



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERKENDALIAN TEKANAN DARAH PASIEN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT JAWA BARAT DAN
BANGKA BELITUNG TAHUN 2018**

DISERTASI

MUHAMAD SYARIPUDDIN

NPM 1406527160

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2020**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERKENDALIAN TEKANAN DARAH PASIEN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT JAWA BARAT DAN
BANGKA BELITUNG TAHUN 2018**

DISERTASI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

MUHAMAD SYARIPUDDIN

NPM 1406527160

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2020**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Muhamad Syaripuddin

NPM : 1406527160

Tanda Tangan :

Tanggal :

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhamad Syaripuddin
NPM : 1406527160
Mahasiswa Program : S3
Peminatan Ilmu : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2014-2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan disertasi saya yang berjudul :

‘Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterkendalian Tekanan Darah Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung Tahun 2018’

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima

sanksi yang telah ditetapkan

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 2020

Muhamad Syaripuddin

HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh :

Nama : Muhamad Syaripuddin
NPM : 1406527160
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Disertasi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterkendalian Tekanan Darah Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung Tahun 2018

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJUI

Promotor : Prof. Dr. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt, MSc (.....)
Kopromotor : Dr. drg. Mardiaty Nadjib MS. (.....)
Tim Penguji : dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH. (Ketua) (.....)
Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD (anggota) (.....)
Dr. dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (Anggota) (.....)
Dr. Pujiyanto, SKM., MKes (Anggota) (.....)
Dr. drs. Prih Sarnianto, Apt., MSc. (Anggota) (.....)
Dr. dr. Trihono MSc. (Anggota) (.....)
Dr. dra. Agusdini Banun Saptaningsih, Apt., MARS (Anggota) (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 2020

ABSTRAK

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang memerlukan pengobatan seumur hidup. Banyaknya faktor risiko penyakit hipertensi menyebabkan prevalensi penyakit ini sulit diturunkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan JKN di beberapa rumah sakit provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.

Penelitian dilakukan di rumah sakit pemerintah dan swasta, di ibukota dan kabupaten di Jawa Barat dan Bangka Belitung dengan menggunakan desain kuantitatif. Data kuantitatif dikumpulkan selama 12 bulan dimana 6 bulan dilakukan secara prospektif dan 6 bulan secara retrospektif. Sampel penelitian adalah semua pasien yang berusia minimal 40 tahun dan sudah berobat minimal 6 bulan. Data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan regresi logistik dan menjadikan rata-rata tekanan darah bulan ke 2 sampai dengan 12 dan tekanan darah terkendali bulan ke 12 sebagai variabel dependen. Data kualitatif dikumpulkan untuk mempertajam hasil analisis kuantitatif.

Proporsi pasien yang tekanan darahnya terkendali sebesar 28,2%, Terkendalinya tekanan darah dipengaruhi oleh jenis kepesertaan JKN (OR=1,92; 95% CI: 1,16-3,16), lama pasien sakit (OR=1,94; 95% CI: 1,35-3,01), rata-rata jumlah obat pasien (OR=3,09; 95% CI:1,97-4,85), diet pasien (OR=1,89; 95% CI: 1,23-2,92) dan lokasi rumah sakit (OR=17,48; 95% CI: 9,39-32,57).

Terkendalinya tekanan darah pasien pada disebabkan faktor pasien dan rumah sakit. Faktor lokasi rumah sakit memiliki pengaruh yang paling besar terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Kementerian Kesehatan perlu memperbaiki harga perkiraan sendiri agar biaya pengiriman tidak menjadi kendala dalam mengirim obat ke rumah sakit.

Kata kunci : keterkendalian, tekanan darah, pasien JKN

ABSTRACT

Hypertension is a disease that requires a lifetime of treatment. The many risk factors for hypertension make the prevalence of this disease difficult to reduce. This study aims to identify the factors that influenced the control of JKN outpatient hypertension patients in several hospital West Java and Bangka Belitung provinces.

The study was conducted in government and private hospitals, in the capital and regencies in West Java and Bangka Belitung using quantitative designs. Quantitative data were collected for 12 months in which 6 months were conducted prospectively and 6 months retrospectively. The study sample was all patients who were at least 40 years old and had been treated for at least 6 months. Quantitative data were analyzed using logistic regression and made the average blood pressure of months 2 to 12 and controlled blood pressure 12 months as the dependent variable. Qualitative data was collected to sharpen the results of quantitative analysis.

The proportion of patients whose blood pressure was controlled was 28.2%, the control of blood pressure was influenced by the type of JKN membership (OR = 1.92; 95% CI: 1.16-3.16), duration of illness (OR = 1.94; 95% CI: 1.35-3.01), average number of patient drugs (OR = 3.09; 95% CI: 1.97-4.85), patient diet (OR = 1.89; 95% CI: 1.23-2.92) and hospital location (OR = 17.48; 95% CI: 9.39-32.57).

Hospitals and patients are factors that influence the control of patient's blood pressure. Hospital location factor has the greatest influence on the control of patient's blood pressure. The Ministry of Health needs to improve the estimated drug price so that shipping costs do not become obstacles in sending drugs to the hospital.

Keywords: control, blood pressure, JKN patients

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmannirrohim...

Assalamualaikum waraohmatullohi wabarokatuh...

Puji Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya saya dapat menyelesaikan disertasi ini. Disertasi ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Doktor pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, mulai dari kuliah, ide penelitian hingga penyusunan disertasi sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Izinkanlah penulis menyampaikan apresiasi dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt, MSc, selaku promotor yang memberikan kesempatan, ide analisis, saran dan masukan yang membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan disertasi.
2. Ibu Dr. drg Mardiaty Nadjib, MSc, selaku pembimbing akademik dan kopromotor yang telah membimbing saya selama kuliah serta memberi masukan yang membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan disertasi.
3. Bapak dr. Hasbullah Tahbrany, MPH, DrPH, selaku penguji yang telah memberikan ide, saran dan masukan dalam melakukan analisis dan pembahasan terkait kebijakan kesehatan.
4. Ibu Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD, selaku penguji yang telah membimbing saya selama kuliah serta memberi masukan yang membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan disertasi.
5. Ibu Dr. dra Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam melakukan analisis dan pembahasan terkait kebijakan kesehatan.
6. Bapak Dr. Pujiyanto, SKM. Mkes. selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam melakukan analisis.

7. Bapak Dr. drs. Prih Sarnianto, Apt. MSc, selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam melakukan analisis.
8. Bapak Dr. dr. Trihono MSc, selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam melakukan analisis.
9. Ibu Dr. dra. Agusdini Bachnun, Apt. MARS selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam melakukan analisis.
10. Ibu Dr.dr. Sabarinah B Prasetyo, MSc, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia dan Ibu dr Asri C Adisasmita, MPH, PhD selaku wakil dekan II, yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis selama menempuh pendidikan program Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
11. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia khususnya dosen Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmu, saran dan bimbingannya.
12. Seluruh staf Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia yang telah membantu penulis selama menyelesaikan studi.
13. Direktur RSUD Kota Bandung, Direktur RS Hermina, Direktur RSUD Linggajati, Direktur RS Wijaya Kusumah, Direktur RSUD Depati Bahrain, Direktur RS Bakti Timah, Direktur RSUD Bangka dan Direktur RS Arsani yang telah memberikan izin penelitian dan membantu pengumpulan data.
14. Tim enumerator (8 orang) yang membantu penulis dalam mengumpulkan data selama 6 bulan di berbagai rumah sakit di provinsi Jawa Barat dan provinsi Bangka Belitung.
15. Seluruh informan rumah sakit, pasien, distributor, kepala apotek dan pabrik obat yang telah meluangkan waktu untuk wawancara di provinsi Jawa Barat dan Provinsi Bangka Belitung.
16. Ibunda, istri, adik-adik dan anak-anak yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan studi.
17. Teman-teman S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan semangat dan dorongan penulis dalam menyelesaikan studi.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga disertasi ini bermanfaat bagi semua pihak dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Aamiin YRA...

Depok. 2020

Penulis

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhamad Syaripuddin

NPM : 1406527160

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Disertasi

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterkendalian Tekanan Darah Pasien
Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung
Tahun 2018**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 2020
Yang menyatakan

(Muhamad Syaripuddin)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.	vii
KATA PENGANTAR	viii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Permasalahan	4
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.4.1. Tujuan Umum.....	6
1.4.2. Tujuan Khusus	7
1.5. Manfaat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Definisi, Faktor Risiko, Pengobatan dan Pengendalian Penyakit Hipertensi.....	8
2.2. Perilaku Pencarian Layanan Kesehatan	14
2.3. Rantai Suplai Obat Pasien Hipertensi Dalam Layanan Kesehatan...17	

2.4. Analisis Kebijakan Kesehatan.....	22
2.5. Kerangka Teori Penelitian	27
BAB III KERANGKA KONSEP	30
3.1. Kerangka Konsep.....	30
3.2. Definisi Operasional	31
BAB IV METODOLOGI	34
4.1. Desain Penelitian	34
4.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	34
4.3. Populasi dan Sampel.....	35
4.4. Jumlah Sampel.....	36
4.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	36
4.6. Cara Pengumpulan Data.....	36
4.7. Analisis Data.....	37
4.8. Pertimbangan Etik dan Izin Penelitian	37
BAB V HASIL PENELITIAN	39
5.1. Pengukuran Tekanan Darah Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung	39
5.2. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	43
5.3. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan Terkendalinya Tekanan Darah di Berbagai Rumah Sakit	46
BAB VI PEMBAHASAN	54
6.1. Pengukuran Tekanan darah Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung	54
6.2. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	70

6.3. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan ter kendalinya Tekanan Darah di Berbagai Rumah Sakit.....	81
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	91
7.1. Kesimpulan.....	91
7.2. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA.....	95
Lampiran 1. Kuesioner Pasien.....	107
Lampiran 2. Kuesioner Dokter	112
Lampiran 3. Kuesioner Apoteker	116
Lampiran 4. Kuesioner Distributor Obat.....	120
Lampiran 5. Kuesioner Pabrik Obat	124
Lampiran 6. Kuesioner Apotek	128
Lampiran 7. Kuesioner Gudang Farmasi Kabupaten	132
Lampiran 8. Hasil Analisis Bivariat Karakteristik Pasien Hipertensi Terhadap Terkendalinya Tekanan Darah bulan di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	136
Lampiran 9. Proporsi Penyakit Penyerta Pasien Hipertensi Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Bangka Belitung.....	138
Lampiran 10. Informan Rumah Sakit, Pabrik Obat, Distributor Obat dan Apotek.....	139
Lampiran 11. Hasil Analisis SPSS	143

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Tatalaksana hipertensi berdasarkan JNC-VII	10
Gambar 2. 2. Kerangka pikir penelitian akses	15
Gambar 2. 3. Model akses terhadap pelayanan kesehatan.....	16
Gambar 2. 4 Alur rantai suplai pelayanan kesehatan	18
Gambar 2. 5. Kerangka konsep manajemen suplai obat.....	19
Gambar 2. 6. Kerangka konsep peningkatan akses obat, vaksin dan komoditas kesehatan	19
Gambar 2. 7. Hubungan antara akses obat dengan komponen lainnya dalam sistem kesehatan.....	21
Gambar 2. 8. Hubungan antara jenis, penggunaan dan manfaat riset sistem kesehatan ..	23
Gambar 2. 9 Segitiga analisis kebijakan.....	26
Gambar 2. 10. Kerangka teori penelitian.....	29
Gambar 3. 1. Kerangka konsep penelitian.....	30
Gambar 5. 1. Alur pengumpulan pasien di berbagai rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	39
Gambar 5. 2. Proporsi Pasien Hipertensi JKN yang Tekanan Darahnya Terkendali Selama 12 Bulan (April 2017-Maret 2018) di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	40

DAFTAR TABEL

Tabel 2 1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC7	8
Tabel 5. 1. Proporsi Pasien yang Tekanan Darahnya Terkendali Selama 12 bulan di Berbagai Rumah Sakit Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung	41
Tabel 5. 2. Karakteristik pasien di berbagai rumah sakit di Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	42
Tabel 5. 3. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung	45
Tabel 5. 4. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan Terkendalinya Tekanan Darah di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	46
Tabel 5. 5. Hasil Akhir Analisis Multivariat Karakteristik Pasien Hipertensi Terhadap Terkendalinya Tekanan Darah di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Pasien.....	107
Lampiran 2. Kuesioner Dokter	112
Lampiran 3. Kuesioner Apoteker	116
Lampiran 4. Kuesioner Distributor Obat.....	120
Lampiran 5. Kuesioner Pabrik Obat	124
Lampiran 6. Kuesioner Apotek	128
Lampiran 7. Kuesioner Gudang Farmasi Kabupaten	132
Lampiran 8. Hasil Analisis Bivariat Karakteristik Pasien Hipertensi Terhadap Terkendalnya Tekanan Darah bulan di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung.....	136
Lampiran 9. Proporsi Penyakit Penyerta Pasien Hipertensi Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Bangka Belitung.....	138
Lampiran 10. Informan Rumah Sakit, Pabrik Obat, Distributor Obat dan Apotek.....	139
Lampiran 11. Hasil Analisis SPSS	143

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Chobanian et al., 2004, Kemenkes, 2013a, PDHI, 2019). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk Indonesia berusia >18 tahun sebesar 34,1%, angka ini meningkat jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2013 yang hanya 25,8% (Balitbangkes, 2018). Banyaknya faktor risiko penyebab penyakit hipertensi menyebabkan prevalensi penyakit ini sulit diturunkan. Faktor risiko seperti umur, jenis kelamin, dan genetik merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Faktor risiko seperti merokok, diet, konsumsi garam, aktifitas fisik, berat badan, dislipidemia, konsumsi alkohol dan stres merupakan faktor risiko yang dapat dikendalikan oleh pasien (Chobanian et al., 2004, Kemenkes, 2013a).

Pengobatan penyakit hipertensi terdiri dari pengobatan non-farmakologis dan farmakologis. Pengobatan non-farmakologis meliputi modifikasi gaya hidup seperti mengubah pola makan, menurunkan berat badan, aktifitas fisik dan diet sedangkan pengobatan farmakologis adalah dengan memberikan obat antihipertensi (Kemenkes, 2013a, Chobanian et al., 2004). Pada pasien hipertensi derajat 1 tanpa faktor risiko kardiovaskular lainnya strategi pola hidup sehat merupakan tahap tatalaksana awal yang harus dijalani selama 4-6 bulan. Bila selama waktu tersebut tidak terjadi penurunan tekanan darah atau terjadi faktor risiko kardiovaskular lainnya maka terapi farmakologi dapat dilakukan (PDSKI, 2015).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjamin pasien mendapatkan obat yang diperlukan sesuai dengan kebutuhannya (Kemenkumham, 2018a). Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) Kesehatan berpendapat bahwa jenis obat dalam *e-catalogue* belum dapat memenuhi kebutuhan pasien. Dalam konsep Ina-CBGs dan kapitasi, tarif yang dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sudah termasuk obat (Ady, 2016, Putra, 2016). Kekosongan obat di rumah sakit yang sudah dijamin dalam peraturan menyebabkan pasien mencari obat untuk kebutuhannya.

Fenomena ini akan memperburuk citra JKN, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan rumah sakit dalam melaksanakan program layanan kesehatan.

Obat menjadi hal yang penting dalam sistem layanan kesehatan karena obat dapat menyelamatkan hidup, meningkatkan derajat kesehatan, meningkatkan tingkat kepercayaan dan penggunaan obat yang baik dapat menghemat pengeluaran (Health, 2012). Pemerintah sudah mengatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Dalam Perpres tersebut (pasal 32) ditetapkan bahwa pelayanan obat dan bahan medis habis pakai peserta jaminan kesehatan pada fasilitas kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat, dan bahan habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri (Kemenkumham, 2013).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 71 tahun 2013 pasal 23 ayat 1 menyebutkan bahwa peserta JKN berhak mendapat obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. Pasal 23 ayat 4 menyebutkan bahwa daftar obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kependium Alat Kesehatan. Pasal 24 menyebutkan bahwa pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket Ina-CBGs (Kemenkes, 2013b). Permenkes ini mewajibkan rumah sakit untuk memberikan obat, alkes dan bahan medis sesuai dengan kebutuhan pasien di rumah sakit.

Dasar hukum Formularium Nasional (Fornas) adalah Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) Nomor 659 tahun 2017. Formularium Nasional menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu dan terjangkau baik dalam jenis maupun jumlah. Kepmenkes ini berisi daftar obat yang harus tersedia pada fasilitas pelayanan kesehatan dan dijadikan acuan dalam program JKN. Namun apabila obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Formularium Nasional maka dapat digunakan obat lain secara terbatas berdasarkan persetujuan komite medik dan kepala/direktur rumah sakit setempat (Kemenkes, 2015a, Kemenkes, 2017).

Permenkes Nomor 63 tahun 2014 menyebutkan bahwa semua satuan kerja di bidang kesehatan baik pusat maupun daerah melaksanakan pengadaan obat melalui *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik (*e-catalogue*). Pihak swasta yang bekerja

sama dengan BPJS Kesehatan dapat melaksanakan pengadaan obat berdasarkan *e-catalogue* (Kemenkes, 2014a) Permenkes ini menyempurnakan permenkes Nomor 48 tahun 2013 tentang petunjuk pelaksanaan pengadaan obat dengan prosedur *e-purchasing*. Permenkes ini menyebutkan bahwa pengadaan obat kementerian / lembaga / dinas dan instansi harus melalui proses *e-purchasing* melalui *e-catalogue*. Katalog obat yang diperlukan dapat dilihat pada *e-catalogue* yang diterbitkan oleh Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa (LKPP) Pemerintah. Permenkes tersebut diperkuat dengan surat edaran Menteri Kesehatan Nomor 167 tahun 2014 (Kemenkes, 2014b).

Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) dibentuk berdasarkan Perpres Nomor 157 tahun 2014 yang menyempurnakan Perpres no 106 tahun 2007. Lembaga ini didirikan dengan tujuan agar pengadaan barang/jasa pemerintah yang dibeli dengan Anggaran Pendapatan Belanja Negara / Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBN/APBD) dapat lebih efektif dan efisien. Selain itu penerapan prinsip-prinsip persaingan usaha yang sehat, transparan, terbuka dan perlakuan yang adil bagi semua pihak dapat terlaksana (Kemenkumham, 2014). Hal ini sudah terbukti pada Layanan Pengadaan Secara Elektronik (LPSE) dalam pengadaan barang/jasa pemerintah pada Kementerian Keuangan (Nasution, 2012).

Mekanisme pemesanan obat pasien JKN di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS melalui *e-purchasing* berdasarkan daftar obat *e-catalogue* di *website* LKPP. Penetapan daftar obat *e-catalogue* melalui 2 cara yaitu satu dengan cara lelang (berdasarkan harga terendah) dan dua dengan cara negosiasi (persetujuan harga antara produsen dengan Kemenkes). Cara ini terbukti kurang efektif karena dari 900 jenis obat yang diperlukan sebanyak 200 jenis obat tidak dapat ditenderkan karena harga tidak sesuai, pabrik tidak memproduksi dan Nomor izin edar yang sudah kadaluarsa (PKEKK-FKMUI, 2015). Walaupun data LKPP juga menyebutkan bahwa terjadi peningkatan transaksi pembelian obat dari Rp. 1.199 miliar (2014) menjadi Rp. 3.201 miliar (2015) (Dwiaji et al., 2016), namun penerapan *e-purchasing* di rumah sakit masih jauh dari harapan (Jaya, 2016).

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, penyakit hipertensi merupakan penyakit terbanyak yang dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (Syarifah, 2014). Menurut Kepala Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan penyakit yang memakan

pembiayaan terbesar (5,5 triliun/TW III 2015) adalah penyakit jantung diikuti gagal ginjal dan kanker (Firmansyah, 2016). Data di atas menunjukkan bahwa penyakit yang berkaitan dengan jantung dan pembuluh darah merupakan penyakit yang mengkonsumsi biaya terbesar BPJS Kesehatan. Penyakit ini akan semakin parah apabila obat yang diperlukan tidak tersedia dengan baik di rumah sakit.

Kosongnya obat di rumah sakit dapat disebabkan oleh faktor pabrik, distribusi, rumah sakit, ekonomi dan peraturan. Dampak kekosongan obat di rumah sakit menyebabkan biaya dan waktu pengelolaan meningkat, efek samping, kesalahan pengobatan, pengobatan dan pembatalan pemberian obat (Fox et al., 2009, Gu et al., 2011, Ventola, 2011, Griffith et al., 2012, Wangu and Osuga, 2014, Bogaert et al., 2015, Weerdt et al., 2015, Awad et al., 2016, Alshehri and Alshammari, 2016). Kekosongan obat di rumah sakit tidak lepas dari sistem rantai suplai obat yang menghantar obat sampai ke pasien. Rantai suplai yang baik akan menghantarkan obat, vaksin, dan produk kesehatan dan juga merupakan informasi yang penting tentang kebutuhan, dan konsumsi dalam perencanaan sistem pelayanan kesehatan (Yadav, 2015).

Salah satu elemen dalam rantai suplai adalah sistem pengadaan secara elektronik (*e-procurement*). Sistem *e-procurement* dapat menjadikan pengadaan obat, vaksin dan alat menjadi lebih efisien dan akuntabel. Sistem ini tidak dapat berdiri sendiri, perlu *capacity building* dan lingkungan yang mendukung pelaksanaannya (Humphreys, 2015). Agar implementasi rantai suplai berjalan dengan baik maka perlu informasi yang tepat, konsistensi, kolaborasi dan kepercayaan (Bhakoo and Chan, 2011). Di negara Eropa beberapa keuntungan yang dapat diperoleh dari sistem *e-procurement* antara lain: memperpendek waktu eksekusi prosedur, mengurangi waktu proses pengadaan, mengurangi pengeluaran *advertising*, mempermudah proses, monitoring pengeluaran publik, peningkatan profesionalisme karyawan, mengurangi waktu administrasi, dan transparans (Bof and Previtali, 2010).

1.2. Permasalahan

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar, prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 8,4% dan berdasarkan pengukuran sebesar 34,1%.

Hal ini menunjukkan bahwa banyak masyarakat tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi (Balitbangkes, 2018). Beberapa penyebab hipertensi di Indonesia disebabkan karena jenis kelamin, stres, kegemukan, pendidikan, pola hidup penyakit penyerta dan usia (Andayasari and Opitasari, 2015, Hidayati, 2018, Bawazir and Sianipar, 2018, Kemenkes, 2013a). Penelitian di beberapa negara menyebutkan bahwa penyebab hipertensi adalah usia, pendidikan, kepatuhan, lama pengobatan komorbiditas, pengobatan dan diet (Teshome et al., 2018, Bawazir and Sianipar, 2018, Al-Qahtani, 2018, Eshkoo et al., 2016, Singh et al., 2017, Goverwa et al., 2014, Berhe et al., 2017).

Prevalensi hipertensi di Indonesia yang masih tinggi dipengaruhi oleh kepatuhan pasien minum obat. Secara umum di Indonesia hanya 54,4% pasien yang mendapat obat hipertensi minum obat secara teratur. Kepatuhan pasien minum obat di Jawa Barat sebesar 55,12 % dan Bangka Belitung sebesar 60,71%. Alasan utama pasien tidak melanjutkan minum obat adalah karena sudah merasa sehat (59,8%) (Balitbangkes, 2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat adalah jenis kelamin, lama pengobatan, usia, tempat tinggal, pengetahuan dan komorbiditas (Pan et al., 2019, Getenet et al., 2019, Maginga et al., 2016).

Faktor risiko individu dan ketidakpatuhan minum obat dapat menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol. Tekanan darah yang tidak terkontrol meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler spesifik (OR=2,23), penyakit jantung spesifik (OR=2,19) dan penyakit serebrovaskuler spesifik (OR=3,01) dibandingkan dengan yang terkontrol (Zhou et al., 2018). Selain itu tekanan darah yang tidak terkontrol menyebabkan komplikasi pada pembuluh darah, mata, otak dan ginjal (Shackelford, 2019, Kitt et al., 2019). Tekanan darah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan penyakit lain seperti stroke dan gangguan kardiovaskuler lainnya (El-Hajj et al., 2018, Amelia K. Boehme, 2017, McManus and Liebeskind, 2016). Melihat hal ini maka pengendalian tekanan darah menjadi penting untuk menghindari penyakit lainnya.

Pemerintah melalui Perpres, Kepmenkes dan Permenkes sudah mengatur tatalaksana pelayanan pasien JKN agar mereka mendapat obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Formularium Nasional sudah menetapkan jenis obat yang harus tersedia dalam fasilitas kesehatan sesuai dengan tingkatannya. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) menetapkan daftar obat yang

wajib melakukan uji ekivalensi agar obat generik yang dihasilkan memenuhi standar keamanan dan berkhasiat. Sistem *e-procurement* menjadikan pabrik pemenang tender adalah pabrik yang menawar dengan harga terendah dan menjadikan Nomor Izin Edar (NIE) sebagai syarat dalam menjaga kualitas obat. Hal ini menjelaskan bahwa pasien hipertensi yang berobat ke rumah sakit mendapatkan obat yang dibutuhkan.

Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di masyarakat masih tinggi sedangkan akses obat hipertensi untuk pasien sudah dijamin. Hal ini menunjukkan bahwa ada faktor risiko yang mempengaruhi keterkendalian tekanan darah pasien. Faktor risiko seperti umur, jenis kelamin, dan genetik merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Faktor risiko seperti merokok, diet, konsumsi garam, aktifitas fisik, berat badan, dislipidemia, konsumsi alkohol dan stres merupakan faktor risiko yang dapat dikendalikan kepada pasien. Agar tekanan darah pasien hipertensi dapat terkendali, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengidentifikasi faktor risiko yang mempengaruhi keterkendalian tekanan darah pasien.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Jaminan akses obat hipertensi di rumah sakit belum menjamin terkendalinya tekanan darah pasien karena faktor risiko pasien juga ikut mempengaruhi terkendalinya tekanan darah. Pertanyaan penelitian ini adalah faktor-faktor apa yang mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien hipertensi peserta JKN di rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung ? Bagaimana hasil pengobatan pasien selama menjalani terapi hipertensi dan masalah apa yang ditemukan dalam pengadaan obat di rumah sakit ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien JKN di rumah sakit provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung yang mendapat obat hipertensi selama 12 bulan.

1.4..2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Menilai hasil pengukuran tekanan darah pasien JKN di berbagai rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung selama 12 bulan.
2. Menganalisis faktor pasien yang berpengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah pasien JKN di rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung.
3. Menganalisis faktor rumah sakit yang berpengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah pasien JKN di rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung.

1.5. Manfaat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, LKPP, rumah sakit dan menambah khasanah ilmu pengetahuan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi, Faktor Risiko, Pengobatan dan Pengendalian Penyakit Hipertensi

Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Chobanian et al., 2004, Kemenkes, 2013a, PDHI, 2019). Klasifikasi penyakit hipertensi menurut *Joint National Committee 7 (JNC7)* dan Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut (Chobanian et al., 2004, Kemenkes, 2013a):

Tabel 2 1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC7

Kategori	Tekanan Darah Sistolik / Tekanan Darah Diastolik
Normal	120 mmHg dan 80 mmHg
Prehipertensi	120-139 mmHg atau 80-89 mmHg
Hipertensi tingkat I	140-159 mmHg atau 90-99 mmHg
Hipertensi tingkat II	≥ 160 mmHg atau ≥ 100 mmHg

Sumber : JNC7(2004), Kementerian Kesehatan (2013)

Secara patofisiologi peningkatan tekanan darah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penurunan fungsi sistem renin, abnormalitas sistem syaraf, kerusakan autoregulasi perifer, keseimbangan natrium kalium dan gangguan hormon. Mekanisme potensial yang menyebabkan tingginya tekanan darah karena meningkatnya *cardiac output* dan tahanan perifer. Peningkatan *cardiac output* dapat disebabkan karena meningkatnya *cardiac preload* dan kontriksi pembuluh vena. Meningkatnya tahanan perifer dapat disebabkan karena kontriksi jaringan perifer dan membesarnya jaringan perifer (DiPiro et al., 2008).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) diketahui bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk berusia >18 tahun sebesar 34,1%, angka ini meningkat jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2013 yang hanya 25,8%. Prevalensi tertinggi dijumpai pada penduduk berusia ≥ 75 tahun yaitu sebesar 69,5%, lebih banyak pada penduduk wanita 36,9% dan lebih banyak dijumpai pada penduduk perkotaan 34,4%. Penyakit hipertensi juga lebih banyak dijumpai pada penduduk yang tidak tamat sekolah yaitu sebesar 51,6% dan penduduk yang tidak bekerja yaitu sebesar 39,7% (Balitbangkes,

2018). Data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa pasien hipertensi di Jawa Barat memiliki angka kepatuhan minum obat sebesar 55,12% dan Bangka Belitung sebesar 60,7%. Mayoritas mereka yang patuh minum obat berumur 65-74 tahun, berjenis kelamin perempuan, tamat perguruan tinggi dan tinggal di perkotaan. Proporsi pasien yang terdiagnosis hipertensi yang rajin mengukur tekanan darahnya sebesar 14,0% di Jawa Barat dan 15,8% di Bangka Belitung (Balitbangkes, 2018).

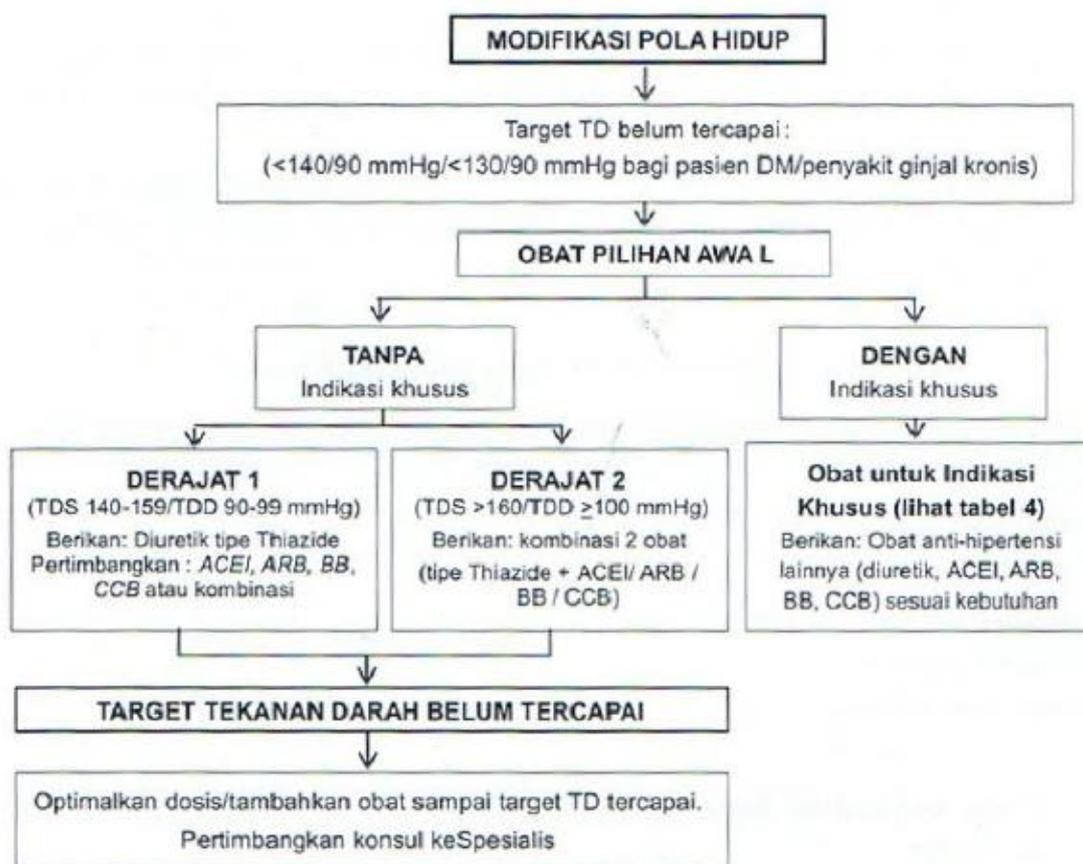
Faktor-faktor risiko hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 golongan yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu umur, jenis kelamin, dan genetik. Faktor risiko yang dapat diubah yaitu merokok, diet, konsumsi garam, aktifitas fisik, berat badan, dislipidemia, konsumsi alkohol dan stres (Kemenkes, 2013a, Chobanian et al., 2004). Pengobatan penyakit hipertensi terdiri dari pengobatan non-farmakologis dan farmakologis. Pengobatan non-farmakologis adalah modifikasi gaya hidup seperti mengubah pola makan, menurunkan berat badan, aktifitas fisik dan diet. Pengobatan farmakologis adalah dengan memberikan obat anti hipertensi. Beberapa golongan obat yang dapat digunakan sebagai antihipertensi adalah diuretik (tiazid, spironolakton), *beta blocker* (atenolol, propranolol, bisoprolol), *ace-inhibitor* (kaptopril, ramipril, lisinopril), *ace-receptor blocker* (valsartan, telmisartan, irbesartan) dan *calcium channel blocker* (amlodipin, diltiazem, verapamil) (Kemenkes, 2013a, Chobanian et al., 2004).

Pemberian 2 macam obat hipertensi dapat dilakukan apabila perbedaan tekanan darah sistolik ≥ 20 mmHg atau perbedaan tekanan darah diastolik ≥ 10 mmHg. Perubahan obat dapat dilakukan setelah pengobatan selama 1 bulan dengan melihat hasil pengukuran darah dan target tekanan darah yang ingin dicapai. Kunjungan ke dokter yang lebih sering dapat dilakukan pada pasien hipertensi tingkat 2 atau pasien dengan komorbiditas. Setelah tekanan darah yang diinginkan tercapai maka kunjungan berikutnya dapat dilakukan 3-6 bulan berikutnya (Chobanian et al., 2004, García and Guerra, 2018, PDHI, 2019, Kemenkes, 2019b, DiPiro et al., 2008, Mancia et al., 2013, Shrivastava et al., 2017).

Upaya pengendalian penyakit tidak menular khususnya hipertensi dilakukan pada masyarakat yang berusia 18 tahun keatas. Upaya pengendalian dilakukan dengan 2 cara yaitu upaya pengendalian di masyarakat dan upaya pengendalian individual di puskesmas. Penemuan kasus melalui skrining merupakan salah satu kegiatan

pengendalian penyakit. Skrining faktor risiko penyakit tidak menular khususnya penemuan hipertensi dilakukan baik oleh tenaga kesehatan atau masyarakat secara mandiri. Kegiatan skrining untuk deteksi dini hipertensi dapat dilakukan di masyarakat melalui posbindu penyakit tidak menular dan dapat dilakukan oleh kader kesehatan yang terlatih (Kemenkes, 2013a).

Tatalaksana pasien hipertensi yang sering digunakan adalah tatalaksana berdasarkan JNC-VII. Alur tatalaksana hipertensi menurut JNC-VII dapat dilihat pada gambar dibawah ini (Kemenkes, 2013a, Chobanian et al., 2004):



Gambar 2. 1. Tatalaksana hipertensi berdasarkan JNC-VII

Sumber : Chobanian (2004) & Kesehatan (2013)

Berdasarkan gambar diatas apabila seseorang ditegakkan diagnosis menderita hipertensi derajat 1 maka yang pertama dilakukan adalah mencari faktor risiko yang mungkin dimiliki. Kemudian dilakukan upaya untuk menurunkan faktor risiko dengan melakukan modifikasi gaya hidup. Bila dalam 1 bulan tidak tercapai tekanan darah yang

normal maka terapi obat dapat diberikan. Apabila seseorang ditegakkan diagnosisnya menderita hipertensi derajat 2 maka intervensi obat diberikan bersamaan dengan modifikasi gaya hidup. Terapi pertama yang diberikan adalah golongan tiazid, *ACE-inhibitor* dan *calcium channel blocker*. Bila terapi tunggal tidak berhasil maka dikombinasikan dengan obat lain (Chobanian et al., 2004, Kemenkes, 2013a, PDHI, 2019).

Beberapa penelitian memberikan cara untuk menilai terkendalinya tekanan darah pasien dalam kurun waktu tertentu, yaitu dengan membuat rata-rata tekanan darah sistolik dan distolik. Pengamatan tekanan darah pasien dapat dilakukan mulai dari 3 bulan, 4 bulan, 6 bulan, 7 bulan hingga 12 bulan (Akoko et al., 2017, Animut et al., 2018, Tesfaye et al., 2017, Adenlyl et al., 2016, Goverwa et al., 2014, Teshome et al., 2018, Yang et al., 2014, Al-Qahtani, 2018, Cooper et al., 2011, Horsa et al., 2019). Hasil rata-rata pengukuran tersebut dikelompokkan menjadi tekanan darah pasien terkendali dan tidak terkendali sesuai dengan panduan yang ditentukan. Tekanan darah dikatakan terkendali apabila rata-rata tekanan darah sistolik <140 mmHg dan tekanan darah diastolik <90 mmHg (Chobanian et al., 2004, Al-Qahtani, 2018, Goverwa et al., 2014, Adenlyl et al., 2016).

Terkendalinya tekanan darah pasien dapat dipengaruhi oleh ketersediaan obat, faktor pasien dan kepatuhan pasien. Ketersediaan obat untuk pasien hipertensi JKN sudah diatur dalam Formularium Nasional (Kemenkes, 2017). Formularium Nasional memuat daftar obat yang harus tersedia pada setiap tingkatan layanan kesehatan. Pengadaan obat hipertensi pasien JKN juga sudah diatur melalui *e-purchasing* (Kemenkes, 2019c). Sistem ini mengharuskan pabrik pemenang tender untuk memberikan obat sesuai dengan jumlah dan harga yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Peraturan ini menjamin bahwa kebutuhan obat untuk pasien hipertensi JKN tersedia dalam jumlah dan jenis yang cukup pada setiap tingkat layanan kesehatan.

Beberapa faktor yang berasal dari pasien dapat mempengaruhi terkendalinya tekanan darah seperti kepemilikan asuransi, usia, jenis kelamin, pendidikan, komorbiditas, diet, jumlah obat dan lamanya pasien sakit (Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018, Gupta et al., 2019, Asgedom et al., 2018, Choi et al., 2018). Faktor-faktor ini dapat mempengaruhi tekanan darah pasien secara langsung atau mempengaruhi

kepatuhan pasien berobat. Faktor usia dapat mempengaruhi prevalensi terjadinya hipertensi dan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien berobat. Faktor komorbiditas seperti diabetes dan kolesterol dapat menyebabkan hipertensi, mempengaruhi kepatuhan dan mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien hipertensi (Asgedom et al., 2018, Mbouemboue et al., 2016).

Faktor kepatuhan pasien untuk datang berobat dan minum obat merupakan faktor yang mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien. Pasien yang selalu datang berobat menyebabkan akses pasien terhadap obat menjadi lebih baik. Pasien yang rajin minum obat menunjukkan kepatuhan minum obat dan mendorong tekanan darah pasien terkontrol. Penelitian menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah obat yang ditanggung oleh asuransi maka semakin baik akses pasien terhadap obat yang dibutuhkan. Program JKN menjamin semua obat yang dibutuhkan pasien diberikan secara gratis sehingga pasien tidak perlu khawatir tidak mendapat obat yang dibutuhkan (Prinja et al., 2015b, Kemenkumham, 2018a, Mengue et al., 2016, Goverwa et al., 2014).

