3), 512–520.
- Anggraeni, R., Setyawan, D., & Nur, K.R. (2021). Efektivitas siklus PDCA dalam meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi pada masyarakat pedesaan. *Jurnal Penelitian Kesehatan Masyarakat*, 10(3), 1-8.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan Riskesdas Provinsi Banten 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Brown, MT, Bussell, JK, & Andrade, SE (2019). Kepatuhan pengobatan: SIAPA yang peduli? *Prosiding Klinik Mayo*, 94(2), 304–314.
- Chow, C. K., Teo, K. K., Rangarajan, S., Islam, S., Gupta, R., & Avezum, A. (2020). *Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA*, 310(9), 959–968.
- Indonesian Society of Hypertension. (2019). *Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019*. Jakarta: InaSH.
- Ishak, A., Sari, DK, & Lubis, N.D. (2020). Penerapan diagram tulang ikan dan siklus PDCA dalam penatalaksanaan hipertensi: Studi kasus dari Aceh, Indonesia. *Kesehatan Masyarakat BMC*, 20(1), 1-9.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018 [Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018]. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kurniawan, A. L., Hsu, H. C., & Lee, B. O. (2020). *Cultural beliefs and social determinants of hypertension in rural Indonesia: A mixed-methods study. PLOS ONE*, 15(7), e0236076.
- Mills, K.T., Stefanescu A., He, J. (2020). *The global epidemiology of hypertension. Nature Reviews Nephrology*, 16, 223-237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Mulasari, S. A., Rokhmayanti, Sofiana, L., Saptadi, J. D. (2023). *Community Diagnosis Untuk Permasalahan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: CV Mine
- Nguyen, T.P.L., Schuiling-Veninga, C.C.M., Nguyen, T.B.Y., & Wright, EP (2021). Analisis tulang ikan untuk perbaikan sistem kesehatan: Sebuah studi kasus di Vietnam. *Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan*, 36(5), 710–718.
- Owolabi, M. O., Olowoyo, P., Miranda, J. J., & Akinyemi, R. O. (2021). *Gaps in hypertension care in low- and middle-income countries: A systematic review. Global Heart*, 16(1), 1–12.
- Shrestha, A., Koju, R. P., Beresford, S. A., & Chan, K. C. (2019). *Barriers to treatment and control of hypertension among hypertensive participants in a community-based health program in Nepal. Global Health Action*, 12(1), 1645557.
- World Health Organization (WHO). (2020). *HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management*. WHO.
- World Health Organization (WHO). (2011). *World health statistics 2011*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564199>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Hypertension. WHO* [serial online]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>