Beberapa faktor dapat mempengaruhi kepatuhan terapi pasien terbagi dalam 5 bagian, faktor tersebut adalah faktor pasien, terapi, sosial ekonomi, sistem kesehatan dan penyakit. Faktor demografi, psikososial, hubungan dengan dokter, pengetahuan kesehatan, pengetahuan pasien, kesulitan fisik, rokok, lupa dan kepatuhan merupakan bagian dari faktor pasien. Faktor rute pemberian, kompleksitas, lama pengobatan, efek samping, perubahan sikap dan penyimpanan obat merupakan bagian faktor terapi. Faktor akses, waktu tunggu, persepan dan kunjungan merupakan bagian dari faktor sistem kesehatan. Faktor waktu, biaya, pendapatan dan dukungan merupakan bagian dari faktor sosial. Simtom penyakit dan keparahan merupakan faktor dari penyakit (Jin et al., 2008). Kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan bervariasi mulai dari 35,1% (Mahmoud, 2012) 43,3% (Yenesew et al., 2015), 51% (Osamor and Owumi, 2011), 57,34% (Barretol et al., 2015).

Data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa pasien hipertensi di Jawa Barat memiliki angka kepatuhan minum obat sebesar 55,12% dan Bangka Belitung sebesar 60,7%. Mayoritas mereka yang patuh minum obat berumur 65-74 tahun (60,11%), berjenis kelamin perempuan (55,19%), tamat perguruan tinggi (56,90%) dan tinggal di perkotaan (54,46%). Alasan yang paling banyak pasien tidak patuh minum obat karena

mereka sudah merasa sehat. Data Riset Kesehatan Dasar juga menunjukkan bahwa proporsi pasien yang terdiagnosis hipertensi yang rutin mengukur tekanan darahnya sebesar 14,0% di Jawa Barat dan 15,8% di Bangka Belitung (Balitbangkes, 2018).

Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan untuk menanggulangi penyakit tidak menular (PTM). Penanggulangan PTM adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif. Penanggulangan PTM bertujuan untuk melindungi masyarakat dari risiko PTM, meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi dampak sosial, budaya, serta ekonomi akibat PTM pada individu, keluarga, dan masyarakat. Penanggulangan PTM juga bertujuan untuk memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan Penanggulangan PTM yang komprehensif, efisien, efektif, dan berkelanjutan. Penyelenggaraan Penanggulangan PTM dilaksanakan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) (Kemenkes, 2015c).

Pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan penanggulangan PTM serta akibat yang ditimbulkannya. Penyelenggaraan penanggulangan PTM melalui upaya kesehatan masyarakat (UKM) dilakukan dengan cara pencegahan dan pengendalian. Pencegahan dititikberatkan pada pengendalian faktor risiko PTM yang dapat diubah seperti merokok, aktifitas fisik, diet, alkohol dan lingkungan. Pencegahan dilakukan melalui kegiatan promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko dan perlindungan khusus. Pengendalian dilaksanakan melalui kegiatan penemuan dini kasus dan tatalaksana dini (Kemenkes, 2015c).

Promosi kesehatan sebagaimana dimaksud bertujuan untuk mewujudkan PHBS dengan menciptakan dan mentradisikan perilaku CERDIK masyarakat, yaitu; Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dan gizi seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stress. Promosi kesehatan dilakukan dengan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Promosi kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang promosi kesehatan dan / atau Penanggulangan PTM. Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam melaksanakan promosi kesehatan dapat mendayagunakan kader kesehatan (Kemenkes, 2015c). Deteksi

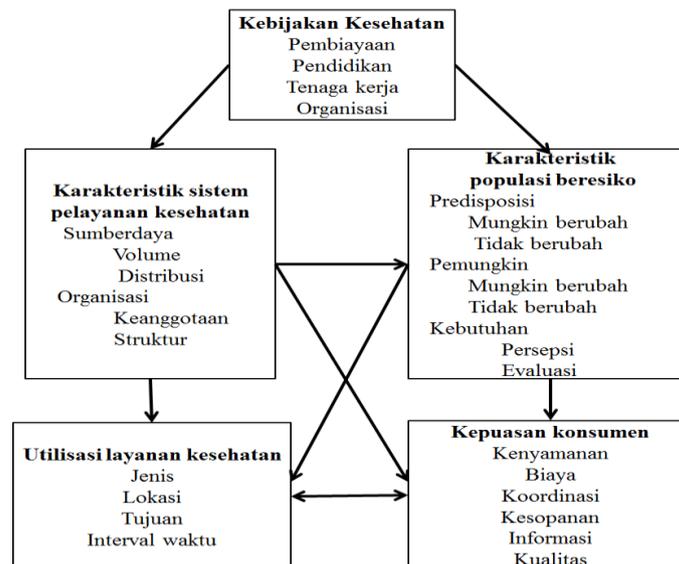
dini dilakukan untuk menemukan faktor risiko PTM sedini mungkin yang dilakukan terhadap individu dan / atau kelompok yang berisiko atau tidak berisiko secara rutin. Cara yang dilakukan dalam deteksi dini melalui wawancara, pengukuran dan pemeriksaan. Deteksi dini dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas/tempat dilaksanakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Hasil deteksi dini harus ditindaklanjuti dengan pengendalian faktor risiko (Kemenkes, 2015c).

2.2. Perilaku Pencarian Layanan Kesehatan

Perilaku utilisasi layanan kesehatan merupakan hal yang menarik untuk dipelajari. Terdapat 5 pendekatan yang mendasari perilaku utilisasi layanan kesehatan yaitu sosiokultural, sosiodemografik, sosiopsikologik, organisasi dan sistem sosial. Pendekatan sosiokultural melihat bahwa layanan kesehatan merupakan bagian yang kompleks yang berkaitan dengan institusi sosial lainnya dalam suatu lingkungan. Organisasi rumah sakit bergantung pada keagamaan, keluarga dan institusi ekonomi. Pendekatan sosiodemografik melihat bahwa faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, etnis, status ekonomi dan pendapatan mempengaruhi utilisasi layanan kesehatan. Pendekatan sosiopsikologik menempatkan penilaian pribadi mempengaruhi layanan kesehatan. Faktor pengetahuan, kepercayaan, sikap, harapan, persepsi individu tentang penyakit dan kebutuhan layanan kesehatan merupakan hal yang dibahas dalam perspektif ini. Pendekatan organisasi menjadikan struktur layanan kesehatan menentukan perilaku utilisasi kesehatan. Pendekatan sistem sosial menjadikan sistem layanan kesehatan merupakan bagian yang terhubung, saling berkaitan dan berinteraksi (Anderson, 1973).

Konsep akses yang dikembangkan oleh Andersen dan Aday menempatkan karakteristik populasi (pendapatan, asuransi, sikap) dan sistem pelayanan (distribusi dan organisasi fasilitas) sebagai hal yang penting. Akses juga dapat didefinisikan sebagai ketersediaan uang dan sistem kesehatan yang tersedia. Akses dapat diartikan sebagai layanan yang tersedia kapanpun dan dimanapun pasien membutuhkan. Indikator akses dapat diukur pada level individu melalui jumlah utilisasi dan kepuasan pasien. Faktor yang berperan dalam akses layanan kesehatan terdiri dari kebijakan kesehatan, karakteristik layanan kesehatan dan karakteristik populasi yang akan berdampak pada

utilisasi layanan kesehatan dan kepuasan konsumen. Hubungan variabel tersebut dapat digambarkan sebagai berikut (Aday and Andersen, 1974) :

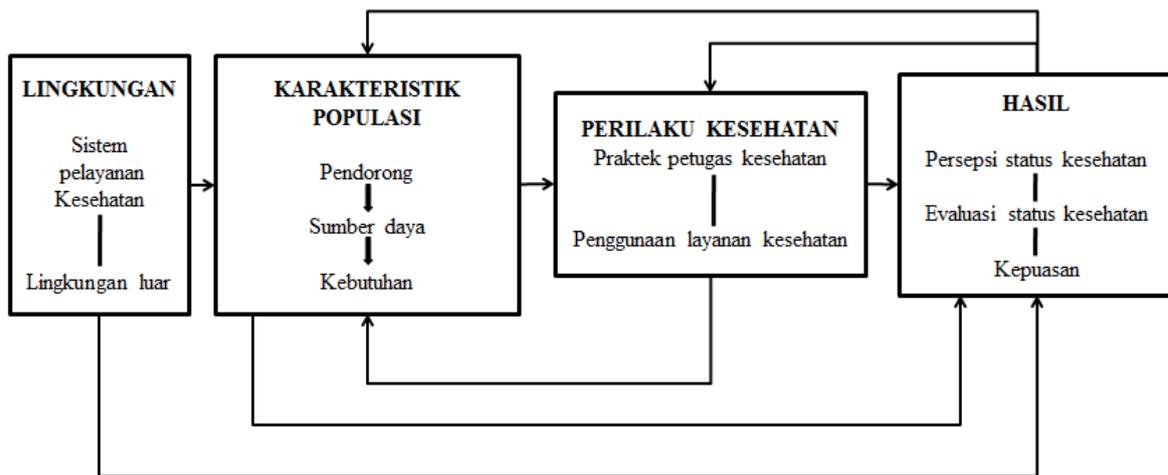


Gambar 2. 2. Kerangka pikir penelitian akses

Sumber : Aday & Andersen (1974)

Kebijakan kesehatan merupakan titik awal yang dipertimbangkan dalam konsep akses layanan kesehatan. Kebijakan dapat mempengaruhi aliran sumber daya dan organisasi. Sumber daya terdiri dari petugas dengan kapasitasnya, peralatan, dan material yang digunakan. Organisasi menerangkan bagaimana sistem berkerja dengan sumber daya yang dimilikinya. Karakteristik populasi terbagi dalam 3 elemen yaitu *predisposing*, *enabling* dan *need*. *Predisposing* merupakan faktor yang melekat pada populasi seperti umur, jenis kelamin, status pernikahan, penyakit yang lalu, pendidikan, suku, tempat tinggal, jumlah anggota keluarga, etnis, agama, dan nilai. *Enabling* merupakan kemampuan untuk menggunakan layanan seperti pendapatan, asuransi, pedesaan, perkotaan dan wilayah. *Need* merupakan penilaian pasien atau sistem kesehatan terhadap penyakitnya seperti ketidakmampuan, gejala, diagnosis dan keadaan umum. Semua faktor tersebut berinteraksi satu sama lain mendorong populasi menggunakan dan menilai layanan kesehatan yang tersedia (Aday and Andersen, 1974, Andersen et al., 1983, Andersen and Newman, 1973).

Faktor yang mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan telah dikembangkan sejak tahun 1960. Faktor kebijakan, karakteristik layanan kesehatan dan karakteristik populasi menjadi hal yang penting dalam utilisasi layanan kesehatan. Model ini terus berkembang sehingga model yang mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi seperti gambar dibawah ini (Andersen, 1995):



Gambar 2. 3. Model akses terhadap pelayanan kesehatan

Sumber : Andersen (1995)

Dalam model diatas sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan luar berinteraksi menghasilkan dorongan kepada individu untuk dapat menggunakan fasilitas kesehatan. Individu merespon dengan memperhatikan kondisi yang dialaminya sehingga dapat memutuskan fasilitas kesehatan mana yang akan digunakan. Petugas dan layanan kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan individu yang pada akhirnya individu menilai hasil layanan. Kepuasan yang dirasakan individu dapat menjadi masukan bagi fasilitas kesehatan untuk memperbaiki kualitas pelayanan dan bagi individu untuk menjadi pertimbangan menggunakan kembali fasilitas tersebut (Andersen, 1995).

Kementerian Kesehatan melalui Kepmenkes No 129 tahun 2008 menetapkan standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit. Standar ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman, tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan di rumah sakit. Variabel yang ditetapkan untuk pelayanan farmasi adalah waktu tunggu pelayanan, tidak adanya kesalahan obat, kepuasan pelanggan dan penulisan resep sesuai

dengan formularium. Pelayanan resep obat jadi dan obat racikan di rumah sakit sudah ditetapkan yaitu ≤ 30 menit dan ≤ 60 menit, kepuasan pelanggan $\geq 80\%$ dan variabel lainnya 100% (Kemenkes, 2008).

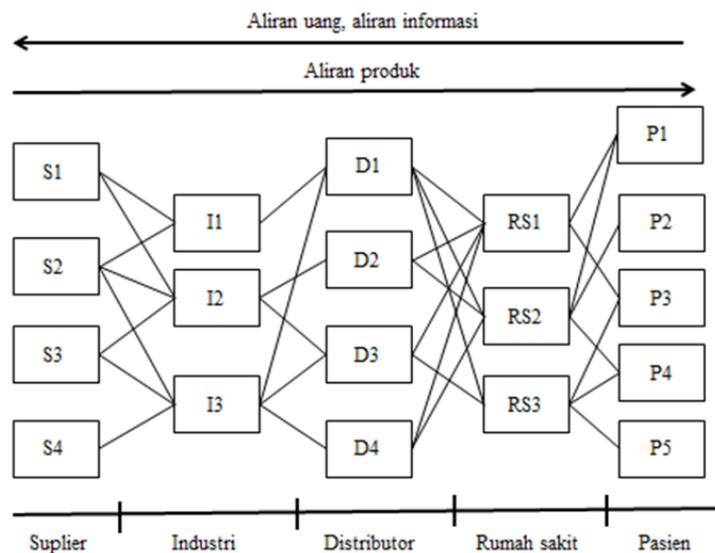
Evaluasi terhadap pelayanan farmasi di rumah sakit swasta menunjukkan bahwa waktu tunggu resep jadi tunai 13 menit, resep jadi jaminan 21 menit, resep racikan tunai 26 menit, resep racikan jaminan 31 menit dengan kepuasan pelanggan sebesar 90% (Wijaya, 2012). Evaluasi terhadap waktu tunggu resep di RSPAD Gatot subroto terhadap pasien askes menunjukkan bahwa waktu tunggu resep racikan selama 63 menit dan non racikan selama 52 menit (Septini, 2011). Penelitian di RSUD Blambangan menunjukkan waktu tunggu resep racikan selama 108 menit dan resep non racikan selama 64 menit (Purwanto et al., 2015). Penelitian tentang kepuasan terhadap pelayanan farmasi di apotek rumah sakit menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien sebesar 60% (Megawati et al., 2015).

Penelitian tentang ketersediaan dan keterjangkauan obat pernah dilakukan di berbagai negara. Penelitian di Ghana menunjukkan bahwa ketersediaan obat esensial berkisar 60% dengan rata-rata biaya 1,67 *day's wage* untuk orang dewasa dan 0,78 *day's wage* untuk anak-anak (Nyanwura and Esena, 2013). Penelitian di China menunjukkan bahwa perlu 1,2 *day's wage* untuk memperoleh salbutamol dan 15,6 *day's wage* untuk omeprazol originator (Jiang et al., 2013). Penelitian di Haiti menunjukkan bahwa diperlukan 2,5 *day's wage* untuk mengobati infeksi saluran nafas pada orang dewasa (Chahal et al., 2013). Penelitian di DKI Jakarta menunjukkan bahwa ketersediaan obat esensial di RS pemerintah sebesar 83,3%, swasta 80,6% dan puskesmas 57% (Siahaan et al., 2015). Penelitian di Malaysia terhadap penyakit kronis menunjukkan bahwa keterjangkauan pasien terhadap obat hipertensi sebesar 0,11-6,56 *day's wage* (Ahmed et al., 2008).

2.3. Rantai Suplai Obat Pasien Hipertensi Dalam Layanan Kesehatan

Rantai suplai dalam pelayanan kesehatan dimulai dari pemasok bahan baku, pabrik pembuat produk, distributor penyalur, rumah sakit dan pasien. Kritichanai mengidentifikasi masalah yang sering timbul dalam rantai suplai pelayanan kesehatan

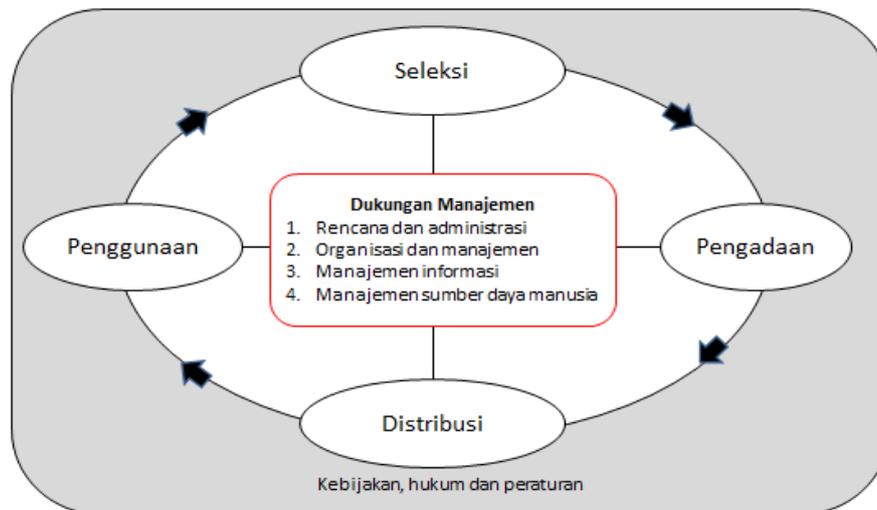
dan menawarkan intervensi yang dapat dilakukan. Menurutnya proses bisnis inefisien dapat diintervensi dengan perbaikan proses bisnis. Inkonsistensi data dapat diatasi dengan proses standardisasi. Sistem rantai terfragmentasi dapat diatasi dengan sharing informasi. Hubungan antara komponen dalam rantai suplai dapat digambarkan sebagai berikut (Shou, 2013, Kritchanchai, 2012, Rachmania and Basri, 2013) :



Gambar 2. 4 Alur rantai suplai pelayanan kesehatan

Sumber : Shou (2013), Kritchanchai (2012).

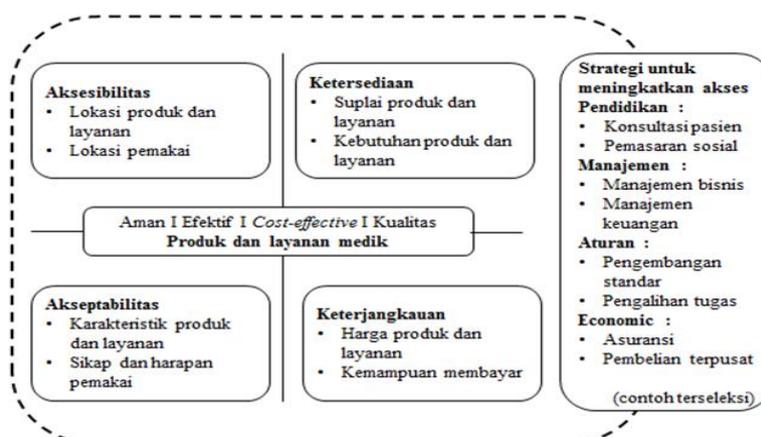
Proses manajemen logistik produk farmasi dimulai dari proses seleksi, pengadaan, diatribusi dan penggunaan oleh pasien. Seluruh proses dapat berjalan dengan baik dengan dukungan manajemen yang meliputi rencana dan administrasi, organisasi dan manajemen, manajemen informasi dan manajemen sumber daya manusia. Peraturan, hukum dan kebijakan memberikan panduan agar siklus logistik dapat berjalan dengan baik. Komponen-komponen dalam siklus suplai produk saling berhubungan dan terkait satu sama lain. Secara umum siklus manajemen logistik farmasi dapat digambarkan sebagai berikut (Health, 2012) :



Gambar 2. 5. Kerangka konsep manajemen suplai obat

Sumber : MSH (2012)

Centre for Pharmaceutical Management/Management Science for Health (CPM/MSH) telah mengembangkan kerangka pikir untuk meningkatkan akses obat, vaksin atau komoditas kesehatan lainnya. Menurut CPM/MSH variabel aksesibilitas, ketersediaan, akseptabilitas, keterjangkauan dan produk merupakan hal yang penting. Strategi peningkatan akses dapat dilakukan melalui pendidikan, manajemen, aturan dan ekonomi. Hubungan antara variabel-variabel tersebut dapat digambarkan sebagai berikut (Health, 2012):

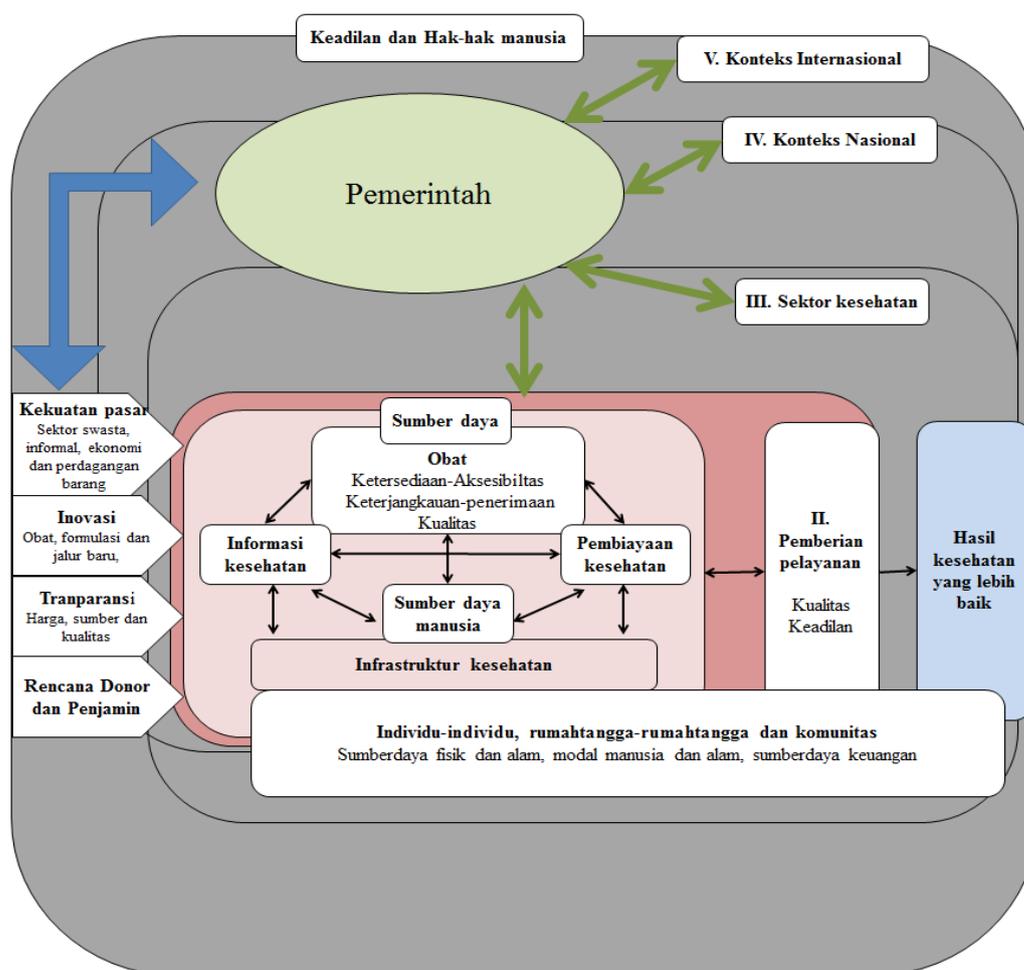


Gambar 2. 6. Kerangka konsep peningkatan akses obat, vaksin dan komoditas kesehatan

Sumber : MSH (2012)

Menurut *Centre for Pharmaceutical Management/Management Science for Health* (CPM/MSH) aksesibilitas adalah jarak antara produk dan layanan dengan pemakai. Ketersediaan merupakan hubungan antara jenis dan kuantitas produk dan jasa yang ditawarkan dengan produk dan jasa yang dibutuhkan. Akseptabilitas adalah sikap dan harapan pengguna terhadap produk dan jasa dengan karakteristik produk dan jasa sebenarnya. Keterjangkauan merupakan hubungan antara harga produk dan jasa dengan kemampuan membayar pemakai. Produk layanan dan jasa adalah kualitas, keamanan, efektifitas dengan harga termurah (Health, 2012).

Menurut Bigdeli akses terhadap obat menurut pandangan sistem kesehatan tidak terlepas dari hubungan antara obat, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia, informasi kesehatan dan pelayanan. Hambatan dalam akses terhadap obat bagi individu atau masyarakat sangat kompleks, simultan dan saling berhubungan satu sama lain disetiap tingkat layanan kesehatan. Sehingga perlu melihat hambatan dalam akses sebagai suatu sistem yang berhubungan. Hubungan antara komponen akses obat dalam sistem kesehatan dapat dilihat sebagai berikut (Bigdeli et al., 2012):



Gambar 2. 7. Hubungan antara akses obat dengan komponen lainnya dalam sistem kesehatan

Sumber : Bigdeli.et.al (2012)

Pengadaan secara elektronik (*e-procurement*) adalah pengadaan barang/jasa yang dilaksanakan dengan menggunakan teknologi informasi dan transaksi elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. *E-procurement* dilakukan dengan *e-tendering* atau *e-purchasing* yaitu tata cara pemilihan penyedia barang/jasa yang dilakukan secara terbuka dan dapat diikuti oleh semua penyedia barang/jasa yang terdaftar pada sistem elektronik (Kemenkes, 2014a). Prinsip pemilihan penyedia barang/jasa secara elektronik sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 70 tahun 2012 yaitu efisien, efektif, transparan, terbuka, bersaing, adil/tidak diskriminatif dan akuntabel (Kemenkumham, 2012).

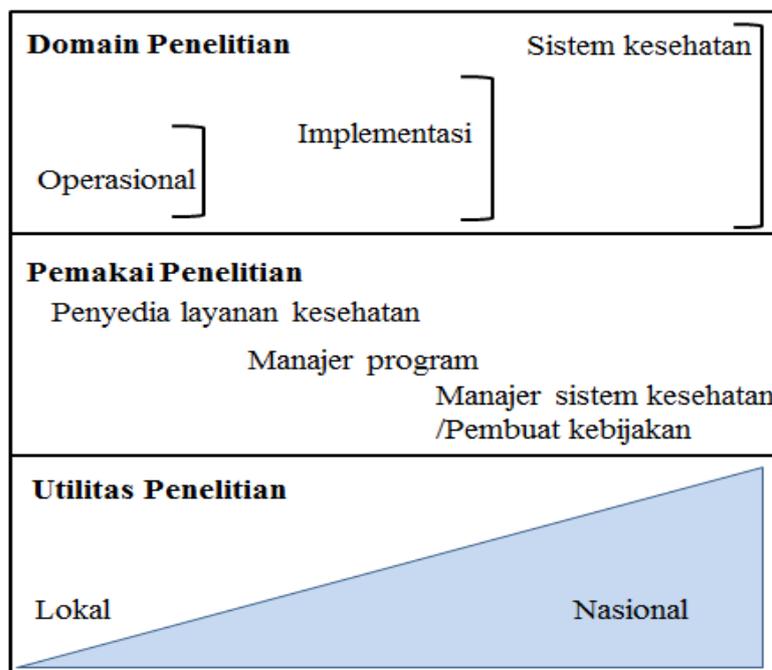
Katalog elektronik (*e-catalogue*) adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis dan harga barang tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah. Adanya *e-catalogue* menyebabkan seluruh satuan kerja di bidang kesehatan baik pusat maupun daerah tidak perlu melakukan pelelangan. Pengadaan obat dapat langsung memanfaatkan sistem *e-catalogue* dengan prosedur *e-purchasing*. Apabila pengadaan obat melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue* mengalami kendala operasional dalam aplikasi (*offline*) maka pembelian dapat dilaksanakan secara manual. Pembelian manual dilaksanakan secara langsung kepada industri farmasi yang tercantum dalam *e-catalogue* (Kemenkes, 2014a).

Penelitian tentang akses obat hipertensi di Brazil menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan 2 obat hipertensi sebanyak 36,1% dan 3 obat atau lebih 13,5% dengan golongan obat diuretik (23,9%) yang paling banyak digunakan. Obat yang digunakan dalam pengobatan 56,0% berasal dari sistem kesehatan, 16,0% dari program farmasi, 25,7% dari pasien dan 2,3% dari sumber lain. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses terhadap obat hipertensi tergantung pada keberadaan obat secara gratis (Mengue et al., 2016). Penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan 2 obat sebanyak 41,% dan 3 obat sebanyak 34,8%. Golongan obat diuretik (78,6%) merupakan golongan obat yang banyak digunakan disamping metildopa (61,4%) dan kalsium bloker (50,5%) (Oke and Adedapo, 2015). Penelitian di Lesotho menunjukkan bahwa sebanyak 67,2% pasien dapat mengakses obat selama 12 bulan dengan angka kepatuhan 64,3%. Obat yang paling banyak digunakan adalah hidroklorotiazid (90%), kaptopril (67,1%), atenolol (51,4%) dimana pasien yang menggunakan 2 obat hipertensi sebanyak 37,1% dan 3 obat sebanyak 38,6% (Thinyane et al., 2015).

2.4. Analisis Kebijakan Kesehatan

Riset merupakan hal yang penting dalam sistem kesehatan karena memberikan bukti baru yang dapat meningkatkan efektifitas, efisiensi dan kinerja sistem kesehatan (Remme et al., 2010). Secara garis besar riset dalam sistem kesehatan dibagi menjadi 3 domain penelitian yaitu riset operasional, riset implementasi dan riset sistem kesehatan. Hasil dari ketiga jenis riset tersebut dapat berdampak lokal maupun nasional dan dapat

digunakan baik oleh penyelenggara kesehatan, manajer program dan pembuat kebijakan. Hubungan antara jenis riset, pengguna hasil riset dan manfaatnya dapat dilihat dalam gambar berikut (Remme et al., 2010):



Gambar 2. 8. Hubungan antara jenis, penggunaan dan manfaat riset sistem kesehatan

Sumber : Remme et.al (2010)

Riset operasional bertujuan untuk membangun jawaban optimal dari masalah spesifik program kesehatan atau komponen spesifik pelayanan kesehatan (Remme et al., 2010, Andish et al., 2013, Kumar and Chitte, 2015). Riset implementasi bertujuan membangun strategi baru dalam intervensi kesehatan yang bertujuan mempermudah dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Riset sistem kesehatan fokus pada sistem dan kebijakan yang dapat meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Namun seringkali hasil dari penelitian operasional dapat berdampak kepada sistem kesehatan dan hasil riset sistem kesehatan bertujuan untuk memperbaiki kinerja di level operasional (Remme et al., 2010).

Riset operasional adalah riset yang menghasilkan pengetahuan yang dapat digunakan (bukti, temuan, informasi) yang dapat meningkatkan implementasi program

(efektifitas, efisiensi, kualitas, akses, peningkatan) tanpa memperhatikan jenis penelitian (desain, metodologi, pendekatan) (Malhotra and Zodpey, 2011). Menurut Naidoo riset operasional adalah riset dalam strategi, intervensi, alat atau pengetahuan yang dapat meningkatkan kualitas, cakupan, efektifitas, atau kinerja sistem kesehatan atau program kesehatan (Naidoo et al., 2013). Riset operasional fokus pada sistem bukan pada individu atau kelompok individu sehingga dapat digunakan secara luas dalam kesehatan masyarakat mulai dari sistem kesehatan, pencegahan penyakit, dan pengawasan terhadap isu di komunitas. Hal yang spesifik dari riset operasional adalah riset operasional memberikan jawaban yang spesifik terhadap konteks masalah yang terjadi (Naidoo et al., 2013, Malhotra and Zodpey, 2011, Remme et al., 2010).

Malhotra membagi riset operasional dalam berbagai jenis penelitian, yaitu studi eksplorasi, studi intervensi, monitoring dan evaluasi, dan analisis ekonomi. Studi eksplorasi mencari tahu masalah yang terjadi dalam sistem kesehatan. Studi ini merupakan studi kualitatif dan membantu dalam mengidentifikasi masalah dalam suatu sistem. Studi intervensi dapat dilakukan dengan quasi-eksperimental, *per-post test*, dan eksperimen. Studi monitoring dan evaluasi dilakukan dengan monitoring proses (input, proses dan *output*) yang terjadi dan evaluasi *outcome* dan dampak yang dihasilkan. Studi ekonomi dilakukan untuk menghitung biaya dan hasil terhadap intervensi yang sudah dilakukan (Malhotra and Zodpey, 2011).

Andish membagi riset operasional menjadi 3 jenis riset, pertama riset yang menjawab masalah, kedua riset model pengembangan/solusi masalah klasik dan ketiga riset pengembangan tehnik atau teori secara umum. Riset jenis pertama berhubungan dengan masalah yang sedang berjalan, apa yang menjadi masalah belum dapat diidentifikasi dengan baik. Sehingga perlu hati-hati dalam membuat hipotesis, mengumpulkan data, mengukur parameter dan hubungan. Riset jenis kedua umumnya dijumpai dibanyak populasi. Peneliti memberikan solusi berdasarkan buku-buku terkait dan jurnal yang terbit. Masalah dan tujuan sudah diketahui dengan jelas. Karakteristik masalah sudah diketahui dan solusi dapat diimplementasikan dalam dunia nyata. Riset jenis ketiga mencari dan menemukan tehnik atau teori yang baru dalam riset operasional (Andish et al., 2013).

Aplikasi riset operasional dapat diterapkan pada beberapa bidang seperti, keuangan, marketing, pengadaan, produksi, pemeliharaan, manajemen personal, manajemen teknik dan pemerintahan (Kumar and Chitte, 2015, Companys and Ribas, 2015, Li, 2014). Riset operasional di *procurement* menghasilkan keputusan optimal dalam pembelian dan pemesanan kembali dengan harga yang murah dengan pengiriman terencana. Keuntungan melakukan riset operasional karena melakukan pendekatan terstruktur untuk pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. Selain itu riset ini memberikan model matematis untuk melihat variabel secara keseluruhan. Hal ini dapat dilakukan karena riset operasional memberikan aplikasi teknis yang dapat diterapkan. Selain itu solusi yang ditawarkan reliabel, ekonomis dan dapat diterima (Kumar and Chitte, 2015).

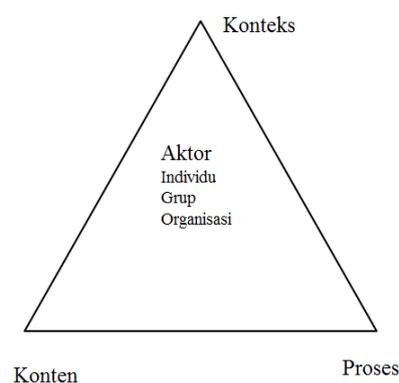
Dalam bidang kesehatan, aplikasi riset operasional dapat diterapkan pada perencanaan, manajemen dan logistik, praktek, pencegahan dan spesialisik pelayanan kesehatan. Perkiraan permintaan dan seleksi lokasi (pusat, alat dan rencana) merupakan bagian dalam perencanaan pelayanan kesehatan. Pengaturan pasien dan sumber daya (perawat, dokter, ruangan, logistik) merupakan bagian dalam manajemen dan logistik pelayanan kesehatan. Diagnosis penyakit dan rencana pengobatan merupakan bagian dari praktek pelayanan kesehatan. Tranplantasi dan donor organ serta pencegahan penyakit merupakan bagian pencegahan dan spesialisik pelayanan kesehatan (Rais and Viana, 2010).

Danloup melihat ada 3 kolaborasi dalam rantai suplai yang harus dilihat dalam riset operasional yaitu kolaborasi horizontal, kolaborasi vertikal dan kolaborasi lateral. Kolaborasi horizontal terjadi antara dua atau lebih perusahaan yang memiliki level yang sama dalam rantai suplai untuk memudahkan mencapai tujuan. Kolaborasi vertikal terjadi ketika dua atau lebih perusahaan dalam level yang berbeda bersama-sama menyatukan sumber daya, tanggungjawab dan kinerja untuk memberikan yang terbaik kepada konsumen. Kombinasi lateral bertujuan untuk lebih fleksibel dengan mengkombinasi kemampuan secara horizontal dan vertikal (Danloup et al., 2013).

Riset operasional memberikan metodologi untuk mendukung operasional logistik rumah sakit dan membantu proses optimalisasi. Kemampuan dasar memahami inti proses dan penggunaan sumber daya merupakan syarat untuk melakukan riset operasional di rumah sakit dengan baik. Banyak tantangan dalam melakukan riset operasional di rumah

sakit, pertama keputusan diambil dari beberapa *stakeholder* dengan berbagai kepentingan. Keberadaan orang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang riset operasional. Lemahnya koordinasi dalam organisasi, estimasi dampak logistik yang tidak tepat, kurangnya informasi, tidak adanya penghargaan untuk efisiensi, lemahnya pengukuran efisiensi dan tidak adanya penghargaan untuk keberhasilan manajemen (Melo, 2012).

Analisis kebijakan kesehatan merupakan pendekatan multidimensi, yang bertujuan untuk menjelaskan interaksi antara institusi terkait dan ide dalam proses kebijakan. Analisis kebijakan kesehatan dapat dilakukan secara prospektif dan retrospektif (Walt et al., 2008, Buse et al., 2005). Walt dan Gilson mengembangkan kerangka pikir analisis kebijakan dengan 4 faktor yang perlu dianalisis yaitu *actors*, *context*, *content* dan *process* (Buse et al., 2005). *Actor* merupakan pusat dari kerangka pikir analisis dapat bertindak sebagai individu atau suatu organisasi yang dapat mempengaruhi proses kebijakan secara lokal, nasional maupun internasional. *Context* merupakan faktor sistemik (politik, ekonomi dan sosial) baik nasional maupun internasional dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. *Content* merupakan substansi dari kebijakan. *Process* merupakan cara bagaimana kebijakan diadakan, dibentuk dan diimplementasikan. Model kerangka pikir analisis kebijakan yang dikembangkan Walt dan Gilson adalah sebagai berikut (Buse et al., 2005):



Gambar 2. 9 Segitiga analisis kebijakan

Sumber : Buse et.al (2005)

Analisis kebijakan biasanya dilakukan retrospektif, melihat kebelakang bagaimana kebijakan mencapai tujuan dan apa yang telah dihasilkan (Buse et al., 2005). Delapan langkah yang dikembangkan oleh Bardach dalam melakukan analisis kebijakan adalah mendefinisikan masalah, merangkai kejadian, membuat alternatif, menseleksi kriteria, melihat hasil, mempertimbangkan hasil, memutuskan dan menggambarkan hasil (Bardach, 2012). Hasil dari analisis digunakan untuk memperbaiki atau merubah kebijakan yang sudah dilakukan.

2.5. Kerangka Teori Penelitian

Faktor-faktor yang mempengaruhi dokter dalam menuliskan resep dapat dibedakan menjadi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik adalah faktor yang melekat pada dokter sedangkan faktor ekstrinsik adalah faktor dari luar. Faktor intrinsik yang mempengaruhi adalah pengetahuan, pengalaman, keyakinan, sikap dan tanggung jawab personal. Faktor ekstrinsik yang mempengaruhi adalah formularium, informasi, diagnosis penyakit, kondisi pasien, kondisi keuangan pasien, penghargaan, sanksi, imbalan industri, biaya obat, dukungan rekan dan kedekatan figur otoritas (Davari et al., 2018, Mahfudhoh and Rohmah, 2015, Aprilia and Ayuningtyas, 2013, Oktarlina, 2016, Murshid and Mohaidin, 2017). Faktor ini mempengaruhi dokter dalam menuliskan obat dalam resep yang sesuai dengan diagnosis dan kebutuhan pasien.

Beberapa faktor dapat mempengaruhi pasien dalam melakukan utilisai layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut dibagi dalam faktor *prodisposing*, *enabling* dan keparahan penyakit (Andersen, 1995). Faktor *prodisposing* pasien terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, penyakit sebelumnya, pendidikan, ras, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, etnis, agama, lokasi tempat tinggal, pengetahuan tentang penyakit. Faktor *enabling* terdiri dari pendapatan, asuransi, harga layanan kesehatan, wilayah, kota dan desa. Faktor keparahan penyakit terdiri dari ketidakmampuan, simptom penyakit, diagnosis, dan keadaan umum. Faktor-faktor ini saling mempengaruhi pasien dalam menentukan layanan kesehatan yang akan diambil.

Pemberian layanan obat kepada pasien dari rumah sakit bergantung pada sumber daya obat, informasi kesehatan, pembiayaan kesehatan, infrakstruktur kesehatan dan sumber daya manusia. Sumber daya obat meliputi ketersediaan, aksesibilitas,

keterjangkauan, penerimaan dan kualitas obat. Pembiayaan kesehatan meliputi sumber dana dan proporsi anggaran yang tersedia. Infrastruktur kesehatan meliputi ketersediaan sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit untuk mendukung pelayanan obat. Informasi kesehatan meliputi informasi kebutuhan dan ketersediaan obat untuk rumah sakit. Sumber daya manusia meliputi orang yang berwenang dan mampu dalam melakukan proses perencanaan, pengadaan dan pendistribusian obat untuk pasien (Bigdeli et al., 2012). Proses ini saling terkait satu sama lain untuk memberikan layanan obat yang berkualitas dan berkeadilan pada pasien di rumah sakit.

Berdasarkan keterkaitan teori *policy triangle*, teori logistik, teori manajemen rantai suplai dan teori utilisasi layanan kesehatan maka terbentuklah kerangka teori penelitian yang dapat dilihat pada gambar 2.10.



Sumber : Murshid (2017), Davari (2018), Mahfudhoh (2015), Aprilia (2013), Oktarina (2016), Bigdeli (2012), Andersen (1995).

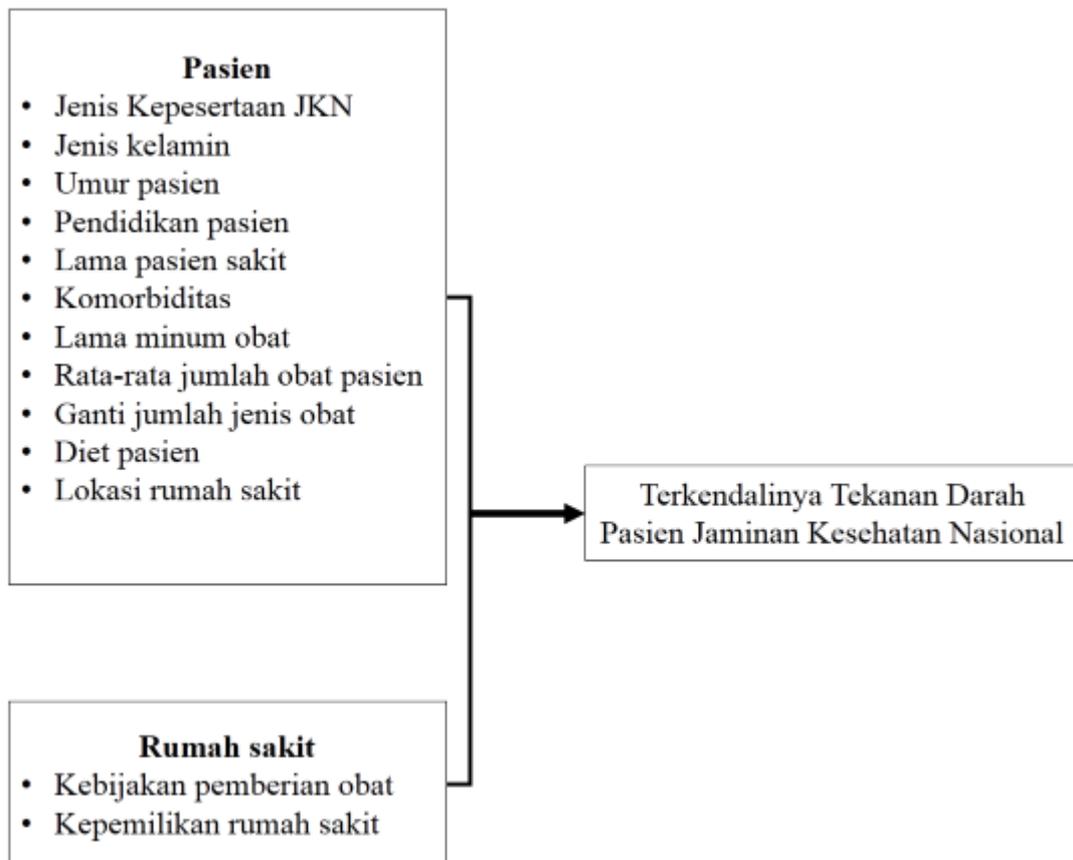
Gambar 2. 10. Kerangka teori penelitian

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

Terkendalinya tekanan darah pasien dipengaruhi oleh ketepatan diagnosis dokter, ketersediaan obat dan utilisasi layanan kesehatan. Pasien yang menjadi sampel penelitian ini adalah pasien yang berobat dan mendapat obat hipertensi selama 12 bulan di rumah sakit. Pasien melakukan utilisasi layanan kesehatan selama 12 bulan secara terus menerus. Dokter yang memeriksa pasien selama 12 bulan adalah dokter spesialis yang mempunyai pengetahuan minimal sebagai dokter spesialis penyakit dalam. Berdasarkan teori akses layanan kesehatan, teori rantai suplai dan hasil penelitian yang pernah dilakukan maka kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 3. 1. Kerangka konsep penelitian

3.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Terkendalnya tekanan darah pasien jaminan kesehatan nasional	Terkendalnya tekanan darah pasien selama mulai bulan ke 2 sampai dengan bulan ke 12 dan bulan ke 12 pengamatan. Rata-rata tekanan darah pasien diukur mulai bulan ke 2 sampai dengan bulan ke 12 pengamatan dan terkendalnya tekanan darah pasien bulan 12 pengamatan (Animut et al., 2018, Tesfaye et al., 2017, Yang et al., 2014, Horsa et al., 2019, Al-Qahtani, 2018, Teshome et al., 2018, Akoko et al., 2017, Goverwa et al., 2014, Cooper et al., 2011, Adenlyl et al., 2016, Barreto et al., 2016)	Mencatat hasil ukur tekanan darah pasien melalui rekam medik	Tensimeter	0 = Tekanan darah dikatakan terkendali apabila rata-rata tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan rata-rata tekanan darah diastolik < 90 mmHg selama 11 bulan dan bulan ke 12 1 = Tekanan darah dikatakan tidak terkendali apabila rata-rata tekanan sistolik \geq 140 mmHg dan atau rata-rata tekanan darah diastolik \geq 90 mmHg selama 11 bulan dan bulan ke 12	Ordinal
Jenis kepesertaan JKN	Kepesertaan pasien dalam program JKN (Kemenkumham, 2011)	Wawancara	Kuesioner	0 = PBI 1 = non PBI	Ordinal
Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki oleh pasien dan dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan (Abegaz et al., 2017, Eshkoor et al., 2016, Adenlyl et al., 2016, Muleta et al., 2017)	Wawancara	Kusioner	0 = Perempuan 1 = laki-laki	Nominal

Umur pasien	Lama hidup pasien dalam tahun sejak pasien lahir sampai dengan tahun terakhir (Balitbangkes, 2018, Adenlyl et al., 2016, Muleta et al., 2017)	Wawancara	Kuesioner	0 = < 60 tahun 1 = ≥ 60 tahun	Ordinal
Pendidikan pasien	Jenjang pendidikan formal yang ditamatkan oleh pasien (Kumaraswamy et al., 2015)	Wawancara	Kuesioner	0 = ≥ SMA 1 ≤ SMP	Ordinal
Lama pasien sakit	Jumlah bulan pasien mulai menderita penyakit hipertensi hingga saat wawancara (Hasan, 2016, Muleta et al., 2017)	Wawancara	Kuesioner	0 = ≤ 1 tahun 1 = > 1 tahun	Ordinal
Komorbidity	Jumlah penyakit yang diderita oleh pasien selain hipertensi (Hasan, 2016, Bando et al., 2018)	Wawancara	Kuesioner	0 = tanpa komorbidity 1 = 1 ≥ komorbidity	Ordinal
Lama minum obat	Jumlah bulan pasien mulai mengkonsumsi obat hipertensi hingga saat wawancara (Kumaraswamy et al., 2015, Hasan, 2016)	Wawancara	Kuesioner	0 = ≤ 1 tahun 1 = > 1 tahun	Ordinal
Rata-rata jumlah obat pasien	Jumlah rata-rata obat hipertensi yang dibutuhkan pasien dalam resep dalam 1 tahun (Mengue et al., 2016, Hasan, 2016)	Pengamatan langsung rekam medik	Kuesioner	0 = satu jenis obat 1 = >1 jenis obat	Ordinal
Ganti jumlah jenis obat	Frekuensi pergantian jumlah jenis obat pasien dalam 1 tahun (Horsa et al., 2019)	Pengamatan langsung	Kuesioner	0 = tidak ganti 1 = pernah ganti	Ordinal
Diet pasien	Jenis diet yang dilakukan pasien selama menjalani terapi hipertensi (diet garam, lemak,	Wawancara	Kuesioner	0 = diet 1 = tanpa diet	Ordinal

	gula) (Ndanuko et al., 2016, Eshkooor et al., 2016, Muleta et al., 2017)				
Lokasi rumah sakit	Lokasi/tempat pasien berobat di rumah sakit yang dibedakan menurut wilayah kota dan kabupaten (Kemenkes, 2018b)	Wawancara langsung	Kuesioner	0 = kota 1 = kabupaten	Ordinal
Kebijakan pemberian obat	Kebijakan Kementerian Kesehatan yang diterapkan oleh rumah sakit tempat pasien berobat yang menjelaskan jumlah obat yang diberikan kepada pasien selama 30 hari (Kesehatan, 2018, Kemenkes, 2016b)	Wawancara langsung	Kuesioner	0 = 30 hari pemberian 1 = 7 hari pemberian	Ordinal
Kepemilikan rumah sakit	Status kepemilikan rumah sakit tempat pasien berobat berdasarkan surat keputusan dinas kesehatan (Kemenkes, 2018b)	Wawancara langsung	Surat keputusan	0 = rumah sakit pemerintah 1 = rumah sakit swasta	Ordinal

BAB IV

METODOLOGI

Penelitian ini dilakukan secara kuantitatif untuk menilai karakteristik pasien yang mempengaruhi ter kendalinya tekanan darah pasien JKN di rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung. Rumah sakit yang terpilih terdiri dari rumah sakit pemerintah dan swasta yang berada di ibukota provinsi dan kabupaten. Data penelitian kuantitatif dikumpulkan selama 12 bulan pengamatan (6 bulan prospektif dan 6 bulan retrospektif) dan dilakukan analisis univariat, bivariat dan multivariat untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah pasien. Ter kendalinya tekanan darah pasien ditentukan dengan membuat rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik bulan ke 2 sampai dengan bulan ke 12 dan ter kendalinya tekanan darah pasien bulan ke 12. Data penelitian kuantitatif dipertajam dengan melakukan wawancara terhadap informan terpilih yang berhubungan dengan hasil analisis multivariat.

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian evaluatif di rumah sakit di provinsi Bangka Belitung dan Jawa Barat. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk menilai tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan selama 12 bulan. Pasien hipertensi yang terpilih sebagai sampel diamati selama 6 bulan secara prospektif dan 6 bulan secara retrospektif. Pendekatan kuantitatif dilakukan dengan menganalisis tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan selama 12 bulan. Wawancara kepada informan dilakukan untuk menjelaskan hasil analisis multivariat.

4.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian kuantitatif dilakukan mulai dari bulan Oktober 2017 hingga Maret 2018. Pemilihan provinsi berdasarkan prevalensi tertinggi hipertensi di pulau Jawa dan luar pulau Jawa (Riskesdas 2013). Provinsi Bangka Belitung merupakan provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi di luar pulau Jawa sedangkan Provinsi Jawa Barat merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi di pulau Jawa. Rumah sakit umum daerah (RSUD) kota/kabupaten dijadikan tempat penelitian karena pada umumnya kelas RSUD

kota adalah RS kelas C. Pemilihan kelas rumah sakit kelas C karena rumah sakit tersebut memiliki kemampuan sumber daya, peralatan, sarana, prasarana administrasi dan manajemen untuk menangani pasien hipertensi (Kesehatan, 2010). Sehingga dapat dipastikan bahwa pasien hipertensi akan mendapat pelayanan yang baik di RSUD kelas C (Indonesia, 2016)

Kota Pangkalpinang dan kabupaten Bangka merupakan wilayah terpilih di Provinsi Bangka Belitung. Pemilihan kota dan kabupaten ini karena Pangkalpinang adalah Ibukota provinsi Bangka Belitung dan Kabupaten Bangka adalah kabupaten dengan prevalensi tertinggi hipertensi di provinsi Bangka Belitung. RSUD di kota Pangkalpinang adalah RSUD Depati Hamzah dan RS swasta yang terpilih adalah RS Bhakti Timah. RSUD di kabupaten Bangka adalah RSUD Depati Bahrin dan RS Arsani. Kedua RSUD tersebut masuk kedalam RSUD kelas C.

Kota Bandung dan kabupaten Kuningan merupakan wilayah terpilih di Provinsi Jawa Barat. Pemilihan kota dan kabupaten karena Bandung adalah ibu kota provinsi Jawa Barat dan kabupaten Kuningan adalah kabupaten dengan prevalensi tertinggi di Jawa Barat. Rumah sakit umum daerah (RSUD) di kota Bandung adalah RSUD kota Bandung dan RS Hermina Arcamanik. Rumah sakit umum daerah (RSUD) di kabupaten Kuningan adalah RSUD Linggajati dan RS Wijaya Kusumah. Kedua RSUD tersebut masuk dalam RSUD kelas C. Semua rumah sakit yang dijadikan tempat penelitian merupakan rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan BPJS.

4.3. Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel populasi penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi rawat jalan JKN di RSUD dan RS swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung yang sudah berobat minimal selama 6 bulan. Sampel penelitian kuantitatif adalah pasien hipertensi rawat jalan JKN yang dirawat oleh dokter di RSUD dan RS swasta di provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.4. Jumlah Sampel

Jumlah sampel yang diperlukan pada penelitian kuantitatif dihitung berdasarkan rumus uji hipotesis beda proporsi desain penelitian kohort yaitu :

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dengan menggunakan $P_1 = 51,3\%$ (Al-Qahtani, 2018), $P_2 = 24,5\%$ (Adenlyl et al., 2016), $\alpha = 5\%$ dan $\beta = 80\%$ diperoleh jumlah sampel minimal setiap rumah sakit 54 orang. Berdasarkan asumsi angka drop-out responden sebanyak 20% dan angka kepatuhan pasien sebesar 50% maka jumlah sampel yang di butuhkan sebanyak 128 orang per rumah sakit (Barretol et al., 2015).

4.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi responden adalah pasien hipertensi yang berobat ke rumah sakit minimal selama 6 bulan, berusia minimal 40 tahun dengan atau tanpa komorbiditas dan rekam medik pasien dapat dibaca dengan baik. Pengukuran tekanan darah pasien dilakukan dengan cara manual. Kriteria eksklusi pasien sakit parah, sulit untuk komunikasi dan pasien pindah ke lokasi yang sulit dijangkau.

4.6. Cara Pengumpulan Data

Pemilihan pasien dilakukan dengan membuat daftar pasien hipertensi peserta JKN yang berobat di RSUD kota dan kabupaten terpilih minimal selama 6 bulan. Kemudian pasien dipilih untuk dijadikan sampel penelitian sebanyak 128 pasien. Berdasarkan daftar pasien yang terpilih dan bersedia menjadi responden dalam penelitian dimintakan rekam mediknya untuk memperoleh data 6 bulan kebelakang tentang jumlah dan jenis obat yang digunakan. Selanjutnya pasien yang terpilih diikuti 6 bulan berikutnya untuk memperoleh data obat yang digunakan.

Data pasien baik yang berasal dari rekam medik dan kuesioner diberi kode oleh enumerator sehingga memudahkan dalam mengidentifikasi dan menelusuri kembali

apabila diperlukan. Nama pasien hanya ditulis dengan inisial untuk menjamin kerahasiaan dan hanya enumerator dan peneliti yang mengetahuinya. Apabila dijumpai keadaan yang membahayakan atau efek samping pada pasien maka enumerator/peneliti melaporkan kepada dokter atau rumah sakit yang merawat pasien. Peneliti hanya mencatat dan melaporkan efek samping atau kejadian yang membahayakan pasien dan segera melaporkan ke dokter/rumah sakit yang merawat pasien. Dalam penelitian ini pasien tidak mendapat asuransi. Enumerator merupakan orang lokal yang direkrut dan dilatih oleh peneliti dan berasal dari luar rumah sakit. Mereka minimal berpendidikan D3 farmasi atau keperawatan, diberi honor dan asuransi kecelakaan sesuai dengan perjanjian yang disepakati.

4.7. Analisis Data

Analisis data tekanan darah pasien dilakukan dengan menjadikan rata-rata tekanan darah bulan ke 2 sampai dengan bulan ke 12 dan terkendalnya tekanan darah bukan ke 12 sebagai variabel dependen. Karakteristik pasien yang diperoleh dilakukan kategori menjadi 2 kategori sesuai dengan literatur yang diperoleh. Umur pasien dijadikan 2 kategori yaitu <60 tahun dan ≥ 60 tahun. Pendidikan pasien dijadikan 2 kategori yaitu \geq SMA dan \leq SMP. Lama pasien sakit dijadikan 2 kategori yaitu ≤ 1 tahun dan >1 tahun. Komorbiditas dijadikan 2 kategori yaitu tanpa komorbiditas dan ≥ 1 komorbiditas. Lama minum obat dijadikan 2 kategori yaitu ≤ 1 tahun dan >1 tahun. Rata-rata jumlah obat pasien dijadikan 2 kategori yaitu 1 jenis obat dan >1 jenis obat. Ganti jumlah jenis obat dijadikan 2 kategori yaitu tidak ganti dan pernah ganti. Diet pasien dijadikan 2 kategori yaitu diet dan tanpa diet. Kemudian dilakukan analisis univariat dan bivariat untuk memilih variabel independen yang akan masuk dalam model. Analisis multivariat dilakukan untuk menilai variabel independen yang mempengaruhi tekanan terkendalnya tekanan darah pasien.

4.8. Pertimbangan Etik dan Izin Penelitian

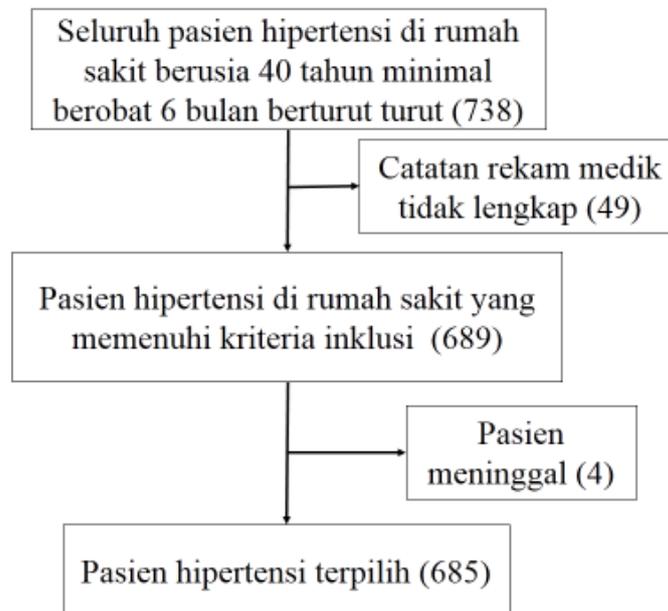
Izin etik dimintakan pada komisi etik FKM UI, sedangkan izin rumah sakit dimintakan kepada masing masing rumah sakit. Izin etik yang diperoleh dari komisi etik

FKM UI adalah Nomor : 472/UN2.F10/PPM.00.02/2017 tanggal 1 Agustus 2017. Izin etik ini digunakan untuk mengurus izin penelitian di beberapa rumah sakit di Jawa Barat dan Bangka Belitung.

BAB V HASIL PENELITIAN

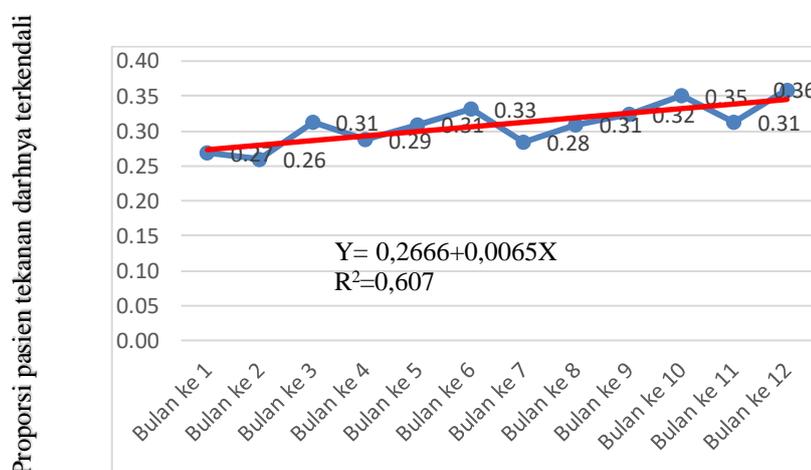
5.1. Pengukuran Tekanan Darah Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Alur pengumpulan pasien diawali dengan pasien hipertensi yang berusia 40 tahun dan sudah rutin berobat minimal selama 6 bulan berturut-turut. Sebanyak 738 pasien diambil sesuai dengan kriteria inklusi namun 49 orang dikeluarkan karena catatan rekam medik pasien tidak lengkap. Total 689 pasien yang memenuhi kriteria inklusi direkrut pada awal penelitian kemudian diikuti pengobatannya selama 6 bulan kedepan. Selama pengamatan 4 orang pasien meninggal dunia dan dikeluarkan dari sampel penelitian. Pada akhir penelitian diperoleh sampel sebanyak 685 pasien. Alur pengumpulan pasien selengkapnya dapat dilihat pada gambar 5.1.



Gambar 5. 1. Alur pengumpulan pasien di berbagai rumah sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pasien diperoleh gambaran tekanan darah pasien yang terkontrol (tekanan sistolik < 140 mmHg dan tekanan diastolik < 90 mmHg) setiap bulannya selama 12 bulan. Proporsi tekanan darah pasien yang terkontrol naik dari 27% pada awal pengamatan (bulan ke 1) menjadi 36% pada akhir pengamatan (bulan ke 12). Persamaan garis yang dapat dibuat dari gambar adalah $y = 0,2666 + 0,0065x$, dimana y adalah proporsi pasien yang terkontrol dan x adalah bulan ke n . Hasil pengukuran selama 12 bulan menunjukkan bahwa terjadi peningkatan proporsi pasien yang tekanan darahnya terkontrol. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada gambar 5.2.



Gambar 5. 2. Proporsi Pasien Hipertensi JKN yang Tekanan Darahnya Terkontrol Selama 12 Bulan (April 2017-Maret 2018) di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung

Garis biru = proporsi pasien yang terkontrol
Garis merah = garis persamaan

Hasil analisis menunjukkan bahwa pasien yang tekanan darahnya terkontrol secara terus menerus selama 12 bulan sebesar 3,1%, sedangkan pasien yang tekanan darahnya tidak terkontrol terus menerus selama 12 bulan sebesar 23,1%. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pasien yang tekanan darahnya terkontrol selama 11 bulan sebesar 2,0%, selama 10 bulan sebesar 4,1% dan 9 bulan sebesar 2,6%. Tingginya proporsi pasien yang tekanan darahnya tidak terkontrol selama 12 bulan pengamatan menunjukkan bahwa pengobatan yang diberikan kepada pasien hipertensi kurang berhasil. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5. 1. Proporsi Pasien yang Tekanan Darahnya Terkendali Selama 12 bulan di Berbagai Rumah Sakit Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung

Terkendali (bulan)	n	%
12	21	3,1
11	14	2,0
10	28	4,1
9	18	2,6
8	46	6,7
7	35	5,1
6	36	5,3
5	44	6,4
4	52	7,6
3	62	9,1
2	79	11,5
1	92	13,4
0	158	23,1
Total	685	100,0

Pada penelitian ini pasien dikatakan terkendali apabila rata-rata tekanan darah sistolik <140 mmHg dan diastolik <90 mmHg dari bulan ke 2 hingga bulan ke 12 dan terkendalnya tekanan darah pasien bulan ke 12. Hal ini dilakukan karena efek obat pada bulan ke 1 baru dapat dilihat pada bulan ke 2 sehingga pengukuran rata-rata tekanan darah pasien dilakukan mulai bulan ke 2 hingga bulan ke 12. Berdasarkan hasil pengumpulan data selama 12 bulan diperoleh karakteristik pasien di 8 rumah sakit. Proporsi pasien tertinggi yang tekanan darahnya terkendali ditemukan pada kelompok PBI (37,2%), jenis kelamin laki-laki (30,7%), berusia >75 tahun (32,6%), berpendidikan tamat SMA atau lebih (36,0%), menderita sakit ≤12 bulan (34,6%), menderita gangguan ginjal (30,4%). Proporsi pasien tertinggi yang tekanan darahnya terkendali ditemukan pada pasien yang lama minum obat >25 bulan (29,5%), minum 3 jenis obat (42,9%), tidak pernah ganti jumlah obat (37,1%), menjalani 1 jenis diet (35,5%), berobat di rumah sakit kota (45,5%), mendapat obat 7 hari (33,0%), berobat di rumah sakit pemerintah (31,4%) dan berada di Jawa Barat (34,8%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5. 2. Karakteristik pasien di berbagai rumah sakit di Jawa Barat dan Bangka Belitung

Karakteristik	Terkendali (n=193)	%	Tidak terkendali (n=492)	%	Total (685)	%
Jenis kepesertaan JKN						
PBI	105	37,2	177	62,8	282	41,2
Non PBI	88	21,8	315	78,2	403	58,8
Jenis Kelamin						
Perempuan	119	26,8	325	73,2	444	64,8
Laki-laki	74	30,7	167	69,3	241	35,2
Umur (tahun)						
40-44	12	23,5	39	76,5	51	7,4
45-54	49	32,2	103	67,8	152	22,4
55-64	77	28,1	197	71,9	274	40,0
65-74	41	24,8	124	75,2	165	24,1
>75	14	32,6	29	67,4	43	6,3
Pendidikan						
Tamat SD	68	21,1	254	78,9	322	47,0
Tamat SMP	39	31,5	85	68,5	124	18,1
Tamat SMA atau lebih	86	36,0	153	64,0	239	34,9
Lama pasien sakit (bulan)						
≤12 bulan	66	34,6	125	65,4	191	27,9
13-24 bulan	46	29,3	111	70,7	157	22,9
>25 bulan	81	24,0	256	76,0	337	49,2
Komorbiditas						
Diabetes	66	24,4	204	75,6	270	39,42
Kolesterol	43	27,9	111	72,1	154	22,48
Lambung	31	25,2	92	74,8	123	18,0
Jantung	28	26,9	76	73,1	104	15,18
Rematik	15	22,1	53	77,9	68	9,9
Ginjal	17	30,4	39	69,6	56	8,2
Lama minum obat (bulan)						
≤12 bulan	74	27,1	199	72,9	273	39,9
13-24 bulan	47	28,0	121	72,0	168	24,5
>25 bulan	72	29,5	172	70,5	244	35,6
Rata-rata jumlah obat pasien						
1 jenis obat	74	40,9	107	59,1	181	26,4
>1-2 jenis obat	95	24,7	289	75,3	384	56,1
>2-3 jenis obat	21	18,6	92	81,4	113	16,5
> 3 jenis obat	3	42,9	4	57,1	7	1,0
Ganti jumlah jenis obat						
Tidak pernah ganti	108	37,1	183	62,9	291	42,5
1 kali	16	20,5	62	79,5	78	11,4

Karakteristik	Terkendali (n=193)	%	Tidak terkendali (n=492)	%	Total (685)	%
2 kali	26	26,5	72	73,5	98	14,3
3 kali	21	23,9	67	76,1	88	12,8
4 kali	12	20,3	47	79,7	59	8,6
>4 kali	10	14,1	61	85,9	71	10,4
Diet pasien						
Tidak diet	47	18,7	204	81,3	251	36,6
1 diet	82	35,5	149	64,5	231	33,7
2 diet	55	33,5	109	66,5	164	23,9
3 diet	9	23,1	30	76,9	39	5,7
Lokasi rumah sakit						
Kota	172	45,5	206	54,5	378	55,2
Kabupaten	21	6,8	286	93,16	307	44,8
Kebijakan pemberian obat						
30 hari	67	22,1	236	77,89	303	44,2
7 hari	126	33,0	256	67,0	382	55,8
Kepemilikan rumah sakit						
Pemerintah	100	31,4	218	68,55	318	46,4
Swasta	93	25,3	274	74,66	367	53,6

5.2. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung

Pada penelitian ini tekanan darah pasien dikatakan terkendali apabila rata-rata tekanan darah sistolik <140 mmHg dan diastolik <90 mmHg dari bulan ke 2 hingga bulan ke 12 dan terkendalnya tekanan darah pasien pada bulan ke 12. Berdasarkan hasil analisis karakteristik pasien diperoleh hasil bahwa proporsi pasien yang tekanan darahnya terkendali selama pengamatan sebanyak 28,2%. Sebanyak 58,8% adalah pasien non-PBI, 64,8% adalah perempuan, 50,2% berusia <60 tahun, 65,1% berpendidikan rendah dan 72,1% sudah menderita sakit lebih dari 1 tahun. Sebanyak 63,8% memiliki penyakit penyerta (diabetes, kolesterol, jantung, ginjal atau hipertiroid), 60,1% sudah minum obat lebih dari setahun, 73,6% minum >1 jenis obat dan 57,5% mengalami ganti jumlah obat. Sebanyak 58,7% pasien melakukan diet, 55,2% mengunjungi rumah sakit di wilayah kota, 55,8% mendapat

obat selama 7 hari dan 53,6% berobat di rumah sakit swasta. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi tertinggi pasien yang tekanan darahnya terkendali sebesar 65,3% di satu rumah sakit swasta di kota Bandung (HE) dan proporsi terendah sebesar 1,0% di rumah sakit swasta kabupaten Bangka (AR). Beberapa faktor yang menyebabkan perbedaan kedua rumah sakit adalah jenis kepesertaan JKN, umur pasien, pendidikan pasien, lama pasien sakit, komorbiditas, lama minum obat, rata-rata jumlah obat pasien, ganti jumlah jenis obat, lokasi rumah sakit dan provinsi. Perbandingan karakteristik pasien yang menyebabkan perbedaan terkendalnya tekanan darah kedua rumah sakit swasta akan diuraikan dibawah ini.

Hasil analisis pada tabel 5.3. menunjukkan bahwa proporsi pasien PBI di rumah sakit swasta kota Bandung (52,0%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (2,0%). Proporsi pasien yang berumur <60 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung (45,9%) lebih tinggi dibanding rumah sakit swasta kabupaten Bangka (35,7%). Proporsi pasien dengan pendidikan tinggi di rumah sakit swasta kota Bandung (58,2%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (29,6%). Proporsi pasien dengan lama sakit ≤ 1 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung (53,1%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (3,1%). Proporsi pasien tanpa komorbiditas di rumah sakit swasta kota Bandung (40,8%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (11,2%).

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa proporsi pasien yang lama minum obat ≤ 1 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung (58,2%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (19,4%). Proporsi pasien yang minum 1 jenis obat di rumah sakit swasta kota Bandung (43,9%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (30,6%). Proporsi pasien yang tidak ganti jumlah obat di rumah sakit swasta kota Bandung (55,1%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (30,6%). Pasien yang melakukan diet di rumah sakit swasta kota Bandung (70,4%) lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5. 3. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Karakteristik	UB		Rumah Sakit												Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tekanan darah																		
Terkendali	47	50,0	64	65,3	3	4,8	3	3,7	36	37,1	25	28,1	14	21,5	1	1,0	193	28,2
Tidak terkendali	47	50,0	34	34,7	59	95,2	79	96,3	61	62,9	64	71,9	51	78,5	97	99,0	492	71,8
Jenis kepesertaan JKN																		
PBI	94	100	51	52,0	31	50	14	17,1	22	22,7	3	3,4	65	100	2	2	282	41,2
Non PBI	0	0	47	48,0	31	50	68	82,9	75	77,3	86	96,6	0	0	96	98	403	58,8
Jenis kelamin																		
Perempuan	56	59,6	64	65,3	50	80,6	57	69,5	57	58,8	58	65,2	43	66,2	59	60,2	444	64,8
Laki-laki	38	40,4	34	34,7	12	19,4	25	30,5	40	41,2	31	34,8	22	33,8	39	39,8	241	35,2
Umur pasien																		
<60 tahun	65	69,1	45	45,9	31	50	42	51,2	53	54,6	36	40,4	37	56,9	35	35,7	344	50,2
≥60 tahun	29	30,9	53	54,1	31	50	40	48,8	44	45,4	53	59,6	28	43,1	63	64,3	341	49,8
Pendidikan pasien																		
Tinggi (≥ SMA)	42	44,7	57	58,2	4	6,5	37	45,1	31	32	36	40,4	3	4,6	29	29,6	239	34,9
Rendah (≤ SMP)	52	55,3	41	41,8	58	93,5	45	54,9	66	68	53	59,6	62	95,4	69	70,4	446	65,1
Lama pasien sakit																		
≤1 tahun	7	7,4	52	53,1	56	90,3	13	15,9	18	18,6	19	21,3	23	35,4	3	3,1	191	27,9
>1 tahun	87	92,6	46	46,9	6	9,7	69	84,1	79	81,4	70	78,7	42	64,6	95	96,9	494	72,1
Komorbiditas																		
Tanpa komorbiditas	77	81,9	40	40,8	32	51,6	26	31,7	6	6,2	41	46,1	15	23,1	11	11,2	248	36,2
≥1 Komorbiditas	17	18,1	58	59,2	30	48,4	56	68,3	91	93,8	48	53,9	50	76,9	87	88,8	437	63,8
Lama minum obat																		
≤1 tahun	8	8,5	57	58,2	62	100	45	54,9	22	22,7	31	34,8	29	44,6	19	19,4	273	39,9
>1 tahun	86	91,5	41	41,8	0	0	37	45,1	75	77,3	58	65,2	36	55,4	79	80,6	412	60,1
Rata-rata jumlah obat pasien																		
1 jenis obat	11	11,7	43	43,9	14	22,6	16	19,5	15	15,5	26	29,2	26	40	30	30,6	181	26,4
>1 jenis obat	83	88,3	55	56,1	48	77,4	66	80,5	82	84,5	63	70,8	39	60	68	69,4	504	73,6
Ganti jumlah jenis obat																		
Tidak ganti	54	57,4	54	55,1	36	58,1	18	22,0	37	38,1	33	37,1	29	44,6	30	30,6	291	42,5
1 pernah ganti	40	42,6	44	44,9	26	41,9	64	78,0	60	61,9	56	62,9	36	55,4	68	69,4	394	57,5
Diet pasien																		
Diet	58	61,7	69	70,4	30	48,4	40	48,8	37	38,1	64	71,9	40	61,5	64	65,3	402	58,7
tanpa diet	36	38,3	29	29,6	32	51,6	42	51,2	60	61,9	25	28,1	25	38,5	34	34,7	283	41,3
Lokasi rumah sakit																		
Kota	94	100	98	100	0	0	0	0	97	100	89	100	0	0	0	0	378	55,2
Kabupaten	0	0	0	0	62	100	82	100	0	0	0	0	65	100	98	100	307	44,8

Karakteristik	Rumah Sakit																Total	
	UB		HE		LJ		WK		DH		BT		DB		AR			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kebijakan pemberian obat																		
30 hari	94	100	0	0	62	100	82	100	0	0	0	0	65	100	0	0	303	44,2
7 hari	0	0	98	100	0	0	0	0	97	100	89	100	0	0	98	100	382	55,8
Kepemilikan rumah sakit																		
Pemerintah	94	100	0	0	62	100	0	0	97	100	0	0	65	100	0	0	318	46,4
Swasta	0	0	98	100	0	0	82	100	0	0	89	100	0	0	98	100	367	53,6

Keterangan: UB = rumah sakit umum daerah kota Bandung, HE = rumah sakit swasta kota Bandung, LJ = rumah sakit umum daerah kabupaten Kuningan, WK = rumah sakit swasta kabupaten Kuningan, DH = rumah sakit umum daerah kota Pangkal Pinang, BT = rumah sakit swasta kota Pangkal Pinang, DB = rumah sakit umum daerah kabupaten Bangka, AR = rumah sakit swasta kabupaten Bangka

5.3. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan Terkendalinya Tekanan Darah di Berbagai Rumah Sakit

Berdasarkan hasil analisis bivariat karakteristik pasien terhadap terkendalinya tekanan darah pasien diketahui bahwa karakteristik lokasi rumah sakit memiliki odd ratio (OR) terbesar yaitu sebesar 11,37 (sig. 0,00) sedangkan karakteristik kebijakan pemberian obat memiliki OR terkecil yaitu 0,57 (sig.0,00). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5. 4. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan Terkendalinya Tekanan Darah di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Karakteristik Pasien	Kategori	Terkendali	Tidak terkendali	Total		OR	95%CI		Sig.
		%	%	%	%		Min	Max	
Jenis kepesertaan JKN	PBI	37,2	62,8	100	41,2	2,12	1,51	2,97	0,00*
	Non PBI	21,8	78,2	100	58,8				
Jenis kelamin	Perempuan	26,8	73,2	100	64,8	0,82	0,58	1,16	0,31
	Laki-laki	30,7	69,3	100	35,2				
Umur pasien	<60 tahun	27,9	72,1	100	50,2	0,97	0,69	1,35	0,94
	≥60 tahun	28,4	71,6	100	49,8				
Pendidikan pasien	Tinggi (≥SMA)	36,0	64,0	100	34,9	1,78	1,26	2,50	0,00*
	Rendah (≤SMP)	24,0	76,0	100	65,1				
Lama pasien sakit	≤1 tahun	34,6	65,4	100	27,9	1,52	1,06	2,18	0,02*
	>1 tahun	25,7	74,3	100	72,1				

Karakteristik Pasien	Kategori	Terkendali	Tidak terkendali	Total		OR	95%CI		Sig.
		%	%	%	%		Min	Max	
Komorbiditas	Tanpa komorbiditas	34,7	65,3	100	36,2	1,63	1,16	2,30	0,00*
	≥1 komorbiditas	24,5	75,5	100	63,8				
Lama minum obat	≤ 1 Tahun	27,1	72,9	100	39,9	0,91	0,65	1,28	0,67
	> 1 tahun	28,9	71,1	100	60,1				
Rata-rata jumlah obat pasien	1 Jenis obat	40,9	59,1	100	26,4	2,23	1,56	3,20	0,00*
	> 1 Jenis obat	23,6	76,4	100	73,6				
Ganti jumlah jenis obat	Tidak ganti	37,1	62,9	100	42,5	2,14	1,53	3,00	0,00*
	Pernah ganti	21,6	78,4	100	57,2				
Diet pasien	Diet	33,6	66,4	100	63,4	2,20	1,51	3,20	0,00*
	Tanpa diet	18,7	81,3	100	36,3				
Lokasi rumah sakit	Kota	45,5	54,5	100	55,2	11,37	6,98	18,50	0,00*
	Kabupaten	6,8	93,2	100	44,8				
Kebijakan pemberian obat	30 hari	22,1	77,9	100	44,2	0,57	0,40	0,81	0,00*
	7 hari	33,0	67,0	100	55,8				
Kepemilikan rumah sakit	Pemerintah	31,4	68,6	100	46,4	1,35	0,96	1,88	0,09*
	Swasta	25,3	74,7	100	53,6				

*P-value ≤ 0,250

Berdasarkan hasil analisis bivariat nilai OR pada karakteristik kepesertaan JKN sebesar 2,12 (sig.0,00), artinya pasien yang memiliki kepesertaan pasien PBI berpeluang 2,12 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan dengan pasien non-PBI. Nilai OR pada karakteristik pendidikan pasien sebesar 1,78 (sig.0,00), artinya pasien yang memiliki pendidikan tinggi berpeluang 1,78 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan dengan pasien pendidikan rendah. Nilai OR pada karakteristik lama pasien sakit sebesar 1,52 (sig.0,02), artinya pasien yang menderita sakit ≤1 tahun berpeluang 1,52 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan dengan pasien yang menderita sakit >1 tahun. Nilai OR pada karakteristik komorbiditas sebesar 1,63 (sig.0,00) artinya pasien tanpa komorbiditas berpeluang 1,63 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan dengan pasien dengan komorbiditas.

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa nilai OR pada karakteristik rata-rata jumlah obat pasien sebesar 2,23 (sig.0,00), artinya pasien dengan 1

jenis obat berpeluang 2,23 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan pasien dengan >1 jenis obat. Nilai OR pada karakteristik ganti jumlah obat sebesar 2,14 (sig.0,00), artinya pasien yang tidak ganti jumlah obat berpeluang 2,14 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan pasien yang pernah ganti jumlah obat. Nilai OR pada karakteristik diet pasien sebesar 2,20 (sig.0,00), artinya pasien yang diet berpeluang 2,20 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan dengan pasien tanpa diet. Nilai OR pada karakteristik kebijakan pemberian obat sebesar 0,57 (sig.0,00) artinya pasien yang mendapat obat 30 hari berpeluang 0,57 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan pasien yang mendapat obat 7 hari. Nilai OR pada karakteristik kepemilikan rumah sakit sebesar 1,35 (sig.0,09) artinya pasien yang berobat di rumah sakit pemerintah berpeluang tekanan darahnya terkendali 1,35 kali dibandingkan rumah sakit swasta. Nilai OR pada karakteristik lokasi rumah sakit sebesar 11,37 (sig.0,00) artinya pasien yang berobat di rumah sakit kota berpeluang 11,37 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan pasien yang berobat di rumah sakit kabupaten. Nilai OR pada karakteristik provinsi sebesar 1,91 (sig.0,00) artinya pasien yang berobat di provinsi Jawa Barat berpeluang tekanan darahnya terkendali 1,91 kali dibandingkan provinsi Bangka Belitung.

Analisis multivariat dilakukan dengan memasukkan karakteristik pasien yang memiliki p-value $\leq 0,250$ terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh karakteristik pasien yang berpengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5. 5. Hasil Akhir Analisis Multivariat Karakteristik Pasien Hipertensi Terhadap Terkendalnya Tekanan Darah di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Karakteristik	B	SE	p-value	Exp. B	95% CI	
Jenis kepesertaan JKN (PBI vs non PBI)	0,65	0,26	0,01	1,92	1,16	3,16
Lama pasien sakit (≤ 1 tahun vs > 1 tahun)	0,66	0,23	0,00	1,94	1,25	3,01
Rata-rata jumlah obat pasien (1 jenis obat vs > 1 jenis obat)	1,13	0,23	0,00	3,09	1,97	4,85
Diet pasien (diet vs tanpa diet)	0,64	0,22	0,00	1,89	1,23	2,92
Lokasi rumah sakit (kota vs kabupaten)	2,86	0,32	0,00	17,48	9,39	32,57
Kebijakan pemberian obat (30 hari vs 7 hari)	0,37	0,30	0,22	1,45	0,80	2,62
Konstanta	-1,98	0,35	0,00	0,14		

Karakteristik pasien seperti jenis kepesertaan JKN, lama pasien sakit, rata-rata jumlah obat pasien, diet pasien, lokasi rumah sakit dan kebijakan pemberian obat mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien. Hasil analisis multivariat menunjukkan persamaan akhir dari regresi logistik yang diperoleh adalah : $\text{logit}(\text{terkendalnya tekanan darah}) = -1,98 + 0,65 \text{ jenis kepesertaan JKN} + 0,66 \text{ lama pasien sakit} + 1,13 \text{ rata-rata jumlah obat pasien} + 0,64 \text{ diet pasien} + 2,86 \text{ lokasi rumah sakit} + 0,37 \text{ kebijakan pemberian obat}$.

Nilai OR pada karakteristik jenis kepesertaan JKN sebesar 1,92 yang artinya pasien PBI berpeluang tekanan darahnya terkendali 1,92 kali dibandingkan dengan pasien non PBI. Nilai OR pada karakteristik lama pasien sakit sebesar 1,94 yang artinya pasien yang sakit ≤ 1 tahun berpeluang tekanan darahnya terkendali 1,94 kali dibandingkan dengan pasien yang sakit > 1 tahun. Nilai OR pada karakteristik rata-rata jumlah obat pasien sebesar 3,09 yang artinya pasien yang minum 1 jenis obat berpeluang tekanan darahnya terkendali 3,09 kali dibandingkan dengan pasien yang minum > 1 jenis obat.

Nilai OR pada karakteristik diet sebesar 1,89 yang artinya pasien yang melakukan diet berpeluang tekanan darahnya terkendali 1,89 kali dibandingkan pasien tanpa diet. Nilai OR pada karakteristik lokasi rumah sakit memiliki nilai OR sebesar 17,48 yang artinya pasien yang berobat di rumah sakit kota berpeluang tekanan darahnya terkendali 17,48 kali dibandingkan dengan pasien yang berobat di rumah sakit kabupaten. Nilai

OR pada karakteristik kebijakan pemberian obat sebesar 1,45 yang artinya pasien yang mendapat obat selama 30 hari berpeluang 1,45 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan pasien yang mendapat obat 7 hari.

Beberapa faktor dari rumah sakit seperti lokasi rumah sakit dan kebijakan pemberian obat tidak secara langsung mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien. Lokasi rumah sakit di kota mempermudah pengiriman obat ke rumah sakit dan kebijakan pemberian obat mempermudah pasien mendapatkan obat untuk 30 hari. Keterkaitan faktor-faktor tersebut diuraikan di bawah ini.

Lokasi rumah sakit yang berada di kota mempermudah pengiriman obat dibandingkan rumah sakit yang berada di kabupaten. Hal ini dapat terjadi karena umumnya distributor memiliki kantor cabang di kota sehingga pengiriman obat ke rumah sakit di kota lebih mudah dibandingkan dengan kabupaten. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa hanya 3 distributor yang berada di Pangkal Pinang yaitu PT Kimia Farma, PT Enseval dan PT Tempo. Pengiriman obat dari distributor daerah ke rumah sakit dalam pulau memerlukan waktu 1-7 hari, sedangkan pengiriman obat ke rumah sakit di luar pulau memerlukan waktu 7-14 hari. Lamanya pengiriman ke rumah sakit luar pulau menyebabkan waktu tunggu rumah sakit luar pulau menjadi lebih panjang. Waktu tunggu yang lebih panjang menyebabkan rumah sakit harus menyediakan obat yang lebih besar. Rumah sakit yang memiliki sumber dana yang besar dan akses *e-purchasing* akan melakukan pesanan dalam jumlah besar. Rumah sakit yang berbeda pulau dengan distributor harus menghitung dengan cermat kebutuhan obat yang diperlukan. Hal ini diperkuat oleh hasil wawancara terhadap informan, yaitu:

“Kalau barang siap bisa 3 hari paling cepat setelah PO diterima dari distributor. Distributor hanya menyalurkan obat dari pabrik. Kita yang dikejar kejar oleh RS, kalau lancar 2 minggu sudah bisa dipenuhi” (D1).

“Kalau barang ada di Bandung bisa cepat 1-2 hari, di luar Bandung agak lama bisa 1 minggu” (D2).

“MBS pusat ke MBS Cirebon 2-4 hari. Ada tidaknya barang tergantung prinsipel. Semua rencana berdasarkan RKO” (D3).

“Dari Prinsipel ke AMS pusat antara 2-3 hari. Dari AMS pusat ke AMS Cirebon 2-3 hari. Barang AMS pusat dari prinsipel. kalau barang ada perlu 6 hari. Kalo e-katalog ke kuningan pake ekspedisi eksternal pake CV indotrans. kita faktur hari ini kirim besok hari”(D4).

“Kiriman dari Enseval pusat ke cabang 14 hari, ke Belitung 7 hari kalo dalam kota 1-3 hari”(D6).

Biaya pengiriman merupakan salah satu faktor yang menjadi pertimbangan pengiriman obat. Biaya pengiriman menjadi tanggungan distributor karena sudah termasuk dalam HPS obat yang sudah ditentukan. Biaya pengiriman obat kerumah sakit kota relatif lebih hemat dibandingkan ke kabupaten karena jarak yang dekat dan alat angkut yang murah. Hal ini diperkuat oleh informan dalam kutipan wawancara :

“Faktur obat yang dipesan kadang terlalu kecil sehingga tidak mencukupi biaya pengiriman”(D1).

“Biaya pengiriman harus ditanggung oleh distributor HPS termasuk biaya pengiriman”(D2).

“Biaya kirim sudah menjadi perhitungan harga obat. Salah satu komponennya ongkos kirim. Terutama melayani rumah sakit yang jauh, maka itu yang menjadi masalah. Ongkos kirim terkadang tidak mencukupi”(D3).

“Fee distribusi ditentukan oleh pabrik tidak ada negosiasi. Semakin hari fee semakin kecil sementara ongkos kirim meningkat, ketentuan fasilitas distribusi semakin ketat semakin butuh biaya butuh investasi jadi tidak balance”(D5).

“Biaya distribusi kita tanggung dengan melakukan subsidi silang”(D6).

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa kebijakan pemberian obat rumah sakit bergantung pada akses *e-purchasing* dan anggaran yang besar. Semua rumah sakit pemerintah sudah memiliki akses *e-purchasing* namun hanya 1 dari 4 rumah sakit swasta memiliki akses *e-purchasing*. Anggaran yang cukup besar rumah sakit pemerintah mendorong rumah sakit membeli obat untuk kebutuhan 3 bulan. Anggaran yang terbatas yang dimiliki rumah sakit swasta menyebabkan rumah sakit membeli kebutuhan obat untuk

1 bulan. Keterkaitan akses *e-purchasing* dan anggaran dalam mempengaruhi ketersediaan obat di rumah sakit akan diuraikan dibawah ini.

Rumah sakit yang sudah memiliki akses *e-purchasing* melakukan pengadaan obat baik secara manual atau *e-purchasing*. Rumah sakit yang tidak memiliki akses *e-purchasing* melakukan pengadaan obat secara manual. Selisih harga obat ditanggung oleh rumah sakit. Hal ini diperkuat oleh informan dalam kutipan wawancara :

“Pesan melalui ekatalog lebih lama sekitar 4 bulan. Mulai 1 Juli 2018 tidak bisa melakukan pembelian melalui ekatalog karena PP No 16 tahun 2018 RS harus belanja diatas 200 juta sementara kebutuhan obat tidak sampai 200 juta perbulannya. Solusinya belanja manual, kalau selama 2 minggu pesan melalui e-katalog maka akan melakukan pembelian secara manual”(LJ3).

“Kalo yang rutin kita stok 3 bulan, kalo sedikit 1 bulan. Ada yang melalui ekatalog ada yang manual. Pesan lewat ekatalog perlu waktu 3 bulan, kadang 1 bulan”(LJ4).

“Kita belum melakukan e-purchasing. kita manual dengan harga ekatalog. sangat susah sekali, ketika swasta diharuskan melakukan ekatalog”(WK1).

“Meskipun pengadaan berdasarkan e-catalogue masih secara manual, meskipun sudah dapat username dan karena masih ada proses selanjutnya seperti tatacara pembelian yang nilainya diatas dan dibawah 200 jt dimana rumah sakit dalam hal ini swasta tidak terbiasa”(BT1).

Rumah sakit pemerintah memiliki sumber anggaran APBD, BLUD dan BPJS Kesehatan. Sumber anggaran ini mereka atur sesuai dengan kebutuhan obat yang mereka rencanakan. Hal ini diperkuat oleh informan dalam kutipan wawancara :

“Rumah sakit sudah menjadi BLUD kita mengadakan per 3 bulan, rutin untuk 2 minggu untuk APBD setahun sekali. APBD untuk obat tertentu yang tidak ada ekatalog yang terkadang bermasalah”(UB1).

“Rumah sakit pemerintah ada dana APBD dan BLUD. Ada RKO untuk obat dan BHP, APBD setahun sekali diawal tahun, untuk barang yang tidak terpenuhi kita lakukan pembelian reguler”(UB3).

“APBD masuk e-katalog semua sistem e-purchasing, dana BLUD dapat digunakan untuk belanja e-katalog dan manual, klaim apotek luar

masuk BLUD, perencanaan kombinasi satu bulan sebelumnya, pengadaan maksimal untuk 2 bulan, konsumsi 1 bulan dengan buffer 1 bulan” (DB1).

Rumah sakit swasta menggunakan anggaran yang dimiliki rumah sakit dan BPJS Kesehatan untuk melakukan pengadaan obat. Mereka melakukan pengadaan untuk bulanan, mingguan atau harian tergantung pada kebutuhan rumah sakit. Hal ini diperkuat oleh informan dalam kutipan wawancara :

“Kalo anggaran melihat kebutuhan dengan melihat kondisi pasien. Order yang penting cukup tidak berlebih dan tidak kurang” (HE1).

“Perencanaan setiap bulan, pengadaan setiap minggu, sehingga tidak ada penumpukan obat. Kita sudah ada sistem yang mencatat konsumsi bulan kemarin. Tinggal ditambah 10%’ (WK1).

BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Pengukuran Tekanan darah Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jawa Barat dan Bangka Belitung

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa sampel yang terkumpul dari rumah sakit antara 62 hingga 98 orang. Sampel minimal yang dibutuhkan untuk setiap rumah sakit sebanyak 54 orang. Hal ini menunjukkan bahwa sampel minimal untuk setiap rumah sakit sudah terpenuhi pada setiap rumah sakit yang menjadi tempat penelitian. Pada analisis semua sampel dijadikan satu, variabel kebijakan pemberian obat, kepemilikan rumah sakit dan lokasi rumah sakit menjadi karakteristik rumah sakit yang melekat pada masing-masing pasien.

Pasien hipertensi JKN yang menjadi sampel penelitian ini adalah pasien yang minimal selama 12 bulan menjalani terapi berturut-turut di rumah sakit. Pasien tersebut rutin menjalani pemeriksaan dan mendapat obat dari rumah sakit selama 12 bulan. Pemeriksaan semua pasien dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam di rumah sakit tempat penelitian dilakukan. Komorbiditas yang dialami pasien diberikan terapi sesuai dengan standar pengobatan dokter yang merawat pasien. Kebutuhan obat pasien diberikan oleh rumah sakit atau apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Semua pasien yang menjadi sampel penelitian mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan sesuai dengan kebutuhan pasien (Kemenkumham, 2018a). Hasil pengukuran tekanan darah menggunakan alat di rumah sakit tanpa dilakukan kalibrasi sehingga validitas hasil pengukuran tekanan darah merupakan kelemahan dalam penelitian ini. Namun demikian hasil pengukuran masih dapat dikatakan baik karena tenaga kesehatan yang mengukur tekanan darah umumnya perawat terlatih dan alat yang digunakan minimal dikalibrasi setahun sekali (Kemenkes, 2015b).

Hasil pengamatan selama 12 bulan menunjukkan bahwa proporsi pasien yang terkendali mengalami kenaikan sebanyak 9%, hasil ini kurang memuaskan karena semua pasien mendapat pemeriksaan dan obat dari rumah sakit selama 12 bulan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terkendalinya tekanan darah pasien yang

berobat secara rutin ke rumah sakit selama 6 hingga 12 bulan berkisar antara 26-51% (Al-Qahtani, 2018, Adenlyl et al., 2016, Goverwa et al., 2014, Teshome et al., 2018, Tesfaye et al., 2017). Terkendalnya tekanan darah pasien hipertensi dipengaruhi oleh karakteristik pasien, ketersediaan obat, dan ketepatan diagnosis yang dilakukan oleh dokter (Whittlesea and Hodson, 2019, Aprilia and Ayuningtyas, 2013, Murshid and Mohaidin, 2017). Secara patofisiologi peningkatan tekanan darah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penurunan fungsi sistem renin, abnormalitas sistem syaraf, kerusakan autoregulasi perifer, keseimbangan natrium kalium dan gangguan hormon (DiPiro et al., 2008). Karakteristik pasien seperti jenis kelamin, umur, pendidikan, komorbiditas, diet dan keparahan penyakit ikut mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien (Peltzer and Pengpid, 2018). Ketersediaan obat JKN di rumah sakit dipengaruhi oleh rantai suplai obat mulai dari pabrik, distributor hingga rumah sakit (Lu, 2011).

Lebih dari seperlima pasien tekanan darahnya tidak terkendali selama 12 bulan padahal mereka selalu berobat dan mendapat obat. Hal ini menunjukkan bahwa ada faktor lain (selain ketersediaan obat) yang mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien. Variabel jenis kepesertaan JKN, jenis kelamin, umur pasien, pendidikan pasien, lama pasien sakit, komorbiditas, lama minum obat, rata-rata jumlah obat pasien, ganti jumlah jenis obat, diet pasien, kebijakan pemberian obat dan lokasi rumah sakit mempengaruhi keterkendalian tekanan darah (Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018, Gupta et al., 2019, Asgedom et al., 2018, Choi et al., 2018). Selain itu kepatuhan pasien minum obat juga menentukan terkendalnya tekanan darah pasien selama menjalani pengobatan (Akoko et al., 2017, Vrijens et al., 2017, Abegaz et al., 2017).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pasien yang tekanan darahnya belum terkendali masih tinggi. Pasien yang tekanan darahnya belum terkendali belum dapat di rujuk ke FKTP (Kesehatan, 2014). Hal ini menyebabkan biaya yang harus dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk rumah sakit tidak berkurang karena pasien belum bisa dirujuk ke FKTP. BPJS Kesehatan perlu melakukan evaluasi pengobatan yang dilakukan rumah sakit agar biaya yang dikeluarkan dapat bermanfaat kepada pesertanya. BPJS Kesehatan dapat melakukan evaluasi terhadap

kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pesertanya. Hal ini penting untuk mengurangi defisit BPJS yang semakin lama semakin meningkat karena biaya yang dikeluarkan belum memberikan hasil yang optimal kepada pesertanya.

Sampel pada penelitian ini mendapat pemeriksaan dari dokter spesialis, mendapat obat hipertensi selama 12 bulan dan obat yang digunakan untuk mengatasi komorbiditas pasien. Hal ini menunjukkan bahwa dari faktor diagnosis dan pengobatan, pasien mendapatkan pelayanan yang baik dari rumah sakit. Rumah sakit sudah memberikan hak pasien seperti yang tercantum dalam Peraturan Presiden tentang jaminan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden tentang jaminan kesehatan dinyatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Kemenkumham, 2018a). Terkendalnya tekanan darah pasien jelas disebabkan bukan karena diagnosis dan pengobatan namun disebabkan oleh karakteristik pasien.

Berdasarkan karakteristik pasien terkendalnya tekanan darah pasien yang rendah dipengaruhi oleh kepesertaan pasien yang lebih banyak merupakan anggota non-PBI, proporsi perempuan yang lebih banyak, banyaknya pasien yang berumur >55 tahun dan pendidikan pasien yang rendah. Selain itu banyaknya pasien yang sudah berobat >25 bulan, komorbiditas pasien, lama pasien minum obat dan banyaknya obat yang diminum ikut mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien. Banyaknya pasien yang pernah ganti jumlah obat menunjukkan bahwa tekanan darah pasien sangat bervariasi setiap bulannya. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik pasien mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien selama pengamatan (Gupta et al., 2019, Tilea et al., 2018, Choi et al., 2018, Asgedom et al., 2018, Shrivastava et al., 2017).

Proporsi pasien yang terkontrol pada peserta PBI lebih tinggi dibandingkan dengan pasien non PBI. Selain jaminan akses yang terus-menerus, tingginya proporsi terkontrol pada pasien PBI karena proporsi yang berusia <60 tahun lebih

tinggi, proporsi lama pasien sakit ≤ 1 tahun lebih besar, proporsi pasien tanpa komorbiditas lebih besar dan proporsi pasien yang tidak pernah ganti jumlah obat lebih besar dibandingkan pasien non PBI. Proporsi pasien dengan umur lebih muda dan jaminan pengobatan mendorong utilisasi layanan kesehatan (Andersen, 1995, Singh et al., 2017). Pasien yang lama sakitnya ≤ 1 tahun menyebabkan komorbiditas yang dimiliki lebih sedikit, sehingga tekanan darah pasien lebih terkendali. Pasien tanpa komorbiditas menurunkan jumlah obat yang harus diminum pasien sehingga meningkatkan kepatuhan pasien minum obat hipertensi (Kishore et al., 2016, Vrijens et al., 2017). Faktor-faktor inilah yang menyebabkan tekanan darah pasien pada kelompok PBI lebih tinggi dibandingkan dengan non PBI.

Proporsi pasien yang terkendali pada peserta PBI lebih tinggi dibandingkan dengan pasien non PBI juga dapat disebabkan karena pasien yang menjadi anggota non PBI adalah pasien yang membutuhkan pengobatan. Pasien ini ingin mendapatkan akses pengobatan karena penyakit yang dideritanya sudah lama dan memiliki banyak komorbiditas yang jika mereka bayar sendiri akan memerlukan biaya yang besar. Berbeda dengan kepesertaan sebagai PBI yang merupakan peralihan dari jamkesmas dan program pemerintah untuk masyarakat miskin. Melihat hal ini maka pemerintah perlu untuk meningkatkan komitmen jaminan pembayaran terhadap pasien dengan keanggotaan PBI. Hal ini penting agar masyarakat yang miskin dapat mengakses layanan kesehatan yang baik (Kemenkumham, 2018a).

Keberadaan pasien non PBI dalam program JKN menjadi hal yang penting karena sejak berjalannya program JKN, BPJS Kesehatan selalu mengalami defisit (Kemenkumham, 2018a, Kesehatan, 2019). Berdasarkan laporan keuangan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan defisit keuangan yang terjadi sebesar 50,9 triliun per 31 desember 2019. Dalam hal ini iuran yang dibayarkan oleh pasien non PBI ikut membantu keuangan BPJS Kesehatan agar tidak mengalami defisit. Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan perlu melakukan sosialisasi bersama kepada masyarakat tentang pentingnya peran peserta non PBI dalam membayar iuran agar program JKN dapat terlaksana dengan baik.

Komitmen pemerintah dalam menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan akses berobat sangat penting. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar proporsi tertinggi penyakit stroke adalah mereka yang tidak bekerja (21,8⁰/₀₀) dan proporsi tertinggi penyakit hipertensi adalah mereka yang tidak bekerja (12,7⁰/₀₀). Pada umumnya mereka yang tidak bekerja masuk dalam kelompok miskin (Balitbangkes, 2018). Pemerintah perlu turun tangan untuk menjamin akses kelompok ini agar mereka memiliki akses terhadap pengobatan yang mereka butuhkan. Salah satu caranya adalah dengan melakukan evaluasi terhadap kepesertaan PBI yang harus tepat dengan kondisi ekonomi masyarakat. Sehingga iuran yang dijamin oleh pemerintah menjadi tepat sasaran pada mereka yang benar-benar membutuhkan bantuan iuran.

Proporsi pasien yang terkontrol lebih besar pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Selain perempuan merupakan faktor risiko, tingginya proporsi terkontrol pada laki-laki karena proporsi pasien dengan pendidikan tinggi, pasien tanpa komorbiditas dan pasien yang melakukan diet lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan (Andersen, 1995, Singh et al., 2017, Abegaz et al., 2017). Pendidikan pasien yang lebih tinggi mendorong pengetahuan pasien yang lebih baik, sehingga lebih memahami faktor risiko terjadinya hipertensi dan mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Pengetahuan pasien yang baik juga meningkatkan pengetahuan pasien tentang pentingnya minum obat dengan teratur. Kepatuhan pasien minum obat mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien (Goverwa et al., 2014). Proporsi pasien tanpa komorbiditas yang lebih besar dan diet pasien meningkatkan terkontrolnya tekanan darah pasien disamping mengurangi jumlah obat yang diberikan kepada pasien. Jumlah obat yang lebih sedikit mendorong pasien untuk patuh minum obat sehingga tekanan darah lebih terkontrol. Hal inilah yang menyebabkan proporsi terkontrolnya tekanan darah pasien pada laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi pasien yang terkontrol pada kelompok umur <60 tahun sedikit lebih kecil dibandingkan kelompok umur ≥60 tahun. Hal ini disebabkan karena proporsi perempuan pada kelompok umur <60 tahun lebih tinggi dibandingkan umur ≥60 tahun. Jenis kelamin perempuan

merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi, dimana perempuan berisiko 1,54 kali meningkatkan faktor risiko hipertensi (Eshkoo et al., 2016). Hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar bahwa jenis kelamin perempuan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi (Balitbangkes, 2018).

Proporsi pasien yang terkontrol pada pasien dengan pendidikan tinggi lebih tinggi dibandingkan pasien dengan pendidikan rendah. Hal ini terjadi karena pemahaman pasien tentang penyakit hipertensi lebih baik pada pasien dengan pendidikan tinggi dibandingkan pendidikan rendah (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016). Hasil penelitian ini sejalan dengan Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi terendah pada kelompok tamat SMA (25,9%), diikuti tamat perguruan tinggi (28,3%) dan tertinggi tidak tamat SD (51,6%). Kepatuhan minum obat yang tinggi juga ditemukan pada kelompok tamat perguruan tinggi dan prevalensi stroke cukup rendah pada kelompok tamat perguruan tinggi (Balitbangkes, 2018). Hal ini membuktikan bahwa pendidikan sangat berpengaruh terhadap prevalensi hipertensi, kepatuhan minum obat, terkontrolnya tekanan darah dan terhindarnya penyakit stroke.

Proporsi pasien yang terkontrol lebih tinggi pada pasien dengan pendidikan tinggi juga dapat disebabkan karena proporsi usia <60 tahun, pasien tanpa komorbiditas, pasien yang minum 1 jenis obat dan tidak pernah ganti jumlah obat lebih tinggi dibandingkan pasien dengan pendidikan rendah. Pasien dengan pendidikan tinggi mendorong meningkatnya pengetahuan pasien sehingga lebih memahami faktor risiko hipertensi dan pentingnya minum obat (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016, Tiffe et al., 2017). Kondisi pasien tanpa komorbiditas menyebabkan jumlah obat yang diminum semakin sedikit sehingga kepatuhan pasien minum obat meningkat. Kepatuhan pasien minum obat mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Faktor-faktor ini menyebabkan proporsi tekanan darah pasien yang terkontrol pada pasien dengan pendidikan tinggi lebih tinggi dibandingkan pasien dengan pendidikan lebih rendah.

Penelitian menunjukkan bahwa pemahaman yang baik tentang penyakit hipertensi mendorong pasien untuk patuh pada program pengobatan yang dilakukan (Tarigan et al., 2018). Pemahaman yang baik juga akan mendorong pasien lebih

patuh berobat dan minum obat agar tekanan darah pasien lebih terkontrol (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016, Akoko et al., 2017). Tingkat pendidikan pasien yang lebih tinggi mempermudah pasien untuk memahami tentang penyakit hipertensi (Mbouemboue et al., 2016, Mahmoud, 2012, Maginga et al., 2016). Perbedaan pemahaman pasien tentang penyakit hipertensi karena tingkat pendidikan menjadi tantangan dalam penatalaksanaan penyakit tidak menular khususnya hipertensi. Kementerian Kesehatan harus tetap melakukan penyuluhan menyeluruh pada pasien agar mereka menjadi mengerti dan patuh pada pengobatan yang dilakukan.

Proporsi pasien yang terkontrol pada kelompok pasien yang menderita sakit ≤ 1 tahun lebih tinggi dibandingkan kelompok pasien lainnya. Hal ini disebabkan karena proporsi pasien PBI, pasien yang berusia < 60 tahun, pasien tanpa komorbiditas, lama minum obat < 1 tahun, pasien minum 1 obat, pasien tidak ganti jumlah obat pada kelompok pasien yang sakit ≤ 1 tahun lebih tinggi dibandingkan pasien yang menderita sakit > 1 tahun. Pasien dengan keanggotaan PBI dan umur < 60 tahun menjamin utilisasi pasien untuk berobat sehingga kebutuhan obat pasien dapat lebih terjamin (Andersen, 1995, Attaei et al., 2017). Pasien tanpa komorbiditas mendorong terkontrolnya tekanan darah dan mengurangi jumlah obat yang harus diminum pasien. Jumlah obat yang harus diminum lebih sedikit mendorong kepatuhan pasien minum obat lebih baik (Vrijens et al., 2017, Abegaz et al., 2017). Hal ini menyebabkan terkontrolnya tekanan darah pasien yang menderita sakit ≤ 1 tahun lebih tinggi dibandingkan pasien yang menderita sakit > 1 tahun (Pan et al., 2019).

Standar pengobatan hipertensi menganjurkan pemberian obat 1 jenis untuk pasien yang baru dideteksi menderita hipertensi, walaupun dokter tidak selalu patuh pada standar pengobatan yang sudah ditetapkan (Romday et al., 2016, Kemenkes, 2013a). Banyaknya jumlah obat yang diberikan mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat yang pada akhirnya mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien (Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018, Choi et al., 2018). Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan hipertensi pada awal penyakit ini timbul memberikan peluang terkontrolnya tekanan darah pasien lebih besar. Sehingga deteksi dini penyakit hipertensi merupakan awal yang baik untuk mengendalikan tekanan darah pasien.

Proporsi pasien yang terkontrol pada kelompok yang tidak memiliki komorbiditas lebih tinggi dibandingkan pasien dengan komorbiditas. Selain karena komorbiditas mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah ada faktor lain yang ikut mendorong terkontrolnya tekanan darah. Faktor tersebut adalah proporsi keanggotaan PBI, usia <60 tahun, pasien dengan pendidikan tinggi, lama pasien sakit ≤ 1 tahun, lama minum obat ≤ 1 tahun, tidak ganti jumlah obat, lebih tinggi proporsinya pada pasien tanpa komorbiditas dibandingkan pasien dengan komorbiditas. Keanggotaan PBI dan usia <60 tahun menjamin akses terhadap utilisasi layanan kesehatan, sehingga pasien mendapatkan jaminan pengobatan yang lebih baik (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016). Pendidikan pasien yang lebih tinggi mendorong tingkat pengetahuan pasien yang lebih tinggi. Pengetahuan yang lebih tinggi mendorong kepatuhan pasien dan terkontrolnya tekanan darah menjadi lebih baik (Akoko et al., 2017). Pasien yang tidak memiliki komorbiditas merupakan pasien yang baru menderita hipertensi sehingga mengurangi jumlah obat yang diminum. Sedikitnya jumlah obat yang diminum mendorong kepatuhan dan sekaligus mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien (Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016). Faktor-faktor inilah yang menyebabkan proporsi tekanan darah yang terkontrol pada pasien tanpa komorbiditas lebih tinggi dibandingkan pasien dengan komorbiditas.

Pasien dengan komorbiditas yang berkaitan dengan tekanan darah memiliki proporsi pasien yang terkontrol antara 22-30%. Pada penelitian ini diabetes melitus merupakan proporsi tertinggi komorbiditas yang dialami pasien hipertensi. Penelitian menunjukkan bahwa komorbiditas memiliki pengaruh terhadap terkontrolnya tekanan darah pasien (Gebremichael et al., 2019). Penelitian menunjukkan bahwa tingginya kadar gula dan kolesterol dalam darah dapat menyebabkan hipertensi (Eshkoor et al., 2016, Kishore et al., 2016, Pandey et al., 2016). Komorbiditas yang diderita pasien juga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien berobat. Semakin banyak komorbiditas yang diderita pasien menyebabkan semakin banyak obat yang diminum sehingga kepatuhan minum obat menjadi rendah (Asgedom et al., 2018). Sebaiknya program pengendalian hipertensi tidak hanya fokus pada terkontrolnya tekanan darah tetapi juga memperhatikan

komorbiditas penyakit lainnya sehingga program pengendalian tekanan darah pasien dapat tercapai.

Proporsi pasien yang terkontrol sedikit lebih besar pada pasien yang minum obat >25 bulan. Hal ini disebabkan karena proporsi pendidikan tinggi dan proporsi pasien diet lebih tinggi pada kelompok pasien yang berobat ≥ 25 bulan dibandingkan kelompok lainnya. Pendidikan pasien yang lebih tinggi mendorong pengetahuan pasien menjadi lebih. Pengetahuan yang baik akan meningkatkan kepatuhan minum obat dan memahami peran diet dalam mengendalikan tekanan darah (Pan et al., 2019, Animut et al., 2018, Berhe et al., 2017). Hal inilah yang menyebabkan proporsi terkontrolnya tekanan darah pasien pada pasien yang minum obat >25 bulan lebih baik dibandingkan kelompok lainnya.

Proporsi pasien yang terkontrol lebih tinggi pada pasien yang minum 1 jenis obat dibandingkan pasien yang minum >1 jenis obat. Hal ini disebabkan karena proporsi usia pasien <60 tahun, lama minum obat <1 tahun, pendidikan tinggi pasien, lama pasien sakit ≤ 1 tahun, tidak ganti jumlah obat dan pasien yang diet lebih tinggi pada pasien yang minum 1 jenis obat dibandingkan pasien yang minum >1 jenis obat. Usia pasien yang lebih muda mendorong utilisasi layanan pasien sehingga pasien mendapat pemeriksaan dan pengobatan yang terus menerus (Andersen, 1995, Singh et al., 2017). Lamanya pasien sakit berhubungan dengan jumlah obat yang diminum, umumnya pasien yang baru sakit belum memiliki komorbiditas sehingga tidak memerlukan pengobatan untuk komorbiditasnya. Hal ini menyebabkan jumlah obat yang diminum pasien menjadi lebih sedikit. Sedikitnya jumlah obat akan meningkatkan kepatuhan pasien sehingga mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien (Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016). Pasien dengan pendidikan yang tinggi meningkatkan pengetahuan mereka sehingga mereka sadar akan kepatuhan minum obat (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016). Kepatuhan minum obat yang baik mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Hal ini yang mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien yang minum 1 jenis obat lebih tinggi dibandingkan pasien yang minum >1 jenis obat.

Proporsi pasien yang tekanan darahnya terkontrol lebih banyak ditemukan pada kelompok pasien yang mendapat 3 jenis obat diikuti dengan pasien yang

mendapat 1 jenis obat. Jumlah obat yang diminum pasien mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat (Vrijens et al., 2017). Pasien yang mendapat 1 jenis obat biasanya baru menderita hipertensi sehingga tekanan darah pasien akan lebih mudah terkendali. Selain itu kepatuhan pasien minum obat lebih baik pada pasien dengan 1 jenis obat dibandingkan >1 jenis obat (Choi et al., 2018, Tilea et al., 2018, Shrivastava et al., 2017). Melihat hal ini maka deteksi dini pada usia muda untuk mengetahui penyakit hipertensi sangat penting agar masyarakat dapat mengetahui penyakit yang diderita sedini mungkin. Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan peran posbindu PTM dalam melakukan deteksi dini pada masyarakat yang berisiko menderita hipertensi sehingga pasien yang menderita hipertensi dapat diketahui sejak awal dan pengobatan yang dilakukan menjadi lebih mudah (Kemenkes, 2015c).

Proporsi pasien yang tekanan darahnya terkendali lebih banyak ditemukan pada kelompok pasien yang tidak pernah ganti jumlah obat dibandingkan pasien yang pernah ganti jumlah obat. Hal ini karena proporsi pasien dengan keanggotaan PBI, umur pasien <60 tahun, pasien dengan pendidikan tinggi, pasien yang sakit ≤ 1 tahun, pasien tanpa komorbiditas, pasien yang lama minum obat ≤ 1 tahun, minum 1 jenis obat dan pasien diet lebih besar pada kelompok yang tidak ganti jumlah obat dibandingkan yang ganti jumlah obat. Akses pengobatan yang terus menerus dan proporsi pasien dengan umur lebih muda mendorong terkendalinya tekanan darah (Singh et al., 2017, Tesfaye et al., 2017). Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016). Pengetahuan yang baik akan mendorong terkendalinya tekanan darah dan meningkatkan kepatuhan minum obat. Kepatuhan pasien minum obat akan mendorong terkendalinya tekanan darah pasien (Akoko et al., 2017, Abegaz et al., 2017). Hal ini yang menyebabkan proporsi pasien yang tekanan darahnya terkendali lebih banyak pada pasien yang tidak pernah ganti jumlah obat dibandingkan pasien yang pernah ganti jumlah obat.

Secara teori dokter tidak akan mengurangi atau menambah jumlah obat apabila tekanan darah pasien sudah terkendali (Kemenkes, 2013a, Whittlesea and Hodson, 2019). Pemilihan obat yang tepat sesuai dengan kondisi pasien sangat

penting untuk menjamin terkontrolnya tekanan darah pasien. Semua pasien yang berobat di rumah sakit pada penelitian ini dilayani oleh dokter spesialis penyakit dalam. Diagnosis penyakit pasien oleh dokter spesialis dapat dikatakan sudah baik namun apabila pemberian obat rumah sakit disesuaikan dengan ketersediaan obat maka akan merugikan pasien. Hal ini dapat dihindari dengan memberikan jaminan ketersediaan obat bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pasien yang melakukan diet gula, lemak atau garam memiliki rata-rata proporsi tekanan darah terkontrol lebih tinggi dibandingkan pasien yang tidak melakukan diet. Program diet yang dilakukan pasien mengurangi jumlah obat yang diminum dan mengurangi ganti jumlah obat pasien. Sedikitnya jumlah obat yang diminum mendorong kepatuhan pasien minum obat sehingga tekanan darah lebih terkontrol. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa diet garam, lemak dan gula dapat menjaga tekanan darah terkontrol. Pasien yang patuh melakukan diet gula, garam atau lemak memiliki kepatuhan berobat yang baik (Shrivastava et al., 2017, Eshkoo et al., 2016, Bando et al., 2018, Yang et al., 2014). Diet gula, garam dan lemak yang dilakukan pasien menyebabkan kadar gula, garam dan lemak dalam darah menjadi turun. Turunnya kadar gula, garam dan lemak menyebabkan darah lebih cair sehingga tekanan darah pasien menjadi terkontrol (Whittlesea and Hodson, 2019). Dalam program penanggulangan penyakit tidak menular faktor risiko perilaku yang diintervensi adalah perilaku diet pada masyarakat agar terhindar dari faktor risiko penyakit tidak menular (Kemenkes, 2015c). Langkah ini sudah tepat dan perlu dilanjutkan agar masyarakat terlindung dari faktor risiko penyakit tidak menular.

Proporsi tekanan darah pasien yang terkontrol pada rumah sakit wilayah kota lebih tinggi dibandingkan wilayah kabupaten. Keberadaan rumah sakit di wilayah kota memberikan keuntungan karena jarak yang dekat dengan distributor, jalur pengiriman yang mudah dan berada satu pulau dengan distributor. Hal ini penting karena harga obat yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sudah termasuk biaya pengiriman. Pengiriman dalam jarak dekat lebih diuntungkan karena tidak memerlukan biaya yang besar dibandingkan pengiriman jarak jauh. Pengiriman obat yang lebih cepat dan mudah pada rumah sakit wilayah kota

menyebabkan waktu tunggu obat rumah sakit wilayah kota lebih singkat dibandingkan rumah sakit wilayah kabupaten. Waktu tunggu yang lebih singkat akan menjamin ketersediaan obat yang lebih baik, sehingga ketersediaan obat di rumah sakit wilayah kota lebih terjamin dibandingkan wilayah kabupaten (Lu, 2011).

Proporsi pasien terkontrol lebih tinggi pada pasien yang berobat di rumah sakit kota karena proporsi jenis kepesertaan PBI, umur 40-59 tahun, pendidikan tinggi, lama pasien sakit, pasien tanpa komorbiditas, jumlah obat yang diminum, tidak pernah ganti jumlah obat dan diet pasien lebih tinggi dibandingkan kabupaten. Keanggotaan pasien PBI dan umur yang lebih muda besar menjamin akses yang lebih baik untuk melakukan utilisasi layanan kesehatan (Andersen, 1995, Singh et al., 2017). Lama pasien sakit akan mempengaruhi jumlah komorbiditas pasien dan akan mempengaruhi jumlah obat yang diminum pasien. Diet yang dilakukan oleh pasien akan mengurangi komorbiditas pasien dan akan mengurangi jumlah obat yang diminum oleh pasien. Jumlah obat yang lebih sedikit akan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat yang lebih baik (Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016). Kepatuhan minum obat yang baik akan mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Hal inilah yang menyebabkan proporsi pasien terkontrol pada pasien yang berobat di rumah sakit kota lebih tinggi dibandingkan kabupaten.

Proporsi tekanan darah terkontrol pada pasien yang mendapat obat 7 hari lebih tinggi dibandingkan pasien yang mendapat obat selama 30 hari. Penelitian menunjukkan bahwa semakin banyak obat yang dapat diperoleh pasien memberikan peluang kesembuhan yang lebih besar (Berhe et al., 2017, Gupta et al., 2019). Hal ini dapat terjadi karena pasien yang mendapat obat 7 hari di rumah sakit juga akan mendapat obat selama 23 hari di apotek. Pada akhirnya semua pasien mendapat jumlah obat yang sama selama 30 hari. Pemberian obat selama 7 hari di rumah sakit akan merepotkan pasien karena pasien harus ke apotek yang bekerja sama untuk memperoleh obat 23 hari. Pemberian obat selama 30 hari selain memudahkan pasien juga dapat meningkatkan keuntungan rumah sakit dari pemberian obat kepada pasien. Kementerian Kesehatan perlu mendorong rumah sakit untuk

memberikan obat selama 30 hari kepada pasien agar pasien lebih mudah untuk mendapatkan obat yang dibutuhkannya (Kemenkes, 2016b).

Proporsi tekanan darah pasien terkontrol yang mendapat obat 7 hari lebih tinggi disebabkan karena proporsi pasien dengan pendidikan tinggi, pasien dengan 1 jenis obat dan pasien diet lebih tinggi dibandingkan pasien yang mendapat obat selama 30 hari. Pendidikan yang dimiliki pasien mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki pasien (Kishore et al., 2016). Pengetahuan pasien berpengaruh langsung terhadap terkontrolnya tekanan darah pasien dan kepatuhan minum obat. Kepatuhan minum obat yang baik akan mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Pasien yang melakukan diet akan mengurangi komorbiditas pasien dan akan mengurangi jumlah obat yang diminum pasien (Eshkoor et al., 2016). Jumlah obat yang sedikit akan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat (Vrijens et al., 2017). Hal inilah yang menyebabkan proporsi tekanan darah pasien terkontrol lebih tinggi pada pasien yang mendapat obat 7 hari lebih dibandingkan 30 hari.

Proporsi pasien yang tekanan darahnya terkontrol pada rumah sakit pemerintah lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan obat di rumah sakit pemerintah lebih baik karena model pengadaan obat untuk keperluan 3 bulan, anggaran yang lebih pasti dan akses *e-purchasing* (Bigdeli et al., 2012, Berhe et al., 2017). Kemudahan rumah sakit pemerintah dalam memperoleh obat melalui *e-purchasing* mendorong rumah sakit untuk melakukan pengadaan obat selama 3 bulan. Anggaran yang sudah pasti di rumah sakit pemerintah memudahkan rumah sakit memperoleh obat dari distributor. Rumah sakit pemerintah sudah mengatur alokasi anggaran yang berasal dari APBD, BLUD dan BPJS Kesehatan untuk mengatur pembelian obat yang dibutuhkan. Distributor menggunakan anggaran yang sudah pasti tersebut sebagai jaminan untuk memberikan obat ke rumah sakit. Model perencanaan dan pembiayaan obat di rumah sakit pemerintah lebih menjamin ketersediaan obat dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Jaminan ketersediaan obat yang baik di rumah sakit pemerintah akan mendorong kemudahan pasien mendapatkan obat yang dibutuhkan. Kemudahan mendapatkan obat yang dibutuhkan pasien akan mempermudah tekanan darah terkontrol.

Proporsi tekanan darah pasien terkontrol lebih tinggi pada rumah sakit pemerintah karena proporsi jenis keanggotaan PBI, jenis kelamin perempuan, kelompok umur 40-59 tahun, lama pasien sakit <1 tahun, pasien tanpa komorbiditas dan pasien yang tidak ganti jumlah obat yang lebih tinggi dibandingkan swasta. Jenis kelamin mempengaruhi secara langsung tekanan darah pasien dan umur pasien meningkatkan utilisasi layanan kesehatan oleh pasien (Andersen, 1995, Eshkoo et al., 2016). Lama pasien sakit mempengaruhi komorbiditas yang dialami pasien dan akan mempengaruhi jumlah obat yang diminum pasien. Pasien yang terdeteksi awal menderita hipertensi belum memiliki komorbiditas yang kompleks sehingga terapi dapat dilakukan dengan lebih mudah (Kishore et al., 2016). Pasien yang memiliki komorbiditas akan mengurangi jumlah obat yang diminum dan akan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat. Kepatuhan minum obat yang baik akan mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien (Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016). Hal inilah yang menyebabkan proporsi tekanan darah pasien terkontrol lebih tinggi pada rumah sakit pemerintah dibandingkan swasta.

Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi dimasyarakat yang berumur >40 tahun meningkat sejalan dengan meningkatnya umur (Balitbangkes, 2018). Melihat hal ini maka pemerintah perlu melakukan deteksi dini pada masyarakat yang lebih baik agar penyakit hipertensi dapat dideteksi sejak awal sehingga penanganan penyakit dapat lebih awal dilakukan (Kemenkes, 2015c). Deteksi dini akan mempercepat tindakan pencegahan dan pengobatan sehingga peluang tekanan darah pasien terkontrol menjadi lebih besar. Selain itu program pemberantasan penyakit hipertensi perlu memasukkan program kepatuhan minum obat agar mereka yang sudah mendapat obat dapat lebih patuh minum obat.

Beberapa karakteristik pasien yang menderita hipertensi dalam penelitian ini memiliki kesamaan dengan hasil Riskesdas yaitu jenis kelamin perempuan, berpendidikan rendah dan tinggal di kota (Balitbangkes, 2018). Pendidikan yang rendah menyebabkan pasien kurang memahami penyebab dan cara pencegahan hipertensi, pentingnya patuh minum obat agar tekanan darahnya dapat terkontrol. Data Riskesdas menunjukkan bahwa kepatuhan pasien minum obat di Bangka

Belitung sebesar 60,71% dan 55,12% di Jawa Barat (Balitbangkes, 2018). Pendidikan tentang penyebab, cara pencegahan, kepatuhan berobat dan minum obat yang dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang hipertensi perlu dilakukan. Kementerian Kesehatan perlu melakukan program promosi kesehatan agar pengetahuan pasien tentang penyakit, cara pencegahan dan pengobatan hipertensi dapat lebih dipahami oleh pasien. Cara ini diharapkan dapat meningkatkan peluang tekanan darah pasien terkendali.

Dalam program pemberantasan penyakit tidak menular faktor risiko perilaku seperti merokok, kurang aktifitas fisik, diet yang tidak sehat, konsumsi alkohol dan lingkungan yang tidak sehat menjadi perhatian untuk mengurangi prevalensi penyakit tidak menular (Kemenkes, 2015c). Sampel penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga pasien yang menderita hipertensi tidak melakukan diet. Hal ini perlu mendapat perhatian dari Kementerian Kesehatan untuk lebih menggiatkan program diet bagi pasien penderita hipertensi. Penyuluhan tentang pentingnya diet harus dilakukan mulai dari rumah sakit hingga ke masyarakat. Penyuluhan di rumah sakit dapat dilakukan melalui penyuluhan rutin tentang pentingnya menghindari faktor risiko hipertensi kepada pasien dan mematuhi anjuran minum obat. Penyuluhan di masyarakat dapat dilakukan dengan melakukan penyuluhan rutin kepada masyarakat melalui posbindu lansia. Cara ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang faktor risiko hipertensi, pentingnya melakukan diet dan patuh minum obat.

Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan proporsi masyarakat yang menderita hipertensi berdasarkan hasil pengukuran sebesar 34,1%. Proporsi masyarakat yang di diagnosis dokter menderita hipertensi sebesar 8,4%. Hal ini menunjukkan bahwa sebanyak 75% masyarakat tidak mengetahui kalau dirinya menderita hipertensi. Riset Kesehatan Dasar juga menunjukkan bahwa proporsi masyarakat yang rutin minum obat sebesar 54,4% dimana alasan terbesar pasien tidak minum obat adalah merasa sudah sehat (59,8%)(Balitbangkes, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa di masyarakat masih banyak penderita hipertensi yang belum mendapat obat sehingga peran posbindu lansia sangat diharapkan dapat menjangkau penderita tersebut. Kepatuhan yang rendah pada pasien hipertensi juga

menjadi target bagi posbindu lansia untuk selalu memantau kepatuhan pasien minum obat agar tekanan darah pasien dapat terkendali.

Faktor kepatuhan pasien untuk datang berobat dan minum obat merupakan faktor yang mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien. Pasien yang selalu datang berobat menyebabkan akses pasien terhadap obat menjadi lebih baik. Pasien yang rajin minum obat menunjukkan kepatuhan minum obat dan mendorong tekanan darah pasien terkendali. Penelitian menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah obat yang ditanggung oleh asuransi maka semakin baik akses pasien terhadap obat yang dibutuhkan. Program JKN menjamin semua obat yang dibutuhkan pasien diberikan secara gratis sehingga pasien tidak perlu khawatir tidak mendapat obat yang dibutuhkan (Prinja et al., 2015b, Kemenkumham, 2018a, Mengue et al., 2016, Goverwa et al., 2014).

Ancaman terdekat apabila tekanan darah pasien hipertensi tidak terkendali adalah penyakit stroke (Amelia K. Boehme, 2017, McManus and Liebeskind, 2016). Hal ini dibuktikan dengan Riskeudas yang menyatakan bahwa prevalensi stroke di tahun 2018 yaitu sebesar 10,9 ‰ (Balitbangkes, 2018). Hal ini perlu mendapat perhatian yang serius dari Kementerian Kesehatan bahwa tekanan darah yang tidak terkendali dapat menyebabkan penyakit stroke dan komplikasi lainnya. Kementerian Kesehatan perlu menggiatkan kembali deteksi dini pada masyarakat agar penyakit hipertensi dapat diketahui sejak awal dan segera mendapat pengobatan yang baik. Cara ini diharapkan dapat mencegah komplikasi penyakit lainnya karena tekanan darah tidak terkendali.

Tekanan darah yang tidak terkendali meningkatkan risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler, jantung dan serebrovaskular (Zhou et al., 2018). Penelitian lain menyebutkan bahwa hipertensi tingkat 3 memiliki risiko terbesar terjadinya penyakit stroke dibandingkan tingkat 1 (El-Hajj et al., 2018). Stroke yang dialami pasien akan berdampak pada pembiayaan kesehatan dimana besarnya rata-rata biaya perawatan untuk pasien stroke di salah satu RSUD berkisar 4,8 juta (Mazidah et al., 2019). Melihat hal ini maka tekanan darah yang terkendali pada pasien hipertensi menjadi hal yang penting untuk mencegah stroke dan mengurangi biaya kesehatan karena penyakit berat lainnya.

6.2. Karakteristik Pasien Hipertensi di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung

Penilaian terkendalnya tekanan darah pada penelitian ini dilakukan dengan mengukur rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik selama 11 bulan pengamatan dan tekanan darah pada bulan ke 12. Perhitungan rata-rata tekanan darah dimulai pada bulan ke 2 hingga bulan ke 12 karena terkendalnya tekanan darah bergantung pada pengendalian faktor risiko hipertensi bulan sebelumnya sehingga penilaian tekanan darah dilakukan mulai bulan ke 2 hingga bulan ke 12 (Cooper et al., 2011, Al-Qahtani, 2018). Penilaian tekanan darah pada bulan ke 12 ditujukan untuk memastikan bahwa pada akhir pengamatan pasien memiliki tekanan darah yang terkendali. Pasien dikatakan tekanan darahnya terkendali apabila rata-rata tekanan darah sistolik selama 11 bulan <140 mmHg dan rata-rata tekanan darah diastoliknya <90 mmHg dan terkendali pada bulan ke 12 (Cooper et al., 2011, Adenlyl et al., 2016, Goverwa et al., 2014, Akoko et al., 2017, Horsa et al., 2019, Teshome et al., 2018, Al-Qahtani, 2018). Variabel independen yang digunakan pada penelitian ini menggambarkan karakteristik yang dimiliki pasien selama 1 tahun (Al-Qahtani, 2018, Cooper et al., 2011).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tekanan darah pasien yang terkendali sebesar 28,2% hasil ini berada diantara penelitian lainnya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terkendalnya tekanan darah pasien yang berobat secara rutin ke rumah sakit selama 6 hingga 12 bulan berkisar antara 26-51% (Al-Qahtani, 2018, Adenlyl et al., 2016, Goverwa et al., 2014, Teshome et al., 2018, Tesfaye et al., 2017). Rendahnya tekanan darah pasien yang terkendali dapat disebabkan karakteristik pasien. Karakteristik ini perlu diidentifikasi dan dilakukan intervensi agar tekanan darah pasien dapat terkendali (Kemenkes, 2015c). Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap intervensi yang pernah dilakukan untuk mendorong terkendalnya tekanan darah pasien menjadi lebih baik.

Intervensi pada faktor kepesertaan JKN dapat dilakukan oleh pemerintah dengan cara menjadikan seluruh masyarakat yang tidak mampu menjadi anggota PBI dan menjadikan semua kepesertaan kelas 3 menjadi anggota PBI. Sesuai dengan amanat undang-undang sistem jaminan sosial nasional bahwa semua rakyat

Indonesia berhak mendapatkan kehidupan yang layak termasuk pelayanan kesehatan (Sekneg, 2004). Cara ini akan menjamin akses pengobatan bagi masyarakat yang tidak mampu untuk mendapatkan akses pengobatan dari pemerintah. Intervensi ini membutuhkan biaya yang cukup besar karena jumlah masyarakat yang ditanggung iurannya cukup besar. Pemerintah perlu menghitung besarnya iuran yang harus disiapkan dan mengidentifikasi sumber keuangan untuk membiayai iuran tersebut.

Rendahnya proporsi laki-laki pada penelitian ini dapat menyebabkan terkendalnya tekanan darah pasien menjadi rendah. Jenis kelamin merupakan faktor yang tidak dapat dilakukan intervensi karena merupakan faktor bawaan sejak lahir. Semua peserta JKN baik perempuan atau laki-laki memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan berpengaruh terhadap kepatuhan pasien minum obat (Pan et al., 2019, Tilea et al., 2018, Balitbangkes, 2018). Pasien yang berjenis kelamin perempuan memiliki kepatuhan minum obat yang lebih baik dibandingkan dengan laki-laki. Kepatuhan minum obat yang lebih baik pada perempuan seharusnya mendorong tekanan darah lebih terkontrol pada perempuan. Hasil penelitian ini menunjukkan hal yang berbeda, proporsi tekanan darah pasien yang terkontrol lebih besar ditemukan pada pasien laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa pada penelitian ini kepatuhan minum obat pada perempuan tidak mendorong terkendalnya tekanan darah pasien.

Intervensi yang dapat dilakukan pada kelompok umur adalah dengan cara melakukan deteksi dini pada kelompok umur yang mulai berisiko menderita hipertensi. Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi mulai meningkat pada penduduk berusia 45 tahun keatas (Balitbangkes, 2018). Program penanggulangan PTM yang dilakukan di posbindu mulai dilakukan pada populasi yang berusia 15 tahun. Semua penduduk yang sudah berusia 15 tahun diharuskan melakukan skrining terhadap faktor risiko penyakit hipertensi. Deteksi dini ini sudah tepat dilakukan untuk mengurangi faktor risiko terjadinya hipertensi dan memberikan pengobatan sedini mungkin agar peluang tekanan darah pasien dapat terkontrol lebih besar (Kemenkes, 2015c).

Intervensi pada kelompok umur yang lebih rendah mendorong terkontrolnya tekanan darah pasien. Umur pasien yang lebih rendah memberi peluang tekanan darah pasien terkontrol (Getenet et al., 2019, Awino et al., 2016). Pada umumnya fungsi organ yang berperan dalam sistem peredaran darah pada usia muda lebih baik dibandingkan pasien yang tua (Whittlesea and Hodson, 2019). Sehingga pengobatan yang diberikan akan memberikan hasil yang lebih baik pada usia lebih muda (Artiyaningrum and Azam, 2016). Kementerian Kesehatan harus meningkatkan peran posbindu dalam melakukan deteksi awal hipertensi agar masyarakat yang memiliki risiko hipertensi dapat terdiagnosis sejak awal dan segera mendapat pengobatan sesuai dengan kebutuhan.

Intervensi yang dapat dilakukan melalui faktor tingkat pendidikan pasien adalah dengan melakukan edukasi terstruktur kepada semua pasien hipertensi. Perbedaan pemahaman akan terjadi sesuai dengan tingkat pendidikan yang pasien miliki. Pasien dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami penyakit, menghindari faktor risiko dan patuh mengikuti petunjuk pengobatan yang diberikan. Kementerian Kesehatan perlu melakukan edukasi dengan cara yang mudah dimengerti, menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan memberikan contoh langsung kepada pasien (Alefian et al., 2019, Mbouemboue et al., 2016, Singh et al., 2017). Cara ini memberikan hasil yang cukup baik untuk memberikan edukasi tentang penyakit dan penanggulangan hipertensi pada pasien.

Intervensi karakteristik lama pasien sakit yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan deteksi dini penyakit hipertensi. Cara ini akan menghasilkan penemuan kasus atau faktor risiko hipertensi pada usia yang lebih muda. Semakin cepat kasus atau faktor risiko dideteksi maka semakin mudah hipertensi dapat dikendalikan karena pasien yang sudah lama menderita hipertensi akan berisiko memiliki komorbiditas (Pan et al., 2019, Berhe et al., 2017, Chen et al., 2016). Semakin banyak komorbiditas yang dialami pasien memerlukan obat yang lebih banyak dan menyebabkan kepatuhan pasien minum obat menurun. Deteksi dini yang dilakukan pada usia muda akan memberikan peluang keberhasilan pengobatan hipertensi yang lebih besar.

Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien dengan komorbiditas adalah dengan memberikan obat yang sesuai dengan komorbiditas pasien dan memberikan

pemahaman tentang faktor risiko yang dapat menyebabkan hipertensi (Getenet et al., 2019). Penanggulangan komorbiditas dapat dilakukan dengan memberikan obat yang sesuai dengan komorbiditas pasien. Cara ini dilakukan pada pasien yang menjadi sampel penelitian. Cara ini mudah namun berisiko pada kepatuhan pasien minum obat. Semakin banyak obat yang diminum menyebabkan kepatuhan pasien minum obat berkurang (Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018). Cara ini harus disertai dengan modifikasi gaya hidup pasien sehingga tekanan darah pasien dapat terkendali dengan lebih baik (Kemenkes, 2015c).

Pemahaman kepada pasien untuk mengontrol komorbiditas dapat dilakukan dengan melakukan edukasi tentang diet gula, garam dan lemak, aktifitas fisik, menghindari stress, alkohol dan rokok. Edukasi akan meningkatkan pengetahuan pasien tentang peran diet dalam mendukung terkontrolnya tekanan darah. Bagi pasien hipertensi yang menderita diabetes pengendalian kadar gula darah menjadi penting agar faktor risiko hipertensi dapat dihindari dan tekanan darah pasien dapat terkendali. Bagi pasien dengan obesitas pengendalian asupan lemak perlu dilakukan agar faktor risiko hipertensi dan tekanan darah pasien dapat terkendali (Kemenkes, 2015c). Terkendalnya faktor risiko hipertensi dengan melakukan diet akan mengurangi jumlah obat yang diminum pasien. Hal ini akan mengurangi jumlah obat yang harus diminum pasien secara keseluruhan dan akan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat (Maginga et al., 2016, Vrijens et al., 2017).

Intervensi yang dapat dilakukan pada karakteristik lama minum obat adalah dengan memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya patuh minum obat agar tekanan darah pasien dapat terkendali (Maginga et al., 2016). Intervensi ini harus dilakukan setiap kali pasien melakukan pemeriksaan kesehatan di instalasi farmasi rumah sakit (Kemenkes, 2019d). Pasien harus mendapatkan konseling setiap kali pasien mendapatkan obat dari instalasi farmasi. Cara lain adalah menentukan obat yang paling sesuai dengan kondisi pasien. Pasien yang sudah lama menderita hipertensi memiliki pengalaman tentang obat yang paling sesuai dengan kondisinya. Selama pengobatan dokter juga sudah menilai obat yang memberikan efektifitas optimal bagi pasiennya. Kombinasi edukasi dan pemilihan obat yang sesuai dengan kondisi pasien mendorong tekanan darah pasien dapat terkendali dengan lebih baik.

Intervensi yang dapat dilakukan pada karakteristik rata-rata jumlah obat pasien adalah dengan melakukan evaluasi efektifitas obat yang masuk kedalam Formularium Nasional. Hal ini dilakukan karena Formularium Nasional dijadikan acuan bagi rumah sakit untuk melakukan pengadaan obat dan juga menjadi dokter dalam melakukan pengobatan ke pasien JKN (Kemenkes, 2017, Kemenkes, 2019a). Jumlah obat yang sedikit namun dapat memberikan efektifitas yang maksimal dalam Formularium Nasional akan memberikan kemudahan rumah sakit dalam melakukan pengadaan, pendistribusian, penyimpanan dan pemberian kepada pasien (Health, 2012). Kementerian Kesehatan harus melakukan evaluasi terhadap efektifitas obat-obat antihipertensi yang masuk dalam Formularium Nasional agar efektifitas pengobatan kepada pasien menjadi lebih baik (Kemenkes, 2018a).

Tingginya proporsi pasien yang pernah ganti jumlah obat menyebabkan tekanan darah pasien sulit terkendali. Penggantian jumlah obat dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi dan keparahan penyakit pasien. Apabila penambahan atau pengurangan jumlah obat dilakukan dengan melihat kondisi pasien maka hal ini menjadi wajar. Namun apabila penambahan atau pengurangan jumlah obat karena kekosongan obat maka hal ini akan menjadi masalah. Masalah yang timbul karena kekosongan obat diantaranya salah dosis, perpanjangan terapi, komplain pasien, perpindahan pasien bahkan kematian (Kanyoma and Khomba, 2013, McLaughlin et al., 2013). Ganti jumlah obat dapat dikurangi dengan cara mematuhi pedoman pengobatan yang sudah disepakati oleh seluruh anggota rumah sakit. Pemilihan obat yang selektif sesuai dengan komorbiditas dan keparahan penyakit oleh dokter sesuai dengan pedoman pengobatan akan mengurangi ganti jumlah obat. Pihak rumah sakit juga harus berkomitmen menyediakan semua obat yang digunakan dalam pedoman pengobatan tersebut. Cara ini dapat mengurangi ganti jumlah obat karena kekosongan obat, menjamin ketersediaan obat dan kualitas pengobatan yang baik.

Intervensi yang dapat dilakukan pada karakteristik ganti jumlah obat pasien adalah dengan mematuhi pedoman pengobatan yang sudah disepakati. Dokter yang merawat pasien harus mematuhi formularium rumah sakit yang sudah disusun dan disepakati oleh seluruh anggota rumah sakit. Rumah sakit juga harus berkomitmen untuk selalu menyediakan obat yang sudah ada dalam formularium rumah sakit.

Cara ini diharapkan dapat mengurangi pergantian jumlah obat karena kekosongan obat di rumah sakit (Kemenkes, 2017). Selain itu pemeriksaan yang menyeluruh terhadap semua faktor risiko yang dimiliki pasien akan menunjukkan jumlah obat yang dibutuhkan oleh pasien (Health, 2012).

Tingginya proporsi pasien yang melakukan diet dapat mendorong ter kendalinya tekanan darah pasien. Faktor diet pada pasien merupakan faktor yang dapat dilakukan intervensi untuk mendorong ter kendalinya tekanan darah pasien. Tingginya kadar gula, garam dan lemak dalam darah dapat menyebabkan hipertensi selain menyebabkan tekanan darah sulit diturunkan. Pasien yang melakukan diet gula, garam dan lemak dapat menurunkan tekanan darahnya sekaligus menghilangkan faktor risiko hipertensi. Penelitian menunjukkan bahwa proporsi pasien diet yang lebih tinggi mendorong tekanan darah pasien ter kendali (Shrivastava et al., 2017, Eshkoor et al., 2016, Bando et al., 2018, Yang et al., 2014). Hal ini menunjukkan bahwa program diet gula, garam, dan lemak mendorong ter kendalinya tekanan darah pasien.

Intervensi yang dapat dilakukan pada karakteristik diet adalah dengan menjadikan program diet sebagai program untuk mengurangi faktor risiko hipertensi (Kemenkes, 2013a, Kemenkes, 2015c). Dokter perlu melakukan edukasi kepada pasien tentang pentingnya melakukan diet gula, garam dan lemak agar tekanan darah pasien dapat ter kendali. Kader posbindu juga perlu menggiatkan penyuluhan pentingnya diet pada kelompok masyarakat yang menjadi sasarannya. Cara ini diharapkan dapat mendorong ter kendalinya tekanan darah pasien hipertensi.

Lokasi rumah sakit yang berada di kota mempermudah pengiriman obat yang diperlukan pasien (Lu, 2011). Harga perkiraan sendiri obat JKN yang sudah ditetapkan termasuk biaya distribusi ke rumah sakit. Kecilnya pesanan obat rumah sakit, jarak pengiriman yang jauh akan mengurangi keuntungan yang diperoleh distributor. Hal ini menyebabkan pengiriman obat ke rumah sakit dalam jumlah kecil dan jarak yang jauh menjadi terhambat. Hal ini tidak boleh terjadi karena semua rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mendapat hak yang sama untuk memperoleh obat. Biaya pengiriman dapat ditanggulangi dengan

melakukan pengiriman ke rumah sakit yang terencana. Data pengiriman terencana dapat diketahui oleh distributor pada waktu rumah sakit mengirim RKO dengan melakukan pengisian rencana pengiriman obat pertahun. Hal ini penting agar kendala biaya pengiriman dapat dikurangi sehingga obat bisa sampai ke rumah sakit.

Kementerian Kesehatan juga harus melakukan evaluasi terhadap harga perkiraan sendiri yang ditetapkan untuk obat JKN. Harga perkiraan sendiri yang terlalu kecil menyebabkan pabrik susah memproduksi obat. Bahan baku obat yang 80% merupakan bahan impor menyebabkan harga obat menjadi mahal. Harga perkiraan sendiri yang terlalu tendah juga menyebabkan distributor sulit untuk mendistribusikan obat sampai ke rumah sakit (Lu, 2011). Kementerian Kesehatan harus melakukan evaluasi dengan mengumpulkan pabrik obat untuk dapat memformulasikan harga yang sesuai untuk obat JKN. Cara ini akan menghasilkan harga perkiraan sendiri yang dapat diterima oleh pabrik obat.

Rendahnya proporsi pasien yang mendapat obat 30 hari dapat menyebabkan terkendalanya tekanan darah pasien menjadi rendah. Intervensi kebijakan pemberian obat dapat dilakukan dengan mendorong rumah sakit untuk memberikan obat kepada pasien selama 30 hari. Dalam peraturan memang tidak disebutkan bahwa rumah sakit harus memberikan obat kepada pasien selama 30 hari (Kemenkes, 2016b). Rumah sakit diberi kebebasan untuk memberikan obat sesuai dengan kemampuan rumah sakit. Pemberian obat kepada pasien selama 30 hari memberikan kemudahan kepada pasien karena pasien tidak perlu pergi ke apotek untuk mendapatkan obat 23 hari. Selain itu rumah sakit juga mendapat keuntungan yang lebih jika memberikan obat 30 hari kepada pasien.

Kementerian Kesehatan dapat melakukan intervensi kepada rumah sakit swasta dengan memberikan kemudahan untuk memperoleh akses *e-purchasing*. Syarat yang ditetapkan untuk rumah sakit agar mendapat akses *e-purchasing* dapat dipermudah untuk rumah sakit swasta. Sebagai contoh pengadaan dengan cara *e-purchasing* dilakukan oleh pejabat pembuat komitmen yang sudah memiliki sertifikat pengadaan (Kemenkes, 2014a). Beberapa rumah sakit swasta belum memiliki orang yang memiliki sertifikat tersebut. Mereka harus mengirim orang

untuk mengikuti kursus pengadaan barang dan jasa pemerintah. Rumah sakit swasta meminta kepada Kementerian Kesehatan untuk memberikan kelonggaran syarat agar mereka dapat melakukan *e-purchasing*.

Proporsi pasien yang terkontrol di rumah sakit swasta kota Bandung lebih besar dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Beberapa karakteristik pasien yang dapat mempengaruhi keterkendalian tekanan darah adalah jenis kepesertaan JKN, umur pasien, pendidikan pasien, lama pasien sakit, komorbiditas, lama minum obat, rata-rata jumlah obat pasien, ganti jumlah jenis obat dan lokasi rumah sakit. Pasien yang berobat di rumah sakit kota Bandung memiliki proporsi kepesertaan PBI lebih tinggi, proporsi umur <60 tahun yang lebih tinggi, proporsi pendidikan tinggi yang lebih tinggi dan proporsi lama pasien sakit ≤ 1 tahun lebih tinggi. Selain itu pasien yang berobat di rumah sakit swasta kota Bandung memiliki proporsi tanpa komorbiditas yang tinggi, proporsi 1 jenis obat yang tinggi, proporsi tidak ganti jumlah obat yang tinggi dan proporsi diet yang tinggi. Rumah sakit swasta kota Bandung berlokasi di kota dan rumah sakit swasta kabupaten Bangka berlokasi di kabupaten.

Proporsi peserta PBI di rumah sakit swasta kota Bandung yang lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka mendorong tekanan darah pasien lebih terkontrol. Walaupun tidak ada perbedaan dalam memperoleh obat yang dibutuhkan namun pasien PBI yang kepesertaannya dijamin oleh pemerintah memiliki akses berobat yang lebih baik dibandingkan dengan pasien non PBI (Kemenkumham, 2018a). Hal ini yang mendorong tekanan darah pasien PBI lebih terkontrol dibandingkan pasien non PBI. Berdasarkan peraturan tidak ada perbedaan antara pasien PBI dan non PBI untuk mendapatkan obat sesuai dengan kebutuhannya. Pasien PBI memperoleh keuntungan karena iurannya dibayarkan oleh pemerintah berarti pasien PBI mendapat akses berobat dan obat secara terus menerus (Kemenkumham, 2018a). Hal inilah yang menyebabkan peluang tekanan darah pasien PBI lebih terkontrol lebih besar dibandingkan pasien non PBI.

Proporsi umur pasien yang berusia <60 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Proporsi pasien yang lebih muda mendorong terkontrolnya tekanan darah yang lebih tinggi.

Penelitian menunjukkan bahwa usia lebih tua mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat dan juga meningkatkan prevalensi hipertensi (Singh et al., 2017, Kishore et al., 2016). Banyaknya pasien yang berusia ≥ 60 tahun di rumah sakit swasta kabupaten Bangka menyebabkan tekanan darah pasien menjadi sulit terkendali. Program deteksi dini hipertensi pada masyarakat perlu dilakukan lebih giat lagi agar tekanan darah pasien dapat terkendali lebih baik.

Proporsi pasien dengan pendidikan tinggi di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Hal ini wajar karena masyarakat yang tinggal di kota memiliki akses pendidikan yang lebih baik dibandingkan dengan kabupaten. Pendidikan yang lebih tinggi mendorong pasien lebih mudah memahami penyakit dan faktor penyebab hipertensi. Pendidikan yang lebih tinggi juga mendorong kepatuhan pasien mengikuti anjuran pengobatan yang harus dilakukan (Getenet et al., 2019). Sehingga dengan proporsi pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi pada pasien di rumah sakit swasta kota Bandung mendorong tekanan darah pasien lebih terkendali dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka (Singh et al., 2017, Akoko et al., 2017, Kishore et al., 2016).

Proporsi pasien yang menderita sakit ≤ 1 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Tingginya proporsi pasien yang menderita sakit ≤ 1 tahun mendorong tekanan darah pasien yang terkendali lebih tinggi (Chen et al., 2016). Hal ini menyebabkan proporsi tekanan darah yang terkendali di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Pemeriksaan untuk mengetahui penyakit hipertensi sejak awal perlu dilakukan pada masyarakat agar tekanan darah pasien yang terkendali menjadi lebih besar.

Proporsi pasien tanpa komorbiditas di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan proporsi pasien tanpa komorbiditas di rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Tingginya proporsi pasien tanpa komorbiditas mendorong terkendalinya tekanan darah pasien di rumah sakit kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Penelitian menunjukkan bahwa komorbiditas memiliki pengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah pasien (Gebremichael et al., 2019), tingginya kadar gula dan kolesterol dalam darah

dapat menyebabkan hipertensi (Eshkoo et al., 2016, Kishore et al., 2016, Pandey et al., 2016). Selain itu komorbiditas yang diderita pasien juga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien berobat. Semakin banyak komorbiditas semakin rendah tingkat kepatuhan yang dimiliki pasien (Asgedom et al., 2018). Hal ini menyebabkan proporsi tekanan darah yang terkendali di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Program pengendalian hipertensi tidak hanya fokus pada terkendalinya tekanan darah tetapi juga memperhatikan komorbiditas penyakit lainnya sehingga program pengendalian tekanan darah pasien dapat tercapai.

Proporsi pasien yang minum obat ≤ 1 tahun di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Lama minum obat mempengaruhi kepatuhan minum obat dan terkendalinya tekanan darah (Berhe et al., 2017). Lamanya pasien minum obat menyebabkan pasien jenuh minum obat sehingga kepatuhan pasien menjadi rendah. Kepatuhan minum obat yang rendah menyebabkan tekanan darah pasien sulit terkendali. Hal ini yang menyebabkan tekanan darah pasien yang berobat ke rumah sakit swasta kota Bandung lebih terkendali dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka.

Proporsi pasien yang minum 1 jenis obat di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah swasta kabupaten Bangka. Banyaknya jumlah tablet yang harus diminum berdampak pada kepatuhan pasien. Semakin banyak jumlah tablet yang harus diminum maka kepatuhan pasien semakin menurun (Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018, Asgedom et al., 2018, Choi et al., 2018, Vrijens et al., 2017). Kombinasi 2 obat hipertensi dalam 1 tablet terbukti efektif dalam mengendalikan tekanan darah pasien (Sung et al., 2016). Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap efektifitas obat dan kombinasi obat hipertensi untuk pasien hipertensi agar daftar obat dalam Formularium Nasional dapat lebih efisien.

Proporsi pasien yang tidak ganti jumlah obat di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Secara teori dokter tidak akan mengurangi atau menambah jumlah obat apabila tekanan darah pasien sudah terkendali (Kemenkes, 2013a, Whittlesea and Hodson, 2019).

Pergantian jumlah obat pasien tergantung pada kondisi pasien saat melakukan pemeriksaan. Apabila tekanan darah pasien dinilai terkendali maka dokter akan melanjutkan terapi pasien. Pergantian jumlah obat yang sesuai dengan kebutuhan pasien memberikan jaminan tekanan darah terkendali. Pergantian yang disebabkan karena ketersediaan yang buruk akan merugikan pasien karena risiko tekanan darah tidak terkendali semakin besar (Horsa et al., 2019).

Proporsi pasien yang diet di rumah sakit swasta kota Bandung lebih tinggi dibandingkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka. Pasien yang melakukan diet gula, garam dan lemak mendorong tekanan darah pasien terkendali (Eshkoo et al., 2016, Bando et al., 2018, Shrivastava et al., 2017). Diet gula, garam dan lemak akan mengurangi kadar gula, garam dan lemak dalam darah sehingga viskositas darah menurun. Turunnya viskositas darah menyebabkan tekanan darah pasien menjadi turun (Whittlesea and Hodson, 2019). Hal ini yang menyebabkan tekanan darah pasien yang melakukan diet menjadi lebih mudah terkendali dibandingkan pasien yang tidak melakukan diet.

Rumah sakit swasta kota Bandung berada di wilayah kota sedangkan rumah sakit swasta kabupaten Bangka berada di wilayah Kabupaten. Keberadaan rumah sakit swasta kota Bandung yang lebih dekat dengan distributor memudahkan distributor mengirim obat yang dibutuhkan rumah sakit. Harga obat yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang sudah termasuk biaya kirim memudahkan distributor mengirim obat di wilayah kota dibandingkan dengan kabupaten. Sehingga pengiriman obat ke wilayah kota lebih cepat dibandingkan dengan kabupaten (Lu, 2011, Bappenas, 2019). Biaya pengiriman obat yang besar ke kabupaten dapat diatasi dengan pengiriman yang terencana. Rencana realisasi RKO rumah sakit yang dibagi dalam beberapa pengiriman memudahkan distributor untuk mengirim obat dan memudahkan pabrik untuk memproduksi obat yang dibutuhkan.

Secara umum intervensi yang perlu dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah meningkatkan kepesertaan pasien JKN menjadi PBI, melakukan deteksi dini hipertensi pada masyarakat, meningkatkan edukasi dan konseling kepada pasien yang berobat, menggiatkan penanggulangan faktor risiko melalui diet dan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat. Selain itu Kementerian Kesehatan

perlu melakukan evaluasi terhadap akses *e-purchasing*, HPS obat JKN dan keberadaan distributor agar pengiriman obat ke rumah sakit menjadi lebih mudah, murah dan cepat. Promosi kesehatan perlu ditingkatkan pada pasien yang berobat di rumah sakit dengan keterbatasan akses obat. Menghindari faktor resiko hipertensi merupakan jalan yang baik agar komorbiditas pasien dapat dihindari dan kebutuhan obat pasien dapat dikurangi. Cara ini diharapkan dapat meningkatkan peluang terkendalnya tekanan darah pasien menjadi lebih besar.

6.3. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Hipertensi Dengan terkendalnya Tekanan Darah di Berbagai Rumah Sakit.

Analisis bivariat menunjukkan karakteristik yang memiliki hubungan kuat ($p\text{-value} < 0,250$) dengan terkendalnya tekanan darah pasien (Hair et al., 2014a). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pasien yang memiliki jaminan pengobatan secara terus menerus dan memiliki pengetahuan yang cukup berpotensi tekanan darahnya lebih terkontrol. Pasien yang menderita hipertensi belum lama dan tidak memiliki penyakit penyerta memiliki peluang terkendalnya tekanan darah lebih besar. Pasien yang melakukan diketahui menderita hipertensi lebih awal memerlukan jumlah obat yang lebih sedikit sehingga kepatuhan pasien minum obat lebih baik. Kepatuhan pasien dalam mengikuti diet yang dianjurkan oleh dokter dan kemudahan rumah sakit dalam menyediakan obat sesuai kebutuhan pasien juga mendorong terkendalnya tekanan darah pasien. Hubungan antara karakteristik dengan terkendalnya tekanan darah pasien akan diuraikan dibawah ini.

Pada penelitian ini karakteristik jenis kepesertaan memiliki pengaruh yang cukup kuat pada terkendalnya tekanan darah pasien. Nilai sebesar 2,12 menunjukkan bahwa karakteristik kepesertaan JKN sebagai PBI berpengaruh pada terkendalnya tekanan darah dan kepatuhan pasien berobat (Mengue et al., 2016, Prinja et al., 2015a). Jumlah pasien PBI yang ditanggung pemerintah hingga tahun 2019 berjumlah 96,8 juta jiwa memerlukan anggaran yang besar. Komitmen Kementerian Kesehatan untuk terus membiayai pasien PBI menjadi hal yang penting karena akses pasien PBI sangat bergantung pada kemampuan membayar iuran dari pemerintah.

Nilai OR karakteristik pendidikan pasien (OR=1,78) pada penelitian ini lebih rendah dibandingkan nilai OR penelitian lain yang berkisar antara 2,15 sampai 4,25 dalam mempengaruhi ter kendalnya tekanan darah pasien (Getenet et al., 2019, Maginga et al., 2016, Tiffe et al., 2017, Gebremichael et al., 2019). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan karakteristik pendidikan pasien dengan ter kendalnya tekanan darah masih belum kuat dibandingkan penelitian lain. Tingginya tingkat pendidikan yang dimiliki pasien akan berpengaruh terhadap pengetahuan yang dimiliki pasien. Pengetahuan pasien tentang faktor risiko hipertensi dan cara pencegahannya mendorong ter kendalnya tekanan darah pasien. Peran serta Kementerian Kesehatan dalam mengedukasi pasien sangat penting untuk meningkatkan pengaruh pendidikan pada ter kendalnya tekanan darah pasien hipertensi.

Karakteristik lama pasien sakit berhubungan dengan komorbiditas yang dimiliki pasien. Semakin cepat pasien diketahui menderita hipertensi maka semakin cepat komorbiditas atau faktor risiko hipertensi pada pasien diketahui. Hal ini akan mempercepat pengobatan yang diberikan kepada pasien. Nilai OR karakteristik lama pasien sakit sebesar 1,52 terhadap ter kendalnya tekanan darah pasien hampir sama dengan penelitian yang pernah dilakukan yaitu sebesar 1,80 (Chen et al., 2016). Kementerian Kesehatan perlu melakukan deteksi awal pada masyarakat yang memiliki risiko hipertensi agar pengobatan hipertensi lebih baik.

Pada penelitian ini karakteristik komorbiditas memiliki nilai OR=1,63 terhadap ter kendalnya tekanan darah pasien. Nilai OR ini berada diantara nilai OR penelitian lainnya yaitu sebesar 1,05 - 3,6 (Getenet et al., 2019, Berhe et al., 2017, Chen et al., 2016, Asgedom et al., 2018, Li et al., 2016). Komorbiditas dapat mempengaruhi tekanan darah baik secara langsung atau tidak langsung. Komorbiditas yang dimiliki pasien seperti diabetes dan kolesterol dapat menyebabkan hipertensi dan kalau komorbiditas diobati maka akan menambah jumlah tablet yang harus diminum. Jumlah tablet yang banyak akan menurunkan kepatuhan pasien minum obat sehingga tekanan darah sulit ter kendali (Vrijens et al., 2017, Barretol et al., 2015). Program penanggulangan penyakit tidak menular perlu memperhatikan komorbiditas pasien agar tekanan darah pasien dapat ter kendali.

Karakteristik rata-rata jumlah obat pasien menggambarkan rata-rata jumlah obat yang diminum pasien selama 1 tahun. Tingginya nilai $OR=2,23$ pada karakteristik rata-rata jumlah obat menunjukkan bahwa jumlah obat mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah melalui mekanisme kepatuhan pasien minum obat. Semakin banyak jumlah obat hipertensi yang harus diminum pasien maka kepatuhan pasien akan menurun. Kepatuhan yang menurun menyebabkan tekanan darah pasien tidak terkontrol (Hasan, 2016, Shrivastava et al., 2017, Tilea et al., 2018, Choi et al., 2018, Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016, Adenlyl et al., 2016). Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap daftar obat dalam Formularium Nasional agar obat yang beredar adalah obat yang memberikan manfaat yang paling baik.

Terkontrolnya tekanan darah pasien pada penelitian ini dipengaruhi oleh karakteristik ganti jumlah jenis obat. Penelitian menunjukkan bahwa ganti jumlah obat berhubungan dengan terkontrolnya tekanan darah pasien (Horsa et al., 2019). Pergantian jumlah obat karena kondisi pasien merupakan hal yang wajar namun ganti jumlah obat karena kekosongan obat akan merugikan pasien. Konsekuensi dari kekosongan obat menyebabkan substitusi obat pasien. Substitusi obat meningkatkan risiko kesalahan perhitungan dosis, timbulnya efek samping, waktu terapi yang lebih panjang dan keluhan dari pasien (McLaughlin et al., 2013). Peran dari Kementerian Kesehatan dalam menjamin ketersediaan obat bagi pasien hipertensi sangat penting agar tidak terjadi substitusi obat di rumah sakit.

Terkontrolnya tekanan darah pasien pada penelitian ini dipengaruhi oleh karakteristik diet pasien dengan nilai OR sebesar 2,20 dimana nilai ini berada diatas penelitian yang lain ($OR= 1,27-1,92$) (Eshkoo et al., 2016, Yang et al., 2014, Ndanuko et al., 2016, Animut et al., 2018). Mekanisme diet dalam mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah adalah dengan mengurangi faktor risiko seperti diabetes dan hiperkolestrol. Penelitian menunjukkan bahwa melalui diet gula, garam dan lemak akan menurunkan tekanan sistolik dan diastolik pasien (Eshkoo et al., 2016, Yang et al., 2014). Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik diet pada penelitian ini merupakan karakteristik yang penting dalam mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien. Program diet bagi pasien yang mengalami

hipertensi harus menjadi kewajiban bagi pasien agar tekanan darah pasien dapat terkendali.

Karakteristik lokasi rumah sakit pada penelitian ini memiliki nilai OR=11,37 terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Nilai OR karakteristik lokasi rumah sakit penelitian ini lebih besar dibandingkan penelitian lain yaitu sebesar 6,85 (Getenet et al., 2019). Nilai OR yang besar pada penelitian ini menunjukkan bahwa lokasi rumah sakit di kota memberikan peluang kepada pasien 11,37 kali tekanan darahnya terkendali dibandingkan rumah sakit di kabupaten. Rantai suplai obat menunjukkan bahwa pengiriman obat ke rumah sakit wilayah kota lebih mudah, lebih cepat dan lebih murah dibandingkan pengiriman obat ke rumah sakit wilayah kabupaten. Sehingga ketersediaan obat di rumah sakit wilayah kota lebih baik dibandingkan rumah sakit wilayah kabupaten. Tingginya nilai OR pada lokasi rumah sakit menunjukkan bahwa karakteristik ini memiliki pengaruh yang besar pada terkendalinya tekanan darah pasien (Hair et al., 2014b).

Terkendalinya tekanan darah pasien pada penelitian ini dipengaruhi oleh karakteristik kebijakan pemberian obat dengan nilai OR sebesar 0,57. Hasil ini bisa terjadi karena pasien yang mendapat obat 7 hari juga akan mendapat obat 23 hari di apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2016b). Sehingga tidak ada perbedaan jumlah obat yang diberikan baik kepada pasien yang mendapat obat 7 hari atau 30 hari di rumah sakit. Walaupun tidak ada perbedaan jumlah obat yang diterima pasien namun pemberian obat selama 30 hari di rumah sakit akan mempermudah pasien mendapatkan obat yang dibutuhkan.

Karakteristik kepemilikan rumah sakit memiliki nilai OR=1,35 terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Rumah sakit pemerintah yang memiliki akses *e-purchasing*, dana belanja obat yang lebih besar serta belanja obat untuk keperluan 3 bulan memberikan jaminan ketersediaan obat yang lebih baik dibandingkan rumah sakit swasta (Bigdeli et al., 2012). Jaminan ketersediaan obat yang lebih baik menjamin pemberian obat pasien sesuai dengan kebutuhannya, sehingga keterkendalian tekanan darah pasien menjadi lebih baik. Kementerian Kesehatan perlu menjamin akses *e-purchasing* dapat dilakukan oleh semua rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pada penelitian ini pasien mendapat obat selama 12 bulan dari rumah sakit namun keterkendalian tekanan darah hanya sebesar 28,2%. Hasil penelitian menyebutkan bahwa ada karakteristik jenis kepesertaan JKN, pendidikan pasien, lama pasien sakit, komorbiditas, rata-rata jumlah obat, ganti jumlah jenis obat, diet pasien, lokasi rumah sakit, kebijakan pemberian obat dan kepemilikan rumah sakit mempengaruhi terkendalinya tekanan darah. Keterkaitan karakteristik dengan keterkendalian tekanan darah akan diuraikan dibawah ini.

Karakteristik jenis kepesertaan pasien JKN sebagai PBI mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien. Sebenarnya tidak ada perbedaan hak antara pasien PBI dan non PBI, namun kelangsungan kepesertaan pasien PBI lebih terjamin karena iuran mereka dibayarkan oleh pemerintah (Kemenkumham, 2018a, Gupta et al., 2019, Asgedom et al., 2018). Jenis kepesertaan PBI memiliki peluang tekanan darahnya terkendali lebih besar dibandingkan non PBI karena jaminan iuran yang dibayarkan oleh pemerintah. Nilai OR pasien PBI sebesar 1,68 menunjukkan bahwa peran kepesertaan pasien sebagai PBI berpengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah. Sehingga kelangsungan pembayaran iuran peserta PBI ikut mendorong terkendalinya tekanan darah pasien.

Lamanya pasien menderita hipertensi berhubungan dengan lamanya pasien minum obat dan banyaknya komorbiditas yang dimiliki pasien. Pasien yang sudah lama sakit cenderung memiliki komorbiditas yang banyak sehingga mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien. Komorbiditas yang beragam menyebabkan jumlah obat yang diberikan akan bertambah. Bertambahnya jumlah obat akan menyebabkan kepatuhan pasien minum obat menurun (Vrijens et al., 2017, Barretol et al., 2015). Penelitian lain menunjukkan bahwa pasien yang sudah lama sakit memiliki kepatuhan minum obat yang rendah dibandingkan dengan pasien yang baru menderita sakit.(Chen et al., 2016, Berhe et al., 2017, Animut et al., 2018). Melihat hal ini maka edukasi tentang kepatuhan minum obat menjadi penting dalam pengobatan hipertensi.

Data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa rata-rata kepatuhan pasien hipertensi minum obat kurang dari 60% (Balitbangkes, 2018). Melihat hal ini maka edukasi kepada pasien tentang kepatuhan minum obat menjadi penting agar tekanan

darah pasien dapat terkendali. Kementerian Kesehatan perlu menggiatkan program konseling di rumah sakit agar kepatuhan pasien minum obat meningkat (Kemenkes, 2019d). Kementerian Kesehatan juga perlu meningkatkan program deteksi dini pada masyarakat agar penderita hipertensi dapat diketahui lebih awal. Program deteksi dini akan menemukan pasien lebih awal sehingga pasien yang terdeteksi belum memiliki komorbiditas yang beragam. Selain itu program penanggulangan penyakit tidak menular perlu memasukkan kepatuhan minum obat agar tekanan darah pasien dapat terkendali.

Rata-rata jumlah obat pasien mempengaruhi terkendalinya tekanan darah pasien melalui mekanisme kepatuhan pasien minum obat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa jumlah tablet yang diminum pasien dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien (Vrijens et al., 2017, Barreto et al., 2016, Adenlyl et al., 2016, Choi et al., 2018, Shrivastava et al., 2017). Agar jumlah tablet yang diminum pasien menjadi lebih sedikit maka formulasi tablet hipertensi dalam bentuk *Fixed Dose Combination (FDC)* dapat dibuat (Tilea et al., 2018). Selain itu konseling kepada pasien dengan kepatuhan rendah harus dilakukan oleh rumah sakit agar kepatuhan pasien meningkat dan tekanan darah pasien dapat terkendali (Kemenkes, 2019d).

Hasil multivariat menunjukkan bahwa diet yang dilakukan oleh pasien berpengaruh terhadap terkendalinya tekanan darah pasien. Tingginya kadar glukosa dan kolesterol dalam darah menyebabkan tekanan darah pasien meningkat (Eshkoo et al., 2016, Kishore et al., 2016). Pasien yang menjalani diet akan menurunkan faktor risiko hipertensi seperti diabetes dan kolesterol. Menurunnya faktor risiko pasien karena diet akan meningkatkan terkendalinya tekanan darah (Eshkoo et al., 2016, Shrivastava et al., 2017, Kishore et al., 2016, Thinyane et al., 2015, Noh et al., 2016, Ndanuko et al., 2016). Besarnya peran diet dalam penelitian ini menunjukkan pentingnya program diet bagi penderita hipertensi. Kementerian Kesehatan harus menjadikan program diet sebagai salah satu cara untuk mencegah dan menanggulangi penyakit hipertensi (Kemenkes, 2015c).

Lokasi rumah sakit di wilayah kota yang dekat dengan distributor memberikan peluang yang besar untuk terkendalinya tekanan darah pasien. Jarak

antara rumah sakit dan distributor mempengaruhi pengiriman obat ke rumah sakit karena harga obat (HPS) yang sudah ditetapkan Kementerian Kesehatan sudah termasuk biaya distribusi (Lu, 2011, Gupta et al., 2019, Pan et al., 2019). Harga perkiraan sendiri yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan merupakan harga pengiriman untuk ke rumah sakit dalam satu provinsi baik yang berada di kota maupun kabupaten. Kenyataannya pengiriman ke rumah sakit yang berada di kabupaten terkendala biaya pengiriman. Perbedaan ini tidak boleh terjadi karena semua rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan memiliki hak yang sama untuk memperoleh obat yang dibutuhkan. Kementerian Kesehatan harus melakukan evaluasi HPS obat dengan mempertimbangkan biaya kirim sampai ke rumah sakit di kabupaten (Kemenkumham, 2018b, Bappenas, 2019).

Biaya pengiriman obat yang sudah masuk dalam HPS obat menjadi salah satu pertimbangan distributor untuk mengirim obat. Permintaan obat rumah sakit dalam jumlah kecil dan jauh menyebabkan distributor menunggu kiriman yang bersamaan dengan rumah sakit. Hal ini dilakukan agar biaya pengiriman dapat terpenuhi dengan pembelian yang dilakukan rumah sakit (Lu, 2011). Hal ini tidak boleh terjadi karena semua rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berhak mendapatkan obat untuk pasien JKN. Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap HPS obat yang sudah ditetapkan dengan mempertimbangkan biaya distribusi ke rumah sakit. Hal ini penting untuk menjamin pengiriman obat oleh distributor ke rumah sakit.

Analisis multivariat menunjukkan bahwa karakteristik kebijakan pemberian obat mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah namun tidak memiliki nilai signifikan $\leq 0,05$. Hal ini dapat disebabkan karena pemberian obat selama 7 hari dari rumah sakit tidak berbeda dengan pemberian obat selama 30 hari. Pasien yang mendapat obat selama 7 hari akan mendapat sisa obat selama 23 hari di apotek yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan (Kemenkes, 2016b). Sehingga pada akhirnya pasien tetap mendapat obat selama 30 hari. Pemberian obat selama 30 hari di rumah sakit akan mempermudah pasien karena pasien tidak perlu ke apotek yang memberikan obat 23 hari.

Kendala yang dihadapi oleh apotek yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan dalam memberikan obat 23 hari adalah jenis obat yang dapat dipesan apotek berbeda dengan rumah sakit. Jenis obat yang dapat dipesan oleh apotek mengikuti jenis obat FKTP sedangkan jenis obat yang dapat dipesan rumah sakit mengikuti jenis obat FKRTL contohnya kandesartan 8 mg dan kandesartan 16 mg (Kemenkes, 2019a). Hal ini menyebabkan pasien kecewa dan tidak sedikit pasien yang mengeluarkan uang untuk memperoleh obat yang dibutuhkannya. Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi untuk akses apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh obat sehingga kendala ini tidak terjadi.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa karakteristik komorbiditas masuk dalam kandidat multivariat namun tidak masuk dalam model multivariat. Hal ini disebabkan karena pasien yang memiliki komorbiditas mendapatkan obat untuk komorbiditasnya, misalnya pasien yang menderita diabetes akan mendapat obat diabetes (Kemenkumham, 2018a). Hal ini menyebabkan komorbiditas pasien menjadi terkendali dan tidak mempengaruhi tekanan darah pasien. Selain itu sebanyak 58,7% pasien melakukan diet, dimana diet yang dilakukan pasien akan mengurangi faktor risiko terjadinya hipertensi (Whittlesea and Hodson, 2019).

Kendala yang dihadapi apabila pasien menderita komorbiditas adalah meningkatnya jumlah obat yang akan berdampak pada kepatuhan pasien minum obat. Obat yang diberikan dokter untuk mengatasi komorbiditas akan meningkatkan jumlah obat yang harus diminum oleh pasien. Jumlah obat yang banyak akan mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat (Vrijens et al., 2017). Cara penanganan komorbiditas yang menggunakan obat sudah baik namun perlu diikuti dengan program diet atau aktifitas fisik. Program diet yang baik dan aktifitas fisik yang teratur akan mengurangi faktor risiko hipertensi seperti diabetes dan kolesterol. Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Kementerian Kesehatan perlu ditingkatkan untuk mengurangi faktor risiko hipertensi di masyarakat (Kemenkes, 2016a). Berkurangnya faktor risiko hipertensi akan mengurangi jumlah obat yang diberikan kepada pasien sehingga kepatuhan pasien minum obat akan meningkat.

Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa sebanyak 75% masyarakat di Indonesia tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi. Proporsi masyarakat yang tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi sejalan dengan meningkatnya umur. Keterbatasan akses masyarakat untuk mendapatkan pengobatan perlu mendapat perhatian dari Kementerian Kesehatan (Balitbangkes, 2018). Kementerian Kesehatan harus meningkatkan kegiatan deteksi dini pada masyarakat secara aktif. Peran posbindu juga harus dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan deteksi dini. Selain itu program revitalisasi puskesmas perlu dilakukan agar masyarakat yang terdeteksi hipertensi segera mendapat obat (Kemenkes, 2015c). Cara-cara ini diharapkan dapat meningkatkan akses masyarakat untuk mendapatkan pengobatan hipertensi menjadi lebih baik.

Beberapa penelitian yang melakukan evaluasi terhadap kinerja posbindu menunjukkan bahwa masih banyak kendala dalam melakukan program posbindu. Kendala yang ditemukan diantaranya cakupan yang rendah, kompetensi SDM yang kurang, dana operasional yang belum mencukupi, sarana dan prasarana yang kurang, keterbatasan buku panduan, pencatatan yang belum optimal hingga koordinasi yang belum berjalan. Kementerian Kesehatan harus memberikan dukungan yang penuh pada SDM, dana, petunjuk operasional, sarana dan prasarana dan berkolaborasi dengan pihak terkait agar program Posbindu PTM dapat berjalan dengan baik (Suhbah et al., 2019, Mahdur and Sulistiadi, 2020, Putri et al., 2018, Sicilia et al., 2018, Primiyani et al., 2019).

Dampak dari tekanan darah yang tidak terkontrol pada pasien hipertensi adalah meningkatnya faktor risiko komplikasi penyakit pembuluh darah seperti stroke (Zhou et al., 2018, El-Hajj et al., 2018, Amelia K. Boehme, 2017, McManus and Liebeskind, 2016). Data Riset Kesehatan dasar menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia meningkat. Hal ini menyebabkan biaya kesehatan pada kelompok penyakit kardiovaskuler menjadi meningkat. Rata-rata biaya pengobatan stroke pasien JKN di rumah sakit antara Rp. 2,2 juta hingga Rp. 5,2 juta (Hadning et al., 2015, Mazidah et al., 2019). Biaya ini dapat dikurangi dengan mengontrol tekanan darah pasien hipertensi dengan baik. Terkendalinya tekanan darah pasien hipertensi akan mengurangi jumlah pasien yang stroke dan biaya perawatan pasien stroke.

Beberapa negara menghitung rata-rata biaya yang timbul akibat perawatan pasien stroke di rumah sakit. Biaya perawatan stroke di Amerika sebesar US\$ 44.929 – US\$ 61.354, rata-rata biaya perawatan stroke di Brazil selama setahun US\$ 1.307.114 dan di Lebanon antara US\$ 6.961 – US\$ 15.663 (Johnson et al., 2016, Safanelli et al., 2019, Abdo et al., 2018). Korea mencatat beban ekonomi yang timbul akibat stroke sebesar US\$ 6.855 milyar (Cha, 2018). Laporan keuangan BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa penyakit stroke merupakan penyakit ketiga yang menghabiskan dana BPJS Kesehatan yaitu sebesar 2,5 Triliun (Kesehatan, 2019). **Besarnya kerugian mulai dari perawatan hingga beban ekonomi yang timbul akibat penyakit stroke perlu mendapat perhatian dari Kementerian Kesehatan yaitu dengan cara mengurangi faktor resiko stroke seperti hipertensi. Penanggulangan penyakit tidak menular yang sudah dilakukan perlu ditingkatkan kembali agar komplikasi lanjut dari hipertensi dapat dikurangi.**

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan hasil penelitian ini adalah meningkatkan kepesertaan pasien JKN menjadi PBI, melakukan deteksi dini hipertensi pada masyarakat, meningkatkan edukasi dan konseling kepada pasien yang berobat, menggiatkan penanggulangan faktor risiko melalui diet dan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat. Selain itu Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap akses *e-purchasing*, HPS obat JKN dan keberadaan distributor agar pengiriman obat ke rumah sakit menjadi lebih mudah, murah dan cepat.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data kuantitatif diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil analisis pengukuran tekanan darah pasien selama 12 menunjukkan bahwa keterkendalian tekanan darah pasien hipertensi Jaminan Kesehatan Nasional masih rendah. Hal ini dibuktikan dari kenaikan proporsi tekanan darah pasien yang terkendali dalam 12 bulan sebesar 9,0%, pasien yang tidak terkendali selama 12 bulan sebesar 23,1% dan tekanan darah pasien yang terkendali sebesar 28,2%.
2. Faktor pasien yang mempengaruhi terkendalnya tekanan darah adalah jenis kepesertaan JKN, lama pasien sakit, rata-rata jumlah obat pasien, diet pasien dan lokasi rumah sakit.
3. Faktor rumah sakit yang mempengaruhi terkendalnya tekanan darah pasien adalah kebijakan pemberian obat.

7.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas dan dari hasil analisis data maka diperlukan saran kepada pihak-pihak yang berhubungan terkendalnya tekanan darah pasien. Pihak-pihak tersebut adalah Pasien, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, pabrik obat, distributor obat dan rumah sakit.

7.2.1. Pasien

1. Komorbiditas yang dimiliki pasien seperti diabetes dan hiperkolesterol akan mempengaruhi terkendalnya tekanan darah. Pasien perlu mematuhi anjuran dokter untuk melakukan diet gula, garam dan lemak agar komorbiditas dapat dikontrol. Komorbiditas yang dapat dikontrol akan

mengurangi jumlah obat yang diminum, sehingga kepatuhan pasien minum obat akan meningkat.

2. Kepatuhan pasien minum obat ikut mempengaruhi terkontrolnya tekanan darah pasien. Pasien harus mematuhi anjuran minum obat yang diberikan oleh dokter di rumah sakit agar tekanan darahnya dapat terkontrol.

7.2.2. Kementerian Kesehatan

1. Jaminan pembiayaan kesehatan yang dimiliki pasien berpengaruh terhadap kelangsungan pasien berobat. Kementerian Kesehatan harus terus menjamin kepesertaan PBI agar mereka selalu dapat berobat sehingga penyakit yang mereka derita bisa diobati.
2. Deteksi dini penyakit hipertensi pada masyarakat harus terus ditingkatkan karena peluang untuk terkontrolnya tekanan darah lebih besar pada usia lebih muda. Hal ini terjadi karena pada usia muda komorbiditas lebih sedikit dan kepatuhan pasien lebih besar sehingga peluang terkontrolnya tekanan darah menjadi lebih besar.
3. Pemberian konseling kepada pasien yang berobat ke rumah sakit perlu dilakukan agar pengetahuan dan kepatuhan Pasien meningkat. Pentingnya menghindari faktor risiko hipertensi melalui diet akan mengurangi jumlah obat yang diminum sehingga akan meningkatkan kepatuhan pasien.
4. Kementerian Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap akses *e-purchasing*, sehingga tidak ada lagi kendala bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh obat.
5. Evaluasi HPS obat JKN dengan industri obat perlu dilakukan untuk menghitung harga obat pantas. Harga ini akan menjamin proses produksi dan distribusi obat ke seluruh rumah sakit.
6. Evaluasi syarat pabrik yang ingin mengikuti tender obat JKN perlu dilakukan agar pengiriman obat ke rumah sakit menjadi lebih mudah, murah dan cepat. Keberadaan distributor di Ibukota provinsi akan mempermudah pabrik obat untuk melakukan distribusi obat.

7.2.3. BPJS Kesehatan

1. Hasil pengobatan kepada peserta BPJS sangat penting dalam mengontrol biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk rumah sakit. Evaluasi terhadap hasil pengobatan pasien di rumah sakit sangat diperlukan sebagai salah satu pertimbangan BPJS Kesehatan untuk melanjutkan kerjasama dengan rumah sakit.

7.2.4. Pabrik obat

1. Dalam rangka menjamin ketersediaan obat maka komitmen pabrik pemenang tender harus ditingkatkan untuk memenuhi kebutuhan obat pasien JKN. Pabrik pemenang tender segera memproduksi obat apabila mereka dinyatakan sebagai pemenang tender tanpa harus menunggu pesanan obat dari rumah sakit.
2. Ketersediaan bahan baku untuk obat yang mereka tenderkan harus tersedia dengan baik agar pabrik dapat langsung produksi saat mereka diumumkan sebagai pemenang.
3. Kendala akses *e-purchasing* yang dialami rumah sakit tidak dijadikan alasan pabrik obat untuk tidak memberikan obat ke rumah sakit. Pabrik obat harus memberikan obat pada rumah sakit baik yang dipesan melalui manual atau *e-purchasing*.

7.2.5. Distributor Obat

1. Jumlah pesanan, lokasi dan jarak rumah sakit tidak menjadi hambatan distributor untuk mengirim obat ke rumah sakit. Distributor tidak membedakan pesanan baik yang berasal dari rumah sakit pemerintah atau dari rumah sakit swasta baik yang ada di kota maupun di kabupaten.
2. Pengiriman bersama untuk satu rumah sakit oleh berbagai distributor perlu ditingkatkan agar biaya distribusi dapat menjadi lebih kecil.

7.2.6. Rumah Sakit

1. Agar akses *e-purchasing* dapat dimiliki oleh setiap rumah sakit, maka rumah sakit harus segera melengkapi syarat yang dibutuhkan untuk memperoleh akses

e-purchasing. akses ini akan mempermudah rumah sakit membeli obat sesuai dengan harga katalog elektronik.

DAFTAR PUSTAKA

- ABDO, R. R., ABBOUD, H. M., SALAMEH, P. G., JOMAA, N. A., RIZK, R. G. & HOSSEINI, H. H. 2018. Direct Medical Cost of Hospitalization for Acute Stroke in Lebanon: A Prospective Incidence-Based Multicenter Cost-of-Illness Study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-11.
- ABEGAZ, T. M., SHEHAB, A., GEBREYOHANNES, E. A., BHAGAVATHULA, A. S. & ELNOUR, A. A. 2017. Nonadherence to antihypertensive drugs : A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96, 1-9.
- ADAY, L. A. & ANDERSEN, R. 1974. A Framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 208-220.
- ADENLYL, O. V., YOGESWARAN, P., MBENZA, B. L. & GOON, D. T. 2016. Uncontrolled hypertension and its determinants in patients with concomitant type 2 diabetes melitus (T2DM) in rural South Africa. *PLOS ONE*, 1-12.
- ADY 2016. 8 Masalah Penghambat Jaminan Kesehatan Nasional.
- AHMED, H., IBRAHIM, M. & BABAR, Z. 2008. Affordability of essential medicines used for treating chronic disease in Malaysia : An academic perspective. *The Internet Journal of Third World Medicine*, 8, 1-8.
- AKOKO, B. M., FON, P. N., NGU, R. C. & NGU, K. B. 2017. Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study. *Cardiol Ther*, 5.
- AL-QAHTANI, A. M. 2018. Prevalence and Determinants of Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Primary Care Centers, Najran, Saudi Arabia. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 11, 821-825.
- ALEFAN, Q., HUWARI, D., ALSHOGRAN, O. Y. & JARRAH, M. I. 2019. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Dovepress*, 13, 577-585.
- ALSHEHRI, S. & ALSHAMMARI, A. 2016. Drug Supply Shortages in Pharmacies : Causes and Solution : A Case Study in King Khaled Eye Special Hospital. *International Business Management*, 10, 2453-2459.
- AMELIA K. BOEHME, C. E., MITCHELL S.V. ELKIND 2017. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *American Heart Association*, 472-295.
- ANDAYASARI, L. & OPITASARI, C. 2015. Determinan Hipertensi di Puskesmas dan RSUD Kabupaten Natuna. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*, 4, 89-98.
- ANDERSEN, R. & NEWMAN, J. F. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 51, 95-124.
- ANDERSEN, R. M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter ? . *Journal of Health and Social Behavior*, 1-10.
- ANDERSEN, R. M., MCCUTCHEON, A., ADAY, L. A., CHIU, G. Y. & BELL, R. 1983. Exploring dimensions access to medical care. *Health Services Research*, 49-74.
- ANDERSON, J. G. 1973. Health Services Utilization : framework and review. *Health Services Research*, 184-199.
- ANDISH, M. R. F. K., KHODASHENAS, H., FARKHONDEH, K., EBRAHIMI, F. & BESHARATIFARD, A. 2013. Research Method in Operation Research. *International Journal of Business and Behavioral Science*, 3, 9-19.

- ANIMUT, Y., ASSEFA, A. T. & LEMMA, D. G. 2018. Blood pressure control status and associated factors among adult hypertensive patients on outpatient follow-up at University of Gondar Referral Hospital, northwest Ethiopia: a retrospective follow-up study. *Dovepress*, 11, 37-46.
- APRILIA, E. & AYUNINGTYAS, D. 2013. Motivasi Dokter Dalam Penulisan Resep Di Rumah Sakit Risa Setra Medika Mataram. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 16, 24-29.
- ARTIYANINGRUM, B. & AZAM, M. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol pada pasien yang melakukan pemeriksaan rutin. *Public Health Perspective Journal*, 1, 12-20
- ASGEDOM, S. W., ATEY, T. M. & DESSE, T. A. 2018. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 11.
- ATTAEI, M. W., KHATIB, R., MCKEE, M., LEAR, S., DAGENAIS, G., IGUMBOR, E. U., ALHABIB, K. F., KAUR, M., KRUGER, L., TEO, K., LANAS, F., YUSOFF, K., OGUZ, A., GUPTA, R., YUSUFALI, A. M., BAHONAR, A., KUTTY, R., ROSENGREN, A., MOHAN, V., AVEZUM, A., YUSUF, R., SZUBA, A., RANGARAJAN, S., CHOW, C. & YUSUF, S. 2017. Availability and affordability of blood pressure-lowering medicines and the effect on blood pressure control in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *The Lancet*, 2, e411-e419.
- AWAD, H., AL-ZU'BI, Z. B. M. F. & ABDALLAH, A. B. 2016. A Quantitative Analysis of The Drug Shortages in Jordan : A Supply Chain Perspective. *International Business Research*, 9, 53-63.
- AWINO, B. O., OGONDA, L. A., BARNO, G. C. & MAGAK, N. W. G. 2016. Awareness Status and Associated Risk Factors for Hypertension among Adult Patients Attending Yala Sub-County Hospital, Siaya County, Kenya. *Public Health Research*, 6, 99-105.
- BALITBANGKES 2018. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- BANDO, M., FUJIWARA, I., IMAMURA, Y., TAKEUCHI, Y., HAYAMI, E., NAGAO, N., ABE, H., OKUMURA, M., LITTLE, M., TANAKA, N., MORI, S., YUASA, M., SAKAI, K., KIMOTO, Y., NISHITANI, N., YONEDA, S., YAMADA, K. & BANDO, H. 2018. Lifestyle Habits Adjustment for Hypertension and Discontinuation of Antihypertensive Agents. *Journal of Hypertension: Open Access*, 7, 1-7.
- BAPPENAS 2019. Penyediaan obat, vaksin dan alat kesehatan. In: BAPPENAS (ed.). Jakarta: Bappenas.
- BARDACH, E. 2012. *A Practical guide for policy analysis : The eightfold path to more effective problem solving*, SAGE.
- BARRETO, M. D. S., MATSUDA, L. M. & MARCON, S. S. 2016. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. *Esc Anna Nery*, 20, 114-120.
- BARRETOL, M. D. S., CREMONESELL, I. Z., JANEIROLL, V., MATSUDAL, L. M. & MARCONI, S. S. 2015. Prevalence of nonadherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 54-60.

- BAWAZIR, L. A. & SIANIPAR, W. P. H. 2018. Determinants of Blood Pressure Control and Prevalence of Hypertension in Adults in 2017: A Population-Based Study in West Jakarta. *The Open Hypertension Journal*, 10, 15-27.
- BERHE, D. F., TAXIS, K., HAAIJER-RUSKAMP, F. M., MULUGETA, A., MENGISTU, Y. T. & MOL, P. G. M. 2017. Hypertension treatment practices and its determinants among ambulatory patients: retrospective cohort study in Ethiopia. *BMJ Open*, 1-11.
- BHAKOO, V. & CHAN, C. 2011. Collaborative Implementation of E-Business Process within The Health-Care Supply Chain : The Monash Project. *Supply Chain Management : An International Journal*, 16, 184-193.
- BIGDELI, M., JACOBS, B., TOMSON, G., LAING, R., GHAFAR, A., DUJARDIN, B. & DAMME, W. V. 2012. Access to medicines from a health system perspective. *Health policy and Planning*, 28, 692-704.
- BOF, F. & PREVITALI, P. 2010. National Models of Public (E)-Procurement in Europe. *Journal of e-Government Studies and Best Practices*, 1-14.
- BOGAERT, P., BOCHENEK, T., PROKOP, A. & PILC, A. 2015. A Qualitative Approach to A Better Understanding of The Problems Underlying Drug Shortages, as Viewed from Belgian, french and The *PLOS ONE*, 10, 1-20.
- BUSE, K., MAYS, N. & WALT, G. 2005. *Making Health Policy : Understanding Public Health*, Open University Press.
- CHA, Y.-J. 2018. The Economic Burden of Stroke Based on South Korea's National Health Insurance Claims Database. *international Journal Health Policy and Management*, 7, 904-909.
- CHAHAL, H. S., FORT, N. S. & BERO, L. 2013. Availability, prices and affordability of essential medicines in haiti. *Journal of Global Health*, 3, 1-11.
- CHEN, G., CHEN, F., SUN, K., YUAN, T. T. & ZHANG, X. 2016. Prevalence and determinants of resistant hypertension among hypertensive patients attending a cardiology clinic in China: a prospective cross-sectional study. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research October*, 15, 2261-2267.
- CHOBANIAN, A. V., BAKRIS, G. L., BLACK, H. R., CUSHMAN, W. C., GREEN, L. A., IZZO, J. L., JONES, D. W., MATERSON, B. J., OPARIL, S., WRIGHT, J. T. & ROCELLA, E. J. 2004. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 289, 2560-2571.
- CHOI, H. Y., OH, I. J., LEE, J. A., LIM, J., KIM, Y. S., JEON, T.-H., CHEONG, Y.-S., KIM, D.-H., KIM, M.-C. & LEE, S. Y. 2018. Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication. *Korean J Fam Med*, 29, 325-332.
- COMPANYS, R. & RIBAS, I. 2015. Some Trends and Applications of Operational Research / Management Science to Operations Management. *International Journal of Production Management and Engineering*, 3, 1-12.
- COOPER, L. A., ROTER, D. L., CARSON, K. A., BONE, L. R., LARSON, S. M., MILLER, E. R., BARR, M. S. & LEVINE, D. M. 2011. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *Patient-Physician Partnership Study*, 1297-1304.
- DANLOUP, N., ALLAOUI, H. & GONCALVES, G. 2013. Literature Review on OR Tools and Methods for Collaboration in Supply Chain. *International Conference on Industrial Engineering and System Management*, 1-10.

- DAVARI, M., KHORASANI, E. & MOLLATIGABU, B. 2018. Factors Influencing Prescribing Decisions of Physicians: A Review. *Ethiopia Journal Health Science*, 28, 795-804.
- DIPIRO, J. T., TALBERT, R. L., YEE, G. C., MATZKE, G. R., WELLS, B. G. & POSEY, L. M. 2008. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*.
- DWIAJI, A., SARNIANTO, P., THABRANY, H. & SYARIPUDDIN, M. 2016. Evaluasi Pengadaan Obat Publik pada JKN Berdasarkan Data e-catalogue tahun 2014-2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1, 39-53.
- EL-HAJJ, M., SALAMEH, P., RACHIDI, S., AL-HAJJE, A., LAHOUD, N. & HOSSEINI, H. 2018. Stroke risk factors: a hospital-based case-control study in Lebanon. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 8, 1-11.
- ESHKOOR, S. A., HAMID, T. A., SHAHAR, S., NG, C. K. & MUN, C. Y. 2016. Factors Affecting Hypertension among the Malaysian Elderly. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 3, 1-10.
- FIRMANSYAH, T. 2016. Delapan penyakit biaya terbesar BPJS yang bisa buat pasien bangkrut.
- FOX, E. R., BIRT, A., JAMES, K. B., KOKKO, H., SALVERSON, S. & SOELIN, D. L. 2009. ASHP Guidelines on Managing Drug Product Shortages in Hospitals and Health Systems. *Am. J. Health-SystPhar*, 66, 1399-1406.
- GARCÍA, C. G. & GUERRA, A. F. R. 2018. Combination therapy in the treatment of hypertension. *Drugs In Context*, 7, 1-9.
- GEBREMICHAEL, G. B., BERHE, K. K. & ZEMICHAEL, T. M. 2019. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19, 1-10.
- GETENET, A., TESFA, M., FERED, A. & MOLLA, Y. 2019. Determinants of adherence to anti-hypertensive medications among adult hypertensive patients on follow-up in Hawassa Referral Hospital: A case-control study. *JRSM Cardiovascular Disease*, 8, 1-8.
- GOVERWA, T. P., MASUKA, N., TSHIMANGA, M., GOMBE, N. T., TAKUNDWA, L., BANGURE, D. & WELLINGTON, M. 2014. Uncontrolled hypertension among hypertensive patients on treatment in Lupane District, Zimbabwe, 2012. *BMC Research Notes*, 7, 1-8.
- GRIFFITH, M. M., GROSS, A. E., SUTTON, S. H., BOLON, M. K., ESTERLY, J. S., PATEL, J. A., POSTELNIK, M. J., ZEMBOWER, T. R. & SCHEET, M. H. 2012. The Impact of Anti-infective Drug Shortages on Hospitals in The United States : Trends and Causes. *Oxford Journal*, 684-691.
- GU, A., WERTHEIMER, A. I., BROWN, B. & SHAYA, F. T. 2011. Drug Shortages in The US-Causes, Impact, and Strategies. *Innovation in Pharmacy*, 2, 1-8.
- GUPTA, S., DHAMIJA, J. P., MOHAN, I. & GUPTA, R. 2019. Qualitative Study of Barriers to Adherence to Antihypertensive Medication among Rural Women in India. *International Journal of Hypertension*, 1-7.
- HADNING, I., IKAWATI, Z. & ANDAYANI, T. M. 2015. Stroke Treatment Cost Analysis for Consideration on Health Cost Determination Using INA- CBGs. *International Journal of Public Health Science*, 4, 288-293.
- HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J. & ANDERSEN, R. E. 2014a. *Multivariate Data Analysis*, England, Pearson New International Edition.

- HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J. & ANDERSON, R. E. 2014b. *Multivariate Data Analysis*, Eidinburgh, Pearson New International Edition.
- HASAN, M. J. 2016. Pattern of drugs prescribed for treatment of hypertensive patients: Bangladesh. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 10, 521-525.
- HEALTH, M. S. F. 2012. *MDS-3 : Managing Access to Medicines and Health Technology*, Arlington, VA, Management Science for Health.
- HIDAYATI, S. 2018. A Systematic Review on Hypertension Risk Factors in Indonesia. *Journal of Health Science and Prevention*, 2, 48-56.
- HORSA, B. A., TADESSE, Y. & ENGIDAWORK, E. 2019. Assessment of hypertension control and factors associated with the control among hypertensive patients attending at Zewditu Memorial Hospital: a cross sectional study. *BMC Research Notes*, 12, 1-6.
- HUMPHREYS, G. 2015. E-Procurement in Support of Universal Health Coverage. *Bulletin World Health Organization*. World Health Organization.
- JAYA, P. I. 2016. *Penerapan Pengadaan Obat dengan Prosedur E-Purchasing Berdasarkan E-catalogue di Rumah Sakit Umum Daerah Dr H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Sarjana, Universitas Lampung.
- JIANG, M., YANG, S., YAN, K., LIU, J., ZHAO, J. & FANG, Y. 2013. Measuring Access to Medicines : A Survey of Price, Availability and Affordability in Saanxi Province of China. *PLOS ONE*, 8, 1-8.
- JIN, J., SKLAR, G. E., OH, V. M. S. & LI, S. C. 2008. Factors affecting therapeutic compliance a review from patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4, 269-286.
- JOHNSON, B. H., BONAFEDE, M. M. & WATSON, C. 2016. Short- and longer-term health-care resource utilization and costs associated with acute ischemic stroke. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 8, 53-61.
- KANYOMA, K. E. & KHOMBA, J. K. 2013. The Impact of Procurement Operation on Healthcare Delivery : A Case Study of Malawi's Public Healthcare Delivery System. *Global Journal of management and Business reseacrh Administration and Management*, 13, 27-35.
- KEMENKES 2008. Kepmenkes No 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2013a. *Pedoman Teknis Penemuan Dan Tatalaksana Hipertensi*, Jakarta, Direktorat Pengendalian penyakit Tidak Menular, Subdit Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah.
- KEMENKES 2013b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2014a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik. Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2014b. Surat Edaran Nomor KF/Menkes/167/III/2014 Tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik (E-Catalogue). Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2015a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk 02.02./MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2015b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2015 Tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

- KEMENKES 2015c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. *In: KESEHATAN, K. (ed.)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- KEMENKES 2016a. Buku Panduan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. *In: KESEHATAN, K. (ed.)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- KEMENKES 2016b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: kementerian Kesehatan.
- KEMENKES 2017. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/659/2017 Tentang Formularium Nasional. Jakarta.
- KEMENKES 2018a. Peratura Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. *In: KEMENKES (ed.)*. Jakarta: Kemenkes
- KEMENKES 2018b. Sistem Inforamasi Rumah Sakit. Jakarta: Direktorat Pelayanan Kesehatan.
- KEMENKES 2019a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/813/2019 Tentang Formularium Nasional. *In: KESEHATAN, K. (ed.)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- KEMENKES 2019b. Pedoman Pelayanan Kefarmasian Pada Hipertensi. *In: KEFARMASIAN, P. (ed.)*. Jakarta: Kemenkes.
- KEMENKES 2019c. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 Tahun 2019 Tentang Perencanaan dan Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik. *In: KESEHATAN, K. (ed.)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- KEMENKES 2019d. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmsian di Rumah Sakit*, Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- KEMENKUMHAM 2011. UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara jaminan Sosial Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM.
- KEMENKUMHAM 2012. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2012 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Pengadaan Barang / Jasa Pemerintah. Jakarta: Kemenkumham.
- KEMENKUMHAM 2013. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Temtang jaminan Kesehatan. Jakarta: Kemenkumham.
- KEMENKUMHAM 2014. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 157 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2007 Tentang Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang / Jasa Pemerintah. Jakarta: Kemenkumham.
- KEMENKUMHAM 2018a. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
- KEMENKUMHAM 2018b. Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 16 tahun 2018 Tentang Pengadaan Barang / Jasa pemerintah. *In: KEMENKUMHAM (ed.)*. Jakarta: Kemenkumham.
- KESEHATAN, B. 2014. *Panduan Praktis Program Rujuk Balik Bagi Peserta JKN*, Jakarta, BPJS Kesehatan
- KESEHATAN, B. 2019. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2019 dan Laporan Keuangan Tahun 2019. *file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/0f13488b25e3985aed51f444d6607ec7.pdf*.

- KESEHATAN, B. P. J. S. 2018. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
- KISHORE, J., GUPTA, N., KOHLI, C. & KUMAR, N. 2016. Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi. *International Journal of Hypertension*, 1-7.
- KITT, J., FOX, R., TUCKER, K. L. & MCMANUS, R. J. 2019. New Approaches in Hypertension Management: a Review of Current and Developing Technologies and Their Potential Impact on Hypertension Care. *Current Hypertension Reports*, 21, 1-8.
- KRITCHANCHAI, D. 2012. A Framework for Healthcare Supply Chain Improvement in Thailand. *Operation and Supply Chain Management*, 5, 103-113.
- KUMAR, A. & CHITTE, J. 2015. Applications of Operation Research in Management. *International Multidisciplinary E-Journal*, 4, 168-179.
- KUMARASWAMY, R. C., KAUSER, M. M., JAGADESH, M. K., UMAR, R. U., KUMAR, S. R. V., AFREEN, A. & MADHAVI, K. M. S. 2015. Study of determinants of nonadherence to antihypertensive medication in essential hypertension at attaching hospital in Southern India. *Journal of Health and Research*, 2, 57-60.
- LI, X. 2014. Operations Management of Logistics and Supply Chain : Issues and Direction. *Discrete Dynamic and Nature and Society*, 1-7.
- LI, Y. T., WANG, H. H. X., LIU, K. Q. L., LEE, G. K. Y., CHAN, W. M., GRIFFITHS, S. M. & CHEN, R. L. 2016. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings. *Medicine*, 95, 1-10.
- LU, D. 2011. Fundamentals of Supply Chain Management.
- MAGINGA, J., GUERRERO, M., KOH, E., HANSEN, C. H., SHEDAFA, R., KALOKOLA, F., SMART, L. R. & PECK, R. N. 2016. Hypertension Control and Its Correlates Among Adults Attending a Hypertension Clinic in Tanzania. *The Journal of Clinical Hypertension*, 18, 207-216.
- MAHDUR, R. R. & SULISTIADI, W. 2020. Evaluasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12, 43-49.
- MAHFUDHOH, S. & ROHMAH, T. N. 2015. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan penulisan resep sesuai dengan formularium nasional. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 3, 21-30.
- MAHMOUD, M. I. H. 2012. Compliance with treatment of patients with hypertension in Madinah Almunawwarah A community-based study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7, 92-98.
- MALHOTRA, S. & ZODPEY, S. P. 2011. Operations Research in Public Health. *Indian Journal of Public Health*, 54, 145-150.
- MANCIA, G., FAGARD, R., NARKIEWICZ, K., REDON, J., ZANCHETTI, A., BOHM, M., CHRISTIAENS, T., CIFKOVA, R., BACKER, G. D., DOMINICZAK, A., GALDERISI, M., GROBBEE, D. E., JAARSMA, T., KIRCHHOF, P., KJELDSSEN, S. E., LAURENT, S. P., MANOLIS, A. J., NILSSON, P. M., RUILOPE, L. M., SCHMIEDER, R. E., SIRNES, P. A., SLEIGHT, P., VIIGIMAA, M., BERNARDWAEBER & ZANNAD, F. 2013.

- 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34, 2159-2219.
- MAZIDAH, Z., YASIN, N. M. & KRISTINA, S. A. 2019. Analisis Biaya Penyakit Stroke Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Blambangan Banyuwangi. *JMPF*, 9, 76-87.
- MBOUEMBOUE, O. P., TAMANJI, M. T., GAMBARA, R., LOKGUE, Y. & NGOUFACK, J. O. 2016. Determinants of therapeutic nonadherence to antihypertensive treatment : a hospital-based study on outpatients in Northern Cameroon. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5, 547-554.
- MCLAUGHLIN, M., KOTIS, D., THOMSON, K., HARRISON, M., FENNESSY, G., POSTELNIK, M. & SCHEETZ, M. H. 2013. Effect on Patient Care Caused by Drug Shortages : A Survey. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19, 783-788.
- MCMANUS, M. & LIEBESKIND, D. S. 2016. Blood Pressure in Acute Ischemic Stroke. *JCN*, 12, 137-146.
- MEGAWATI, HAKIM, L. & IRBANTORO, D. 2015. Penurunan waktu tunggu pelayanan obat rawat jalan instalasi farmasi rumah sakit baptis Batu. *Jurnal kedokteran Brawijaya*, 28, 163-168.
- MELO, T. 2012. A Note on Challenges and Opportunities for Operations Research in Hospital Logistics. *Technical Reports on Logistics of The Saarland business School*, 1-13.
- MENGUE, S. S., BERTOLDI, A. D., RAMOS, L. R., FARIAS, M. R., OLIVEIRA, M. A., TAVARES, N. U. L., ARRAIS, P. S. D., LUIZA, V. L. & PIZZOL, T. D. S. D. 2016. Access to and use of high blood pressure medication in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 2, 1-9.
- MULETA, S., MELAKU1, T., CHELKEBA, L. & ASSEFA, D. 2017. Blood pressure control and its determinants among diabetes mellitus comorbid hypertensive patients at Jimma University medical center, South West Ethiopia. *Clinical Hypertension*, 1-9.
- MURSHID, M. A. & MOHAIDIN, Z. 2017. Models and theories of prescribing decisions: A review and suggested a new model. *Pharmacy Practice* 15, 1-12.
- NAIDOO, P., SMUTS, B., CLAASSENS, M., RUSEN, I. D., ENARSON, D. A. & BEYERS, N. 2013. *Opreational Research to Improve Health Services : A Guide for Proposal Development*, Desmond Tutu TB Centre, Department of Pediatric and Child Health, Faculty of medicines and Health Sciences, Stellenbosh university, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- NASUTION, S. P. 2012. *Evaluasi Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah secara Elektronik (E-Procurement) pada LPSE Kementerian Keuangan*. Magister, Universitas Indonesia.
- NDANUKO, R. N., TAPSELL, L. C., CHARLTON, K. E., NEALE, E. P. & BATTERHAM, M. J. 2016. Dietary Patterns and Blood Pressure in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Society for Nutrition*, 7, 76-89.
- NOH, J., KIM, H. C., ANNA SHIN, R., YEOM, H., JANG, S.-Y., LEE, J. H., KIM, C. & SUH, I. 2016. Prevalence of Comorbidity among People with Hypertension:

- The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2013. *Korean Circulation Journal*, 46, 672-680.
- NYANWURA, E. M. & ESENA, R. K. 2013. Essential Medicines Availability and Affordability ; A Case Study of The Top Ten Registered Diseases in Builsa District of Ghana. *International Journal of Scientific & Technology Research*, 2, 208-219.
- OKE, O. & ADEDAPO, O. 2015. Antihypertensive drug utilization and blood pressure control in Nigerian hypertensive population. *General Medicine : Open Access*, 3, 1-5.
- OKTARLINA, R. Z. 2016. Analisis Faktor-Faktor Motivasi dan Persepsi yang Mempengaruhi Penulisan Resep sesuai Formularium di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. M. Djamil, Padang. *Jurnal Argomedika Universitas Lampung* 3, 13-18.
- OSAMOR, P. E. & OWUMI, B. E. 2011. Factors associated with treatment compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. *Journal Health Population Nutrition*, 29, 619-628.
- PAN, J., WU, L., WANG, H., LEI, T., HU, B., XUE, X. & LI, Q. 2019. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine*, 98.
- PANDEY, K., THAKUR, P. B., KUMAR, K. R., KUMAR, P. & VISHWANATH, B. A. 2016. Drug use evaluation of antihypertensive drugs in the tertiary care hospital. *Indo American Journal of Pharmaceutical Research*, 1-11.
- PDHI 2019. *Konsesnsus Penatalaksanaan Hipertensi Indonesia*, Jakarta, Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia.
- PDSKI 2015. *Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Menular*, Jakarta, Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia
- PELTZER, K. & PENGPID, S. 2018. The Prevalence and Social Determinants of Hypertension among Adults in Indonesia: A Cross-Sectional Population-Based National Survey. *International Journal of Hypertension*, 1-10.
- PKEKK-FKMUI 2015. Laporan Penelitian Evaluasi Kinerja E-catalogue dalam Pengadaan Obat di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tahun 2015. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- PRIMIYANI, Y., MASRUL & HARDISMAN 2019. Analisis Pelaksanaan Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Kota Solok. *Jurnal Kesehatan Andalas* 8, 399-406.
- PRINJA, S., BAHUGUNA, P., TRIPATHY, J. P. & KUMAR, R. 2015a. Availability of Medicines in Public Sector Health Facilities of Two North indian States. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 16, 1-11.
- PRINJA, S., BAHUGUNA, P., TRIPATHY, J. P. & KUMAR, R. 2015b. Availability of medicines in public sector health facilities of two North indian States. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 1, 1-11.
- PURWANTO, H., INDIATI, I. & HIDAYAT, T. 2015. Faktor penyebab waktu tunggu lama di pelayanan instalasi farmasi RSUD Blambangan. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28, 159-162.
- PUTRA, I. 2016. Pengadaan Obat JKN Dikritik. Media Indonesia.
- PUTRI, R. E., HUBAYBAH & ASPARIAN 2018. Evaluasi Proses Implementasi Posbindu PTM Di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Sungai Duren Kecamatan

- Jambi Luar Kota Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Jambi*, 2, 12-27.
- RACHMANIA, I. N. & BASRI, M. H. 2013. Pharmaceutical Inventory Management Issues in Hospital Supply Chain. *Management*, 3, 1-5.
- RAIS, A. & VIANA, A. 2010. Operations Research in Healthcare : A Survey. *International Transactions in Operational Research*, 18, 1-30.
- REMME, J. H. F., ADAM, T., BECERRA-POSADA, F., D'ARCANGUES, C., DEVLIN, M., GARDNER, C., GHAFFAR, A., HOMBACH, J., KENGEYA, J. F. K., MBEWU, A., MBIZVO, M. T., MIRZA, Z., PANG, T., RIDLEY, R. G., ZICKER, F. & TERRY, R. F. 2010. Defining Research to Improve Health Systems. *Plos Medicine*, 7, 1-7.
- ROMDAY, R., GUPTA, A. K. & BHAMBANI, P. 2016. An assessment of antihypertensive drug prescription patterns and adherence to joint national committee-8 hypertension treatment guidelines among hypertensive patient attending a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4, 5125-5133.
- SAFANELLI, J., VIEIRA, L. G. D. R., ARAUJO, T. D., MANCHOPE, L. F. S., KUHLOFF, M. H. R., NAGEL, V., CONFORTO, A. B., SILVA, G. S., MAZIN, S., MAGALHAES, P. S. C. D. & CABRAL, N. L. 2019. The cost of stroke in a public hospital in Brazil: a one-year prospective study. *Arq Neuropsiquiatr*, 77, 404-411.
- SEKNEG 2004. Undang undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Sekretaris negara.
- SEPTINI, R. 2011. *Analisis waktu tunggu pelayanan resep pasien askes rawat jalan di yanmasum farmasi RSPAD Gatot Soebroto tahun 2011*. Master, Indonesia.
- SHACKELFORD, K. 2019. Health Complications of Hypertension : Persistent high blood pressure can result in multiple complications
- SHOU, Y. 2013. Perspective on Supply Chain Management in The Healthcare Industry. *2nd International Conference on Science and Social Research*, 630-633.
- SHRIVASTAVA, P. S., SHRIVASTAVA, S. R. & SHRIVASTAVA, M. M. 2017. A community-based study to assess the treatment adherence and its determinants among hypertensive patients residing in a rural area of Kancheepuram district, Tamil Nadu. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6, 1386-1393.
- SIAHAAN, S., HANDAYANI, R. S., RISWARTI, SARI, I. D. & FITRI, N. 2015. Studi Harga dan ketersediaan obat pada rumah sakit, puskesmas dan apotek di DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18, 29-35.
- SICILIA, G., DEWI, F. S. T. & PADMAWATI, R. S. 2018. Evaluasi Kualitatif Program Pengendalian Penyakit Penyakit Tidak Menular Berbasis Posbindu Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo I. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 7, 88-92.
- SINGH, S., SHANKAR, R. & SINGH, G. P. 2017. Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension:A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. *International Journal of Hypertension*, 1-11.
- SUHBAH, W. D. A., SURYAWATI, C. & KUSUMASTUTI, W. 2019. Evaluasi Pelaksanaan Program pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM) Puskesmas Sukolilo I Kabupaten Pati *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 7, 647-657.

- SUNG, J., JEONG, J.-O., KWON, S. U., WON, K. H., KIM, B. J., CHO, B. R., KIM, M.-K., LEE, S., KIM, H. J., LIM, S.-H., PARK, S. W. & PARK, J. E. 2016. Valsartan 160 mg/Amlodipine 5 mg Combination Therapy versus Amlodipine 10 mg in Hypertensive Patients with Inadequate Response to Amlodipine 5 mg Monotherapy. *Korean Circulation Journal*, 46, 222-228.
- SYARIFAH, F. 2014. Daftar 10 penyakit terbanyak yang dikeluhkan peserta BPJS.
- TARIGAN, A. R., LUBIS, Z. & SYARIFAH 2018. Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Dukungan keluarga terhadap diet hipertensi di desa Hulu Kecamatan Pancur Batu tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*, 11, 9-17.
- TESFAYE, B., HAILE, D., LAKE, B., BELACHEW, T., TESFAYE, T. & ABERA, H. 2017. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University Teaching and Specialized Hospital: cross-sectional study. *Research Reports in Clinical Cardiology*, 8, 21-29.
- TESHOME, D. F., DEMSSIE, A. F. & ZELEKE, B. M. 2018. Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in Northwest Ethiopia. *PLOS ONE*, 1-11.
- THINYANE, K. H., MOTHEBE, T., SOORO, M., NAMOLE, L. D. & COOPER, V. 2015. An observational study of hypertension treatment and patient outcomes in a primary care setting. *Pan African Medical Journal*, 20, 1-10.
- TIFFE, T., WAGNER, M., RÜCKER, V., MORBACH, C., GELBRICH, G., STÖRK, S. & HEUSCHMANN, P. U. 2017. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population—findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, 1-12.
- TILEA, I., PETRA, D., VOIDAZAN, S., ARDELEANU, E. & VARGA, A. 2018. Treatment adherence among adult hypertensive patients: a cross-sectional retrospective study in primary care in Romania. *Dovepress*, 12, 625-635.
- VENTOLA, C. L. 2011. The Drug Shortages Crisis in The United States Causes, Impact, and Management Strategies. *P&T*, 36, 740-757.
- VRIJENS, B., ANTONIOU, S., BURNIER, M., SIERRA, A. D. L. & VOLPE, M. 2017. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, 8, 1-8.
- WALT, G., SHIFFMAN, J., SCHNEIDER, H., MURRAY, S. F., BRUGHA, R. & GILSO, L. 2008. Doing health policy analysis : methodological and conceptual reflection and challenges. *Health policy and Planning*, 23, 308-317.
- WANGU, M. M. & OSUGA, B. O. 2014. Availability of Essential Medicines in Public Hospitals : A Study County, Kenya. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 8, 438-442.
- WEERDT, E. D., SIMOENS, S., HOMBROECKX, L., CASTEELS, M. & HUYS, I. 2015. Causes of Drugs Shortages in The Legal Pharmaceutical Framework. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 1-8.
- WHITTLESEA, C. & HODSON, K. 2019. *Clinical Pharmacy and Therapeutic*, Elsevier.
- WIJAYA, H. 2012. *Analisis pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit bidang farmasi di instalasi farmasi rumah sakit tugu ibu tahun 2012*. MAster, Universitas Indonesia.
- YADAV, P. 2015. Health Product Supply Chains in Developing Countries : Diagnosis of The Root Causes of Underperformance and An Agenda for Reform. *Health Systems & Reform*, 1, 142-154.

- YANG, L., XU, X., YAN, J., YU, W., TANG, X., WU, H. & PARKIN, C. L. 2014. Analysis on associated factors of uncontrolled hypertension among elderly hypertensive patients in Southern China: a community-based, cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14, 1-8.
- YENESEW, A., GASHI, F. & TATIPARTHI, R. 2015. Prevalence of non-adherence and its associated factors of hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital In Southwest Ethiopia. *Indian Journal of Health Sciences*, 8, 18-23.
- ZHOU, D., XI, B., ZHAO, M., WANG, L. & VEERANKI, S. P. 2018. Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: the NHANES III Linked Mortality Study. *Scientific Report*, 8, 1-7.

Lampiran 1. Kuesioner Pasien

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Manfaat bagi subyek adalah diketahuinya kelangsungan obat dan hasil pengobatan hipertensi yang dilakukan. Manfaat secara umum adalah diperolehnya fakta untuk perbaikan kebijakan pengadaan obat JKN. Dalam memenuhi kebutuhan informasi maka kami perlu melakukan wawancara mengenai data individu pasien, obat-obat yang digunakan, cara mendapatkan obat dan biaya yang mungkin dikeluarkan. Apabila dijumpai pasien sakit atau mengalami keadaan yang membahayakan jiwa pasien maka enumerator/peneliti akan segera melaporkan keadaan tersebut kepada dokter/rumah sakit yang merawat pasien. Selain itu kami juga meminta izin rumah sakit untuk dapat membaca rekam medik pasien

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sangsi apapun selama penelitian (6 bulan). Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai responden dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pengobatan yang sedang dilakukan. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 15-30 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.5000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode pada setiap pasien. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin
Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi
Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

KUESIONER RESEP PASIEN HIPERTENSI

Nama rumah sakit	.....	Nama pasien	.....
Usia pasien	.....tahun	Jenis kelamin	L P
No telepon	.....	No Pasien	.....
Diet pasien	1..... 2..... 3.....	Penyakit penyerta	1..... 2..... 3.....
Lama menderita hipertensi	.....tahun	Lama minum obat	.....Bulan
Pendidikan pasien	.....	Asal rujukan	Puskesmas/RSUK/RSUD
Kepesertaan JKN	PBI / Non- PBI	No Rekam Medik	.....
Dokter yang merawat	.....	Tekanan darah/.....
Tanggal kunjungan	.....-.....-.....	Kunjungan berikutnya-.....-.....

NAMA OBAT HIPERTENSI**Tanggal :..... Lokasi kunjungan.....**

No	Nama Obat diminta	Jumlah	Nama obat diberikan	Jumlah	Harga (Rp)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PANDUAN PERTANYAAN

1. Selama berobat di rumah sakit ini apakah Bapak/Ibu pernah tidak mendapat obat ?
 1. Ya 2. Tidak
2. Apabila Ya kapan itu terjadi?..... Obat apa ?.....
 Berapa banyak jumlah obat yang tidak diberi?

3. Apa tindakan yang dilakukan Bapak/Ibu apabila tidak mendapat obat dari rumah sakit ?

4. Kalau harus membeli berapa biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh obat
 - Biaya obat.....
 - Biaya transport.....
 - Biaya kehilangan pekerjaan.....
 - Biaya makan dan minum.....
5. Selama Bapak/Ibu menjalani terapi adakah manfaat dari pengobatan yang dirasakan ?
 1. Ya 2. Tidak
 Sebutkan.....

Lampiran 2. Kuesioner Dokter

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang kebijakan pemberian obat kepada pasien di rumah sakit, standar pengobatan yang diberlakukan di rumah sakit, manajemen pengadaan obat, anggaran pengadaan obat, ketersediaan obat hipertensi yang diberikan kepada pasien, alternatif obat yang diberikan apabila obat tidak tersedia di rumah sakit dan keberhasilan terapi kepada pasien. Manfaat tidak langsung bagi dokter adalah diketahuinya kelangsungan obat dan hasil pengobatan hipertensi yang dilakukan. Manfaat secara umum adalah diperolehnya fakta untuk perbaikan kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sangsi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaanya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi
Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM RUMAH SAKIT**Dokter**

Nama rumah sakit		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Spesialis	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana peraturan dan kebijakan rumah sakit dalam pemberian obat kepada pasien hipertensi JKN rawat jalan di RSUD ini ? mohon dijelaskan
2. Bagaimana standar pengobatan yang digunakan oleh rumah sakit kepada pasien hipertensi JKN rawat jalan di RSUD ini ? mohon dijelaskan
3. Bagaimana peran Formularium Nasional dalam mengatur obat yang digunakan pada pasien hipertensi rawat jalan JKN di rumah sakit ini ? mohon dijelaskan
4. Bagaimana manajemen pengadaan obat di rumah sakit ini ? bagaimana peran user dalam hal manajemen pengadaan obat di rumah sakit ini ? mohon dijelaskan
5. Bagaimana pengaturan anggaran pengadaan obat di rumah sakit ini ? bagaimana peran user dalam hal alokasi anggaran di rumah sakit ini ? mohon dijelaskan
6. Bagaimana menurut dokter ketersediaan obat hipertensi untuk pasien rawat jalan JKN di rumah sakit ini ? sudah cukupkah ? mohon dijelaskan
7. Bagaimana menurut dokter kecukupan dan keterampilan petugas pengadaan obat di rumah sakit ini ? mohon dijelaskan
8. Bagaimana sarana yang disediakan rumah sakit dalam mendukung pengadaan obat untuk pasien hipertensi rawat jalan JKN ? mohon dijelaskan
9. Bagaimana tindakan yang dilakukan apabila obat yang dokter resepkan tidak tersedia di rumah sakit ? tindakan apa yang dilakukan oleh rumah sakit ? mohon dijelaskan
10. Bagaimana hasil terapi yang diberikan dokter terhadap pasien hipertensi rawat jalan JKN di rumah sakit ini ? mohon dijelaskan
11. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem *e-procurement* ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem *e-procurement* ?
12. Menurut Bapak / Ibu apa yang menjadi faktor pendorong dan penghambat sistem *e-procurement* ?

Lampiran 3. Kuesioner Apoteker

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang kebijakan pemberian obat kepada pasien di rumah sakit, standar pengobatan yang diberlakukan di rumah sakit, manajemen pengadaan obat, anggaran pengadaan obat, ketersediaan obat hipertensi yang diberikan kepada pasien, alternatif obat yang diberikan apabila obat tidak tersedia di rumah sakit. Manfaat tidak langsung bagi Bapak / Ibu adalah diketahuinya kelangsungan obat dan hasil pengobatan hipertensi yang dilakukan. Manfaat secara umum adalah diperolehnya fakta untuk perbaikan kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sangsi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaanya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi
Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM RUMAH SAKIT**Kepala instalasi farmasi****Apoteker rawat jalan****Pengadaan****Gudang**

Nama rumah sakit		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Jabatan	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana kebijakan pemberian obat kepada pasien hipertensi rawat jalan JKN di RSUD ini ? adakah kebijakan yang mengatur jumlah dan jenis obat yang diberikan ? mohon dijelaskan
2. Bagaimana standar pengobatan yang berlaku untuk pasien hipertensi rawat jalan JKN di RSUD ini ? apakah ada standar tertulis yang diberlakukan ? apakah standar tersebut dipatuhi ? mohon dijelaskan
3. Bagaimana peran Formularium Nasional dalam mengatur obat yang digunakan pada pasien hipertensi peserta JKN ? mohon dijelaskan
4. Bagaimana manajemen pengadaan obat di RSUD ? bagaimana proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan obat yang dilakukan ? mohon dijelaskan
5. Adakah peraturan dan kebijakan yang digunakan dalam proses proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan yang dilakukan ? mohon dijelaskan
6. Bagaimana pengaturan anggaran yang di RSUD ini untuk pengadaan obat ? adakah pengaturan anggaran obat untuk pasien JKN dan non JKN ? mohon dijelaskan
7. Bagaimana ketersediaan obat hipertensi di rumah sakit ini ? apakah mencukupi kebutuhan untuk pasien ? mohon dijelaskan
8. Bagaimana tindakan rumah sakit apabila obat yang diperlukan oleh pasien tidak tersedia ? apakah perlu melakukan konsultasi ke dokter untuk mengganti obat yang diperlukan pasien ? mohon dijelaskan
9. Bagaimana sarana yang dimiliki rumah sakit dalam mendukung pengadaan obat pasien JKN ? apakah tersedia komputer dan jaringan yang memadai ? mohon dijelaskan
10. Bagaimanan kecukupan tenaga pengadaan obat di rumah sakit ini ? apakah petugas pengadaan pernah mendapat pelatihan pengadaan obat ? mohon dijelaskan
11. Bagaimana pendapat pasien tentang hasil pengobatan yang diberikan di rumah sakit ini ? apakah pasien pernah mengeluh tentang hasil pengobatan yang dirasakan ?
12. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem *e-procurement* ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem *e-procurement* ?
13. Menurut Bapak/Ibu apa yang menjadi faktor pendorong dan penghambat sistem *e-procurement* ?

Lampiran 4. Kuesioner Distributor Obat

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang proses distribusi obat ke rumah sakit, realisasi rencana kebutuhan obat rumah sakit, waktu yang diperlukan untuk mengirim obat ke rumah sakit, ketersediaan obat di distributor. Jenis dan tahapan alat transportasi yang digunakan untuk mengirim obat ke rumah sakit. Manfaat tidak langsung bagi Bapak / Ibu adalah saran, masukan dan pendapat Bapak / Ibu akan dijadikan bahan acuan dalam kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi

Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM**Distributor obat**

Nama distributor		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Jabatan	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana proses distribusi obat ke rumah sakit ? bagaimana proses pemenuhan obat yang dipesan melalui *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
2. Bagaimana proses koordinasi dengan pabrik pemenang tender obat rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan obat rumah sakit ? mohon dijelaskan
3. Bagaimana prosedur realisasi pemenuhan kebutuhan obat rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
4. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan obat rumah sakit melalui sistem *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
5. Bagaimana ketersediaan obat di distributor untuk memenuhi kebutuhan obat rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? Apakah pernah mengalami kekosongan obat khususnya obat hipertensi yang dipesan melalui *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
6. Bagaimana cara mengatur kebutuhan obat hipertensi untuk rumah sakit baik yang dipesan melalui *e-catalogue* ? Apakah ada perbedaan prosedur pemenuhan kebutuhan obat untuk pemesanan langsung ?
7. Mohon dijelaskan Bagaimana cara pengiriman obat yang diperlukan oleh rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? Bagaimana pendapat Bapak/ibu tentang biaya distribusi obat ke rumah sakit ? mohon dijelaskan
8. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem *e-procurement* ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem *e-procurement* ?
9. Menurut Bapak ? Ibu, apa yang menjadi faktor penghambat dan pendorong sistem *e-procurement* ?

Lampiran 5. Kuesioner Pabrik Obat

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang proses produksi obat untuk rumah sakit, realisasi rencana kebutuhan obat rumah sakit, waktu yang diperlukan untuk memproduksi obat rumah sakit, ketersediaan bahan baku, kualitas bahan baku, kapasitas produksi dan sertifikat CPOB yang dimiliki. Manfaat tidak langsung bagi Bapak / Ibu adalah saran, masukan dan pendapat Bapak / Ibu akan dijadikan bahan acuan dalam kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi

Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM**Pabrik obat**

Nama pabrik obat		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Jabatan	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana proses produksi obat secara umum ? bagaimana proses produksi obat yang diperlukan oleh rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
2. Bagaimana realisasi kebutuhan obat rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? adalah faktor yang menghambat dan mendorong realisasi kebutuhan obat rumah sakit yang dipesan melalui *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
3. Bagaimana proses koordinasi dengan distributor untuk memenuhi kebutuhan obat rumah sakit ? mohon dijelaskan
4. Berapa lama waktu yang diperlukan oleh pabrik obat untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit dalam proses *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
5. Bagaimana ketersediaan bahan baku untuk memenuhi kebutuhan obat rumah sakit yang diperlukan berdasarkan *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
6. Bagaimana pabrik menjamin kualitas bahan baku yang digunakan ? adakah prosedur khusus yang dilakukan ? adakah perbedaan kualitas bahan baku antara obat *e-catalogue* dan reguler ? mohon dijelaskan
7. Bagaimana kapasitas produksi pabrik untuk memenuhi kebutuhan obat ? apakah cukup untuk memenuhi kebutuhan obat yang diperlukan berdasarkan *e-catalogue* ? mohon dijelaskan
8. Bagaimana menurut Bapak/Ibu harga perkiraan sendiri (HPS) yang diberikan oleh Kemenkes ? Apakah terlalu rendah ? Bagaimana Bapak/Ibu menyikapi hal ini ? mohon dijelaskan
9. Apakah pabrik memiliki sertifikat CPOB ? Tahun berapa dikeluarkan ? Adalah masa berlakunya ? Mohon dijelaskan
10. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem *e-procurement* ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem *e-procurement* ?
11. Menurut Bapak / Ibu apa yang menjadi faktor pendorong dan penghambat sistem *e-procurement* ?

Lampiran 6. Kuesioner Apotek

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang kebijakan pemberian obat kepada pasien di puskesmas, standar pengobatan yang diberlakukan di puskesmas, manajemen pengadaan obat, anggaran pengadaan obat, ketersediaan obat hipertensi yang diberikan kepada pasien, alternatif obat yang diberikan apabila obat tidak tersedia di puskesmas. Manfaat tidak langsung bagi Bapak / Ibu adalah diketahuinya kelangsungan obat dan hasil pengobatan hipertensi yang dilakukan. Manfaat secara umum adalah diperolehnya fakta untuk perbaikan kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sangsi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi
Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM APOTEK**Pengadaan obat**

Nama puskesmas		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Jabatan	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana kebijakan pemberian obat kepada pasien hipertensi rawat jalan JKN di apotek ini ? adakah kebijakan yang mengatur jumlah dan jenis obat yang diberikan ? Mohon dijelaskan
2. Bagaimana standar pengobatan yang berlaku untuk pasien rawat jalan JKN di apotek ini ? apakah ada standar tertulis yang diberlakukan ? apakah standar tersebut dipatuhi ? Mohon dijelaskan
3. Bagaimana peran Formularium Nasional dalam mengatur obat yang digunakan pada pasien hipertensi peserta JKN ? Mohon dijelaskan
4. Bagaimana manajemen pengadaan obat di puskesmas ? bagaimana proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan obat yang dilakukan ? Mohon dijelaskan
5. Adakah peraturan dan kebijakan yang digunakan dalam proses proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan yang dilakukan ? Mohon dijelaskan
6. Bagaimana pengaturan anggaran yang di apotek ini untuk pengadaan obat ? adakah pengaturan anggaran obat untuk pasien JKN dan non JKN ? Mohon dijelaskan
7. Bagaimana ketersediaan obat di apotek ini ? Apakah mencukupi kebutuhan untuk pasien ? Apakah pernah terjadi kekosongan obat hipertensi ? Mohon dijelaskan
8. Bagaimana tindakan apotek apabila obat yang diperlukan oleh pasien tidak tersedia ? Apakah perlu melakukan konsultasi ke dokter untuk mengganti obat yang diperlukan pasien ? Mohon dijelaskan
9. Bagaimana sarana yang dimiliki apotek dalam mendukung pengadaan obat pasien JKN ? Apakah tersedia komputer dan jaringan yang memadai ? Mohon dijelaskan
10. Bagaimana kecukupan tenaga pengadaan obat di apotek ? Apakah petugas pernah mendapat pelatihan pengadaan obat ? Mohon dijelaskan
11. Bagaimana pendapat pasien tentang hasil pengobatan yang diberikan di apotek ini ? apakah pasien pernah mengeluh tentang hasil pengobatan yang dirasakan ? Mohon dijelaskan
12. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem *e-procurement* ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem *e-procurement* ?
13. Menurut Bapak ?Ibu apa yang menjadi faktor pendorong dan penghambat sistem *e-procurement* ?

Lampiran 7. Kuesioner Gudang Farmasi Kabupaten

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Bersama ini saya sampaikan bahwa dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III di FKM-UI maka penelitian yang berjudul **Kesinambungan akses obat pasien hipertensi peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN)** dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesinambungan obat pasien hipertensi rawat jalan JKN dalam memperoleh obat yang dibutuhkan dan hasil pengobatan. Dalam memenuhi kebutuhan informasi yang kami perlukan maka kami akan melakukan wawancara mendalam tentang kebijakan pemberian obat di kabupaten / kota, standar pengadaan obat di kabupaten / kota, manajemen pengadaan obat di kabupaten / kota, peraturan dan kebijakan yang digunakan dalam pengadaan obat, pengaturan anggaran obat, ketersediaan obat, sarana dan prasarana yang tersedia di kabupaten / kota. Manfaat tidak langsung bagi Bapak / Ibu adalah diketahuinya kelangsungan obat dan hasil pengobatan hipertensi yang dilakukan. Manfaat secara umum adalah diperolehnya fakta untuk perbaikan kebijakan pengadaan obat JKN.

Perlu diketahui bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat rahasia dan sukarela. Identitas Bapak/Ibu tidak akan kami sebut, Bapak/Ibu dapat berhenti sewaktu waktu dan dapat mengundurkan diri tanpa sangsi apapun selama penelitian. Kami akan menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu sebagai informan dan keikutsertaan Bapak/Ibu tidak akan mempengaruhi pekerjaan yang Bapak/Ibu sekarang. Wawancara ini akan memerlukan waktu antara 30-60 menit. Sebagai bentuk perhatian dari kami atas kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian kami memberikan Rp.50.000 sebagai pengganti waktu Bapak/Ibu yang tersita.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan disimpan dengan rapi oleh peneliti dengan menggunakan kode. Semua informasi tersebut hanya digunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan strata-III. Apabila Bapak/Ibu memerlukan informasi lebih lanjut maka Bapak/Ibu dapat menghubungi

Muhamad Syaripuddin

Villa Tampak Siring Blok B14 No 10 Purigading Jatiwarna, Bekasi
Telepon : 021-84308929 / 081 388 272 059

Setelah mendengar penjelasan secara rinci dan telah mengerti maksud dan tujuan penelitian ini, saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi secara sukarela.

Pengumpul data

Responden/Informan

(.....)

(.....)

No	Nama Saksi	Tanda Tangan

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM
GUDANG FARMASI KABUPATEN**

Pengadaan obat

Nama puskesmas		Nama informan	
Usia informan	Tahun	Jenis kelamin	
Lama bekerja	Tahun	Pendidikan	
Tanggal		Jabatan	

PANDUAN PERTANYAAN

1. Bagaimana kebijakan pengadaan obat hipertensi di dinas kesehatan ? adakah kebijakan yang mengatur jumlah dan jenis obat yang dipesan ? mohon dijelaskan
2. Bagaimana standar pengadaan obat yang berlaku di dinas kesehatan ? apakah ada standar tertulis yang diberlakukan ? apakah standar tersebut dipatuhi ? mohon dijelaskan
3. Bagaimana manajemen pengadaan obat di dinas kesehatan ? bagaimana proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan obat yang dilakukan ? mohon dijelaskan
4. Adakah peraturan dan kebijakan yang digunakan dalam proses proses perencanaan ? proses pengadaan ? proses distribusi ? proses penggunaan yang dilakukan ? mohon dijelaskan
5. Bagaimana pengaturan anggaran pengadaan obat di dinas kesehatan ? adakah pengaturan anggaran obat untuk pasien JKN dan non JKN ? mohon dijelaskan
6. Bagaimana ketersediaan obat hipertensi di dinas kesehatan ? Apakah mencukupi kebutuhan untuk pasien ? Apakah pernah terjadi kekosongan obat hipertensi di Dinas Kesehatan ? Mohon dijelaskan
7. Bagaimana tindakan dinas kesehatan apabila obat yang diperlukan oleh pasien tidak tersedia ? mohon dijelaskan
8. Bagaimana sarana yang dimiliki dinas kesehatan dalam mendukung pengadaan obat pasien JKN ? Apakah tersedia komputer dan jaringan memadai ? Mohon dijelaskan
9. Bagaimana kecukupan tenaga pengadaan obat di Dinas Kesehatan ? Apakah petugas pernah mendapatkan pelatihan tentang pengadaan obat ? Mohon dijelaskan
10. Menurut Bapak/Ibu, apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan sistem e-procurement ? apa yang menjadi peluang dan ancaman sistem e-procurement ?
11. Menurut Bapak/Ibu apa yang menjadi faktor pendorong dan penghambat sistem *e-procurement* ?

Lampiran 8. Hasil Analisis Bivariat Karakteristik Pasien Hipertensi Terhadap Terkendalnya Tekanan Darah bulan di Berbagai Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Provinsi Jawa Barat dan Bangka Belitung

Karakteristik Pasien	Kategori	Terkendali	Tidak terkendali	Total		OR	95%CI		Sig.
		%	%	%	%		Min	Max	
Jenis kepesertaan JKN	PBI	37,2	62,8	100	41,2	2,12	1,51	2,97	0,00*
	Non PBI	21,8	78,2	100	58,8				
Jenis kelamin	Perempuan	26,8	73,2	100	64,8	0,82	0,58	1,16	0,31
	Laki-laki	30,7	69,3	100	35,2				
Umur pasien	<60 tahun	27,9	72,1	100	50,2	0,97	0,69	1,35	0,94
	≥60 tahun	28,4	71,6	100	49,8				
Pendidikan pasien	Tinggi (≥SMA)	36,0	64,0	100	34,9	1,78	1,26	2,50	0,00*
	Rendah (≤ SMP)	24,0	76,0	100	65,1				
Lama pasien sakit	≤1 tahun	34,6	65,4	100	27,9	1,52	1,06	2,18	0,02*
	>1 tahun	25,7	74,3	100	72,1				
Komorbiditas	Tanpa komorbiditas	34,7	65,3	100	36,2	1,63	1,16	2,30	0,00*
	≥1 komorbiditas	24,5	75,5	100	63,8				
Lama minum obat	≤ 1 Tahun	27,1	72,9	100	39,9	0,91	0,65	1,28	0,67
	> 1 tahun	28,9	71,1	100	60,1				
Rata-rata jumlah obat pasien	1 Jenis obat	40,9	59,1	100	26,4	2,23	1,56	3,20	0,00*
	> 1 Jenis obat	23,6	76,4	100	73,6				
Ganti jumlah jenis obat	Tidak ganti	37,1	62,9	100	42,5	2,14	1,53	3,00	0,00*
	Pernah ganti	21,6	78,4	100	57,2				
Diet pasien	Diet	33,6	66,4	100	63,4	2,20	1,51	3,20	0,00*
	Tanpa diet	18,7	81,3	100	36,3				

Kebijakan pemberian obat	30 hari	22,1	77,9	100	44,2	0,57	0,40	0,81	0,00*
	7 hari	33,0	67,0	100	55,8				
Kepemilikan rumah sakit	Pemerintah	31,4	68,6	100	46,4	1,35	0,96	1,88	0,09*
	Swasta	25,3	74,7	100	53,6				
Lokasi rumah sakit	Kota	45,5	54,5	100	55,2	11,37	6,98	18,50	0,00*
	Kabupaten	6,8	93,2	100	44,8				
Provinsi	Jawa Barat	34,8	65,2	100	49,1	1,91	1,36	2,69	0,00*
	Bangka Belitung	21,8	78,2	100	50,9				

Lampiran 9. Proporsi Penyakit Penyerta Pasien Hipertensi Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Bangka Belitung

No	Penyakit	Total (n)	%
1	Diabetes	270	36,4
2	Kolesterol	154	22,5
3	Lambung	123	18
4	Jantung	104	15,2
5	Rematik	68	9,9
6	Ginjal	56	8,2
7	Vertigo	46	6,7
8	Asam urat	34	5
9	Syaraf	17	2,5
10	Asma	14	2
11	TBC	9	1,3
12	Hipertitoid	8	1,2
13	Prostat	5	0,7
14	Hati	5	0,7
15	Stroke	1	0,1

Lampiran 10. Informan Rumah Sakit, Pabrik Obat, Distributor Obat dan Apotek

Informan	Usia (tahun)	Lama Bekerja (tahun)	Jenis kelamin	Pendidikan	Jabatan
RSUD Kota Bandung					
Dokter poliklinik	55	15	Perempuan	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	58	30	Perempuan	S2	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	39	10	Perempuan	S2	Apoteker Rawat jalan
Pengadaan	33	9	Laki-laki	Apoteker	Kepala Pengadaan
Gudang	30	10	Laki-laki	Apoteker	Kepala Gudang
RS Hermina Arcamanik					
Dokter poliklinik	43	3	Perempuan	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	41	8	Perempuan	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	38	5	Perempuan	S2	Apoteker Rawat jalan
Pengadaan	35	8	Laki-laki	Apoteker	Kepala Pengadaan
RSUD Linggajati					
Dokter poliklinik	31	1	Perempuan	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	41	2	Laki-laki	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Pengadaan	52	6	Laki-laki	S1	Kepala Pengadaan
Gudang	46	5	Perempuan	Apoteker	Kepala Gudang
RS Wijaya Kusumah					
Dokter poliklinik	45	10	Laki-laki	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	52	30	Laki-laki	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	36	18	Perempuan	Apoteker	Apoteker Rawat jalan
Gudang	40	19	Perempuan	D3	Kepala Gudang
RSUD Depati Hamzah					

Dokter poliklinik	58	20	Perempuan	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	38	1	Perempuan	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	38	8	Perempuan	Apoteker	Apoteker Rawat jalan
Pengadaan	30	8	Laki-laki	S1	Kepala Pengadaan
RS Bakti Timah					
Dokter poliklinik	45	10	Laki-laki	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	35	8	Laki-laki	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	25	1	Perempuan	Apoteker	Apoteker Rawat jalan
Pengadaan	35	8	Perempuan	SMA	Kepala Pengadaan
RSUD Depati Bahrin					
Dokter poliklinik	37	3	Laki-laki	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	45	20	Perempuan	S2	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	35	6	Perempuan	Apoteker	Apoteker Rawat jalan
Pengadaan	36	8	Perempuan	D3	Kepala Pengadaan
RS Arsani					
Dokter poliklinik	45	8	Laki-laki	Spesialis	Dokter
Kepala Instalasi	23	1	Perempuan	Apoteker	Kepala Instalasi Farmasi
Apoteker Rawat Jalan	35	8	Perempuan	SMA	Kepala Pengadaan
PT Kimia Farma					
Produksi	56	20	Perempuan	Apoteker	Manajer Produksi
PT Indofarma					
Marketing	33	8	Laki-laki	Apoteker	Produk Eksekutif
PT Tanabe					
Marketing	46	20	Laki-laki	S1	Manajer Marketing
PT Merck					
Produksi	42	11	Laki-laki	S2	Manajer Produksi

PT Kalbe Farma					
Produksi	56	26	Laki-laki	S2	Direktur Produksi
PT Harsen					
Marketing	42	1	Perempuan	S1	Manajer Marketing
PT Pertiwi Agung					
Produksi	40	5	Perempuan	S1	Manajer PPIC
PT Kimia Farma T&D					
Distribusi	37	8	Laki-laki	Apoteker	Kepala Cabang
PT Kimia Farma T&D					
Distribusi	38	15	Laki-laki	S1	Supervisor
PT Indofarma Global Medika					
Distribusi	51	21	Laki-laki	S1	Kepala Cabang
PT Tempo					
Distribusi	41	6	Laki-laki	S1	Kepala Cabang
PT Enseval					
Distribusi	38	5	Laki-laki	S1	Kepala Cabang
PT Antar Mitra Sembada					
Distribusi	29	7	Perempuan	Apoteker	Apoteker Penanggung Jawab
PT Mensa Bina Sukes					
Distribusi	55	23	Laki-laki	S1	Kepala Cabang
Apotek Kimia Farma 29					
Apotek	28	5	Laki-laki	Apoteker	Kepala Apotek
Apotek Kimia Farma 96					
Apotek	27	2	Laki-laki	Apoteker	Kepala Apotek
Apotek Medika Antapani					
Apotek	51	17	Perempuan	S1	Manajer Operasional

Lampiran 11. Hasil Analisis SPSS

Nama rumah sakit * 14. Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		14. Kepesertaan JKN		Total
		PBI	Non PBI	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	94	0	94
	RS Hermina	51	47	98
	RSUD Kuningan	31	31	62
	RS Wijaya Kusumah	14	68	82
	RSUD Depati Hamzah	22	75	97
	RS Bakti Timah	3	86	89
	RSUD Sungai Liat	65	0	65
	RS Arsani	2	96	98
Total		282	403	685

Nama rumah sakit * 14. Jenis kelamin Crosstabulation

Count

		14. Jenis kelamin		Total
		Perempuan	Laki-laki	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	56	38	94
	RS Hermina	64	34	98
	RSUD Kuningan	50	12	62
	RS Wijaya Kusumah	57	25	82
	RSUD Depati Hamzah	57	40	97
	RS Bakti Timah	58	31	89
	RSUD Sungai Liat	43	22	65
	RS Arsani	59	39	98
Total		444	241	685

Nama rumah sakit * 14. Umur pasien Crosstabulation

Count

		14. Umur pasien		Total
		40-59 tahun	60 tahun atau lebih	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	65	29	94
	RS Hermina	45	53	98
	RSUD Kuningan	31	31	62
	RS Wijaya Kusumah	42	40	82

	RSUD Depati Hamzah	53	44	97
	RS Bakti Timah	36	53	89
	RSUD Sungai Liat	37	28	65
	RS Arsani	35	63	98
Total		344	341	685

Nama rumah sakit * 14. Pendidikan Pasien Hipertensi Crosstabulation

Count

		14. Pendidikan Pasien Hipertensi		Total
		Tinggi	Rendah	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	42	52	94
	RS Hermina	57	41	98
	RSUD Kuningan	4	58	62
	RS Wijaya Kusumah	37	45	82
	RSUD Depati Hamzah	31	66	97
	RS Bakti Timah	36	53	89
	RSUD Sungai Liat	3	62	65
	RS Arsani	29	69	98
Total		239	446	685

Nama rumah sakit * 14. Lama pasien sakit Crosstabulation

Count

		14. Lama pasien sakit		Total
		0-1 tahun	Lebih dari 1 tahun	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	7	87	94
	RS Hermina	52	46	98
	RSUD Kuningan	56	6	62
	RS Wijaya Kusumah	13	69	82
	RSUD Depati Hamzah	18	79	97
	RS Bakti Timah	19	70	89
	RSUD Sungai Liat	23	42	65
	RS Arsani	3	95	98
Total		191	494	685

Nama rumah sakit * 14. Komorbiditas Pasien Hipertensi Crosstabulation

Count

		14. Komorbiditas Pasien Hipertensi		Total
		Tanpa komorbiditas	Komorbiditas	

Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	77	17	94
	RS Hermina	40	58	98
	RSUD Kuningan	32	30	62
	RS Wijaya Kusumah	26	56	82
	RSUD Depati Hamzah	6	91	97
	RS Bakti Timah	41	48	89
	RSUD Sungai Liat	15	50	65
	RS Arsani	11	87	98
Total		248	437	685

Nama rumah sakit * 14. Durasi minum obat Crosstabulation

Count

		14. Durasi minum obat		Total
		1 tahun	Lebih dari 1 tahun	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	8	86	94
	RS Hermina	57	41	98
	RSUD Kuningan	62	0	62
	RS Wijaya Kusumah	45	37	82
	RSUD Depati Hamzah	22	75	97
	RS Bakti Timah	31	58	89
	RSUD Sungai Liat	29	36	65
	RS Arsani	19	79	98
Total		273	412	685

Nama rumah sakit * 14. Jumlah jenis obat pasien Crosstabulation

Count

		14. Jumlah jenis obat pasien		Total
		satu jenis obat	Lebih dari 1 jenis obat	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	11	83	94
	RS Hermina	43	55	98
	RSUD Kuningan	14	48	62
	RS Wijaya Kusumah	16	66	82
	RSUD Depati Hamzah	15	82	97
	RS Bakti Timah	26	63	89
	RSUD Sungai Liat	26	39	65
	RS Arsani	30	68	98
Total		181	504	685

Nama rumah sakit * 14. Ganti Jumlah Obat Dalam Setahun Crosstabulation

Count

		14. Ganti Jumlah Obat Dalam Setahun		Total
		Tidak pernah ganti jumlah obat	1 atau lebih pernah ganti jumlah obat	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	54	40	94
	RS Hermina	54	44	98
	RSUD Kuningan	36	26	62
	RS Wijaya Kusumah	18	64	82
	RSUD Depati Hamzah	37	60	97
	RS Bakti Timah	33	56	89
	RSUD Sungai Liat	29	36	65
	RS Arsani	30	68	98
Total		291	394	685

Nama rumah sakit * 14. Diet Pasien Hipertensi Crosstabulation

Count

		14. Diet Pasien Hipertensi		Total
		Diet	Tanpa Diet	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	58	36	94
	RS Hermina	69	29	98
	RSUD Kuningan	30	32	62
	RS Wijaya Kusumah	40	42	82
	RSUD Depati Hamzah	69	28	97
	RS Bakti Timah	64	25	89
	RSUD Sungai Liat	40	25	65
	RS Arsani	64	34	98
Total		434	251	685

Nama rumah sakit * 14. Kebijakan pemberian obat Crosstabulation

Count

		14. Kebijakan pemberian obat		Total
		30 hari	7 hari	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	94	0	94
	RS Hermina	0	98	98
	RSUD Kuningan	62	0	62
	RS Wijaya Kusumah	82	0	82
	RSUD Depati Hamzah	0	97	97
	RS Bakti Timah	0	89	89

	RSUD Sungai Liat	65	0	65
	RS Arsani	0	98	98
Total		303	382	685

Nama rumah sakit * 14. Kepemilikan Rumah Sakit Crosstabulation

Count

		14. Kepemilikan Rumah Sakit		Total
		Pemerintah	Swasta	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	94	0	94
	RS Hermina	0	98	98
	RSUD Kuningan	62	0	62
	RS Wijaya Kusumah	0	82	82
	RSUD Depati Hamzah	97	0	97
	RS Bakti Timah	0	89	89
	RSUD Sungai Liat	65	0	65
	RS Arsani	0	98	98
Total		318	367	685

Nama rumah sakit * 14. Lokasi rumah sakit Crosstabulation

Count

		14. Lokasi rumah sakit		Total
		Kota	Kabupaten	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	94	0	94
	RS Hermina	98	0	98
	RSUD Kuningan	0	62	62
	RS Wijaya Kusumah	0	82	82
	RSUD Depati Hamzah	97	0	97
	RS Bakti Timah	89	0	89
	RSUD Sungai Liat	0	65	65
	RS Arsani	0	98	98
Total		378	307	685

Nama rumah sakit * 14. Provinsi Crosstabulation

Count

		14. Provinsi		Total
		Jawa Barat	Bangka Belitung	
Nama rumah sakit	RSUD Kota Bandung	94	0	94
	RS Hermina	98	0	98
	RSUD Kuningan	62	0	62
	RS Wijaya Kusumah	82	0	82

	RSUD Depati Hamzah	0	97	97
	RS Bakti Timah	0	89	89
	RSUD Sungai Liat	0	65	65
	RS Arsani	0	98	98
Total		336	349	685

Hasil analisis univariat

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Jenis Kepesertaan JKN	PBI	Count	105	177	282
		% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	37,2%	62,8%	100,0%
		% of Total	15,3%	25,8%	41,2%
	Non PBI	Count	88	315	403
		% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	21,8%	78,2%	100,0%
		% of Total	12,8%	46,0%	58,8%
Total	Count	193	492	685	
	% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	28,2%	71,8%	100,0%	
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%	

14. Jenis kelamin * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Jenis kelamin	Perempuan	Count	119	325	444
		% within 14. Jenis kelamin	26,8%	73,2%	100,0%
		% of Total	17,4%	47,4%	64,8%
	Laki-laki	Count	74	167	241
		% within 14. Jenis kelamin	30,7%	69,3%	100,0%

	% of Total	10,8%	24,4%	35,2%
Total	Count	193	492	685
	% within 14. Jenis kelamin	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15.Kategori umur * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15.Kategori umur	40 - 44 tahun	Count	12	39	51
		% within 15.Kategori umur	23,5%	76,5%	100,0%
		% of Total	1,8%	5,7%	7,4%
	45 - 54 tahun	Count	49	103	152
		% within 15.Kategori umur	32,2%	67,8%	100,0%
		% of Total	7,2%	15,0%	22,2%
	55 - 64 tahun	Count	77	197	274
		% within 15.Kategori umur	28,1%	71,9%	100,0%
		% of Total	11,2%	28,8%	40,0%
	65 - 74 tahun	Count	41	124	165
		% within 15.Kategori umur	24,8%	75,2%	100,0%
		% of Total	6,0%	18,1%	24,1%
	> 75 tahun	Count	14	29	43
		% within 15.Kategori umur	32,6%	67,4%	100,0%
		% of Total	2,0%	4,2%	6,3%
Total		Count	193	492	685
		% within 15.Kategori umur	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Pendidikan pasien 3 jenjang * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

		14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali	Total
--	--	---	-------

			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Pendidikan pasien 3 jenjang	>= SMA	Count	86	153	239
		% within 15. Pendidikan pasien 3 jenjang	36,0%	64,0%	100,0%
		% of Total	12,6%	22,3%	34,9%
	SMP	Count	39	85	124
		% within 15. Pendidikan pasien 3 jenjang	31,5%	68,5%	100,0%
		% of Total	5,7%	12,4%	18,1%
	<= SD	Count	68	254	322
		% within 15. Pendidikan pasien 3 jenjang	21,1%	78,9%	100,0%
		% of Total	9,9%	37,1%	47,0%
Total	Count	193	492	685	
	% within 15. Pendidikan pasien 3 jenjang	28,2%	71,8%	100,0%	
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%	

15.Lama pasien sakit kategori * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15.Lama pasien sakit kategori	<= 12 bulan	Count	66	125	191
		% within 15.Lama pasien sakit kategori	34,6%	65,4%	100,0%
		% of Total	9,6%	18,2%	27,9%
	Count	46	111	157	

13-24 bulan	% within 15.Lama pasien sakit kategori	29,3%	70,7%	100,0%
	% of Total	6,7%	16,2%	22,9%
.25 bulan	Count	81	256	337
	% within 15.Lama pasien sakit kategori	24,0%	76,0%	100,0%
	% of Total	11,8%	37,4%	49,2%
	Count	193	492	685
Total	% within 15.Lama pasien sakit kategori	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Diabetes * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Diabetes	Tidak	Count	127	288	415
		% within 15. Diabetes	30,6%	69,4%	100,0%
		% of Total	18,5%	42,0%	60,6%
Ya		Count	66	204	270
		% within 15. Diabetes	24,4%	75,6%	100,0%
		% of Total	9,6%	29,8%	39,4%
Total		Count	193	492	685
		% within 15. Diabetes	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Kolesterol * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	

15. Kolesterol	Tidak	Count	150	381	531
		% within 15. Kolesterol	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	21,9%	55,6%	77,5%
	Ya	Count	43	111	154
		% within 15. Kolesterol	27,9%	72,1%	100,0%
		% of Total	6,3%	16,2%	22,5%
Total		Count	193	492	685
		% within 15. Kolesterol	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Lambung * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Lambung	Tidak	Count	162	400	562
		% within 15. Lambung	28,8%	71,2%	100,0%
		% of Total	23,6%	58,4%	82,0%
	Ya	Count	31	92	123
		% within 15. Lambung	25,2%	74,8%	100,0%
		% of Total	4,5%	13,4%	18,0%
Total		Count	193	492	685
		% within 15. Lambung	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Jantung * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Jantung	Tidak	Count	165	416	581
		% within 15. Jantung	28,4%	71,6%	100,0%
		% of Total	24,1%	60,7%	84,8%

Ya	Count	28	76	104
	% within 15. Jantung	26,9%	73,1%	100,0%
	% of Total	4,1%	11,1%	15,2%
Total	Count	193	492	685
	% within 15. Jantung	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15.Rematik * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15.Rematik	Tidak	Count	178	439	617
		% within 15.Rematik	28,8%	71,2%	100,0%
		% of Total	26,0%	64,1%	90,1%
Ya		Count	15	53	68
		% within 15.Rematik	22,1%	77,9%	100,0%
		% of Total	2,2%	7,7%	9,9%
Total		Count	193	492	685
		% within 15.Rematik	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Ginjal * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Ginjal	Tidak	Count	176	453	629
		% within 15. Ginjal	28,0%	72,0%	100,0%
		% of Total	25,7%	66,1%	91,8%
Ya		Count	17	39	56
		% within 15. Ginjal	30,4%	69,6%	100,0%
		% of Total	2,5%	5,7%	8,2%
Total		Count	193	492	685

% within 15. Ginjal	28,2%	71,8%	100,0%
% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Lama minum obat kategori * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Lama minum obat kategori	<= 12 bulan	Count	74	199	273
		% within 15. Lama minum obat kategori	27,1%	72,9%	100,0%
		% of Total	10,8%	29,1%	39,9%
	13-24 bulan	Count	47	121	168
		% within 15. Lama minum obat kategori	28,0%	72,0%	100,0%
		% of Total	6,9%	17,7%	24,5%
	> 25 bulan	Count	72	172	244
		% within 15. Lama minum obat kategori	29,5%	70,5%	100,0%
		% of Total	10,5%	25,1%	35,6%
Total		Count	193	492	685
		% within 15. Lama minum obat kategori	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Jumlah obat rata-rata setahun * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

		14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
		Terkendali	Tidak Terkendali	
1 jenis obat	Count	74	107	181

15. Jumlah obat rata-rata setahun		% within 15. Jumlah obat rata-rata setahun	40,9%	59,1%	100,0%
		% of Total	10,8%	15,6%	26,4%
	>1-2 jenis obat	Count	95	289	384
		% within 15. Jumlah obat rata-rata setahun	24,7%	75,3%	100,0%
		% of Total	13,9%	42,2%	56,1%
	>2-3 jenis obat	Count	21	92	113
		% within 15. Jumlah obat rata-rata setahun	18,6%	81,4%	100,0%
		% of Total	3,1%	13,4%	16,5%
	>3-4 jenis obat	Count	3	4	7
		% within 15. Jumlah obat rata-rata setahun	42,9%	57,1%	100,0%
		% of Total	,4%	,6%	1,0%
	Total	Count	193	492	685
	% within 15. Jumlah obat rata-rata setahun	28,2%	71,8%	100,0%	
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%	

15. Ganti jumlah obat * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Ganti jumlah obat	Tidak pernah ganti	Count	108	183	291
		% within 15. Ganti jumlah obat	37,1%	62,9%	100,0%
		% of Total	15,8%	26,7%	42,5%
	1 kali ganti	Count	16	62	78

	% within 15. Ganti jumlah obat	20,5%	79,5%	100,0%
	% of Total	2,3%	9,1%	11,4%
2 kali ganti	Count	26	72	98
	% within 15. Ganti jumlah obat	26,5%	73,5%	100,0%
	% of Total	3,8%	10,5%	14,3%
3 kali ganti	Count	21	67	88
	% within 15. Ganti jumlah obat	23,9%	76,1%	100,0%
	% of Total	3,1%	9,8%	12,8%
4 kali ganti	Count	12	47	59
	% within 15. Ganti jumlah obat	20,3%	79,7%	100,0%
	% of Total	1,8%	6,9%	8,6%
>4 kali ganti	Count	10	61	71
	% within 15. Ganti jumlah obat	14,1%	85,9%	100,0%
	% of Total	1,5%	8,9%	10,4%
Total	Count	193	492	685
	% within 15. Ganti jumlah obat	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

15. Kategori diet juni * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
15. Kategori diet juni	Tidak diet	Count	47	204	251
		% within 15. Kategori diet juni	18,7%	81,3%	100,0%
		% of Total	6,9%	29,8%	36,6%
	Diet 1 jenis	Count	82	149	231

	% within 15. Kategori diet juni	35,5%	64,5%	100,0%
	% of Total	12,0%	21,8%	33,7%
Diet 2 jenis	Count	55	109	164
	% within 15. Kategori diet juni	33,5%	66,5%	100,0%
	% of Total	8,0%	15,9%	23,9%
Diet 3 jenis	Count	9	30	39
	% within 15. Kategori diet juni	23,1%	76,9%	100,0%
	% of Total	1,3%	4,4%	5,7%
Total	Count	193	492	685
	% within 15. Kategori diet juni	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

14. Kebijakan pemberian obat * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Kebijakan pemberian obat	30 hari	Count	67	236	303
		% within 14. Kebijakan pemberian obat	22,1%	77,9%	100,0%
		% of Total	9,8%	34,5%	44,2%
	7 hari	Count	126	256	382
		% within 14. Kebijakan pemberian obat	33,0%	67,0%	100,0%
		% of Total	18,4%	37,4%	55,8%
Total		Count	193	492	685
		% within 14. Kebijakan pemberian obat	28,2%	71,8%	100,0%

% of Total	28,2%	71,8%	100,0%
------------	-------	-------	--------

14. Kepemilikan Rumah Sakit * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Kepemilikan Rumah Sakit	Pemerintah	Count	100	218	318
		% within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	31,4%	68,6%	100,0%
		% of Total	14,6%	31,8%	46,4%
	Swasta	Count	93	274	367
		% within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	25,3%	74,7%	100,0%
		% of Total	13,6%	40,0%	53,6%
Total		Count	193	492	685
		% within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

14. Lokasi rumah sakit * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Lokasi rumah sakit	Kota	Count	172	206	378
		% within 14. Lokasi rumah sakit	45,5%	54,5%	100,0%
		% of Total	25,1%	30,1%	55,2%
	Kabupaten	Count	21	286	307
		% within 14. Lokasi rumah sakit	6,8%	93,2%	100,0%

	% of Total	3,1%	41,8%	44,8%
Total	Count	193	492	685
	% within 14. Lokasi rumah sakit	28,2%	71,8%	100,0%
	% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

14. Provinsi * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali Crosstabulation

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Provinsi	Jawa Barat	Count	117	219	336
		% within 14. Provinsi	34,8%	65,2%	100,0%
		% of Total	17,1%	32,0%	49,1%
	Bangka Belitung	Count	76	273	349
		% within 14. Provinsi	21,8%	78,2%	100,0%
		% of Total	11,1%	39,9%	50,9%
Total		Count	193	492	685
		% within 14. Provinsi	28,2%	71,8%	100,0%
		% of Total	28,2%	71,8%	100,0%

Hasil analisis bivariat

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Jenis Kepesertaan JKN	PBI	Count	105	177	282
		% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	37,2%	62,8%	100,0%
	Non PBI	Count	88	315	403

	% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	21,8%	78,2%	100,0%
Total	Count	193	492	685
	% within 14. Jenis Kepesertaan JKN	28,2%	71,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,438 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,684	1	,000		
Likelihood Ratio	19,245	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,409	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 79,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Jenis Kepesertaan JKN (PBI / Non PBI)	2,123	1,515	2,977

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,705	1,343	2,165
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,803	,724	,891
N of Valid Cases	685		

14. Jenis kelamin * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Jenis kelamin	Perempuan	Count % within 14. Jenis kelamin	119 26,8%	325 73,2%	444 100,0%
	Laki-laki	Count % within 14. Jenis kelamin	74 30,7%	167 69,3%	241 100,0%
Total		Count % within 14. Jenis kelamin	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	1,176 ^a	1	,278		
Continuity Correction ^b	,991	1	,319		
Likelihood Ratio	1,167	1	,280		
Fisher's Exact Test				,287	,160
Linear-by-Linear Association	1,175	1	,278		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 67,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Jenis kelamin (Perempuan / Laki-laki)	,826	,585	1,167
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	,873	,684	1,114
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	1,056	,955	1,169
N of Valid Cases	685		

14. Umur pasien * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Umur pasien	40-59 tahun	Count % within 14. Umur pasien	96 27,9%	248 72,1%	344 100,0%
	60 tahun atau lebih	Count % within 14. Umur pasien	97 28,4%	244 71,6%	341 100,0%
Total		Count % within 14. Umur pasien	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,025 ^a	1	,875		
Continuity Correction ^b	,005	1	,943		
Likelihood Ratio	,025	1	,875		
Fisher's Exact Test				,932	,471
Linear-by-Linear Association	,025	1	,876		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 96,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for 14. Umur pasien (40-59 tahun / 60 tahun atau lebih)	,974	,698	1,358
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	,981	,772	1,246
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	1,008	,917	1,107
N of Valid Cases	685		

14. Pendidikan Pasien * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Pendidikan Pasien	Tinggi	Count % within 14. Pendidikan Pasien	86 36,0%	153 64,0%	239 100,0%
	Rendah	Count % within 14. Pendidikan Pasien	107 24,0%	339 76,0%	446 100,0%

Total	Count	193	492	685
	% within 14. Pendidikan Pasien	28,2%	71,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,059 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	10,474	1	,001		
Likelihood Ratio	10,843	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,042	1	,001		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 67,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Pendidikan Pasien (Tinggi / Rendah)	1,781	1,265	2,507
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,500	1,184	1,900

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,842	,756	,939
N of Valid Cases	685		

14. Lama pasien sakit * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Lama pasien sakit	0-1 tahun	Count % within 14. Lama pasien sakit	66 34,6%	125 65,4%	191 100,0%
	Lebih dari 1 tahun	Count % within 14. Lama pasien sakit	127 25,7%	367 74,3%	494 100,0%
Total		Count % within 14. Lama pasien sakit	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,327 ^a	1	,021		
Continuity Correction ^b	4,899	1	,027		
Likelihood Ratio	5,201	1	,023		

Fisher's Exact Test				,023	,014
Linear-by-Linear Association	5,319	1	,021		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 53,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Lama pasien sakit (0-1 tahun / Lebih dari 1 tahun)	1,526	1,064	2,187
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,344	1,051	1,719
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,881	,785	,989
N of Valid Cases	685		

14. Komorbiditas * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Komorbiditas	Tanpa komorbiditas	Count % within 14. Komorbiditas	86 34,7%	162 65,3%	248 100,0%
	Komorbiditas	Count % within 14. Komorbiditas	107 24,5%	330 75,5%	437 100,0%
Total		Count % within 14. Komorbiditas	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,122 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	7,626	1	,006		
Likelihood Ratio	7,996	1	,005		
Fisher's Exact Test				,005	,003
Linear-by-Linear Association	8,110	1	,004		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 69,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for 14. Komorbiditas (Tanpa komorbiditas / Komorbiditas)	1,637	1,165	2,301
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,416	1,117	1,795
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,865	,779	,961
N of Valid Cases	685		

14. Lama minum obat * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Lama minum obat	1 tahun	Count	74	199	273
		% within 14. Lama minum obat	27,1%	72,9%	100,0%
	Lebih dari 1 tahun	Count	119	293	412

	% within 14. Lama minum obat	28,9%	71,1%	100,0%
Total	Count	193	492	685
	% within 14. Lama minum obat	28,2%	71,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,256 ^a	1	,613		
Continuity Correction ^b	,176	1	,675		
Likelihood Ratio	,257	1	,612		
Fisher's Exact Test				,665	,338
Linear-by-Linear Association	,256	1	,613		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 76,92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Lama minum obat (1 tahun / Lebih dari 1 tahun)	,916	,651	1,288

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	,938	,733	1,201
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	1,025	,932	1,127
N of Valid Cases	685		

14. Rata-rata jumlah obat pasien * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Rata-rata jumlah obat pasien	satu jenis obat	Count % within 14. Rata-rata jumlah obat pasien	74 40,9%	107 59,1%	181 100,0%
	Lebih dari 1 jenis obat	Count % within 14. Rata-rata jumlah obat pasien	119 23,6%	385 76,4%	504 100,0%
Total		Count	193	492	685

% within 14. Rata-rata jumlah obat pasien	28,2%	71,8%	100,0%
---	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,634 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,790	1	,000		
Likelihood Ratio	18,805	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,605	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Rata-rata jumlah obat pasien (satu jenis obat / Lebih dari 1 jenis obat)	2,237	1,560	3,209

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,732	1,369	2,191
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,774	,679	,882
N of Valid Cases	685		

14. Ganti jumlah jenis obat * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Ganti jumlah jenis obat	Tidak pernah ganti jumlah obat	Count % within 14. Ganti jumlah jenis obat	108 37,1%	183 62,9%	291 100,0%
	1 atau lebih pernah ganti jumlah obat	Count % within 14. Ganti jumlah jenis obat	85 21,6%	309 78,4%	394 100,0%
Total		Count % within 14. Ganti jumlah jenis obat	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,973 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	19,213	1	,000		
Likelihood Ratio	19,832	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,944	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 81,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Ganti jumlah jenis obat (Tidak pernah ganti jumlah obat / 1 atau lebih pernah ganti jumlah obat)	2,145	1,530	3,008
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,720	1,353	2,188

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,802	,724	,888
N of Valid Cases	685		

14. Diet Pasien * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Diet Pasien	Diet	Count % within 14. Diet Pasien	146 33,6%	288 66,4%	434 100,0%
	Tanpa Diet	Count % within 14. Diet Pasien	47 18,7%	204 81,3%	251 100,0%
Total		Count % within 14. Diet Pasien	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,483 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	16,753	1	,000		
Likelihood Ratio	18,208	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000

Linear-by-Linear Association	17,457	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 70,72.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Diet Pasien (Diet / Tanpa Diet)	2,200	1,513	3,200
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,797	1,345	2,400
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,816	,747	,893
N of Valid Cases	685		

14. Kebijakan pemberian obat * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

	14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali	Total
--	---	-------

			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Kebijakan pemberian obat	30 hari	Count % within 14. Kebijakan pemberian obat	67 22,1%	236 77,9%	303 100,0%
	7 hari	Count % within 14. Kebijakan pemberian obat	126 33,0%	256 67,0%	382 100,0%
Total		Count % within 14. Kebijakan pemberian obat	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,870 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	9,340	1	,002		
Likelihood Ratio	10,010	1	,002		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	9,855	1	,002		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 85,37.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for 14. Kebijakan pemberian obat (30 hari / 7 hari)			
	,577	,408	,815
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	,670	,519	,865
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	1,162	1,060	1,275
N of Valid Cases	685		

14. Kepemilikan Rumah Sakit * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Kepemilikan Rumah Sakit	Pemerintah	Count	100	218	318
		% within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	31,4%	68,6%	100,0%
	Swasta	Count	93	274	367

	% within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	25,3%	74,7%	100,0%
Total	Count % within 14. Kepemilikan Rumah Sakit	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,139 ^a	1	,076		
Continuity Correction ^b	2,844	1	,092		
Likelihood Ratio	3,134	1	,077		
Fisher's Exact Test				,088	,046
Linear-by-Linear Association	3,134	1	,077		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 89,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Kepemilikan Rumah Sakit (Pemerintah / Swasta)	1,351	,968	1,887

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,241	,977	1,576
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,918	,835	1,010
N of Valid Cases	685		

14. Lokasi rumah sakit * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Lokasi rumah sakit	Kota	Count % within 14. Lokasi rumah sakit	172 45,5%	206 54,5%	378 100,0%
	Kabupaten	Count % within 14. Lokasi rumah sakit	21 6,8%	286 93,2%	307 100,0%
Total		Count % within 14. Lokasi rumah sakit	193 28,2%	492 71,8%	685 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	125,133 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	123,230	1	,000		
Likelihood Ratio	140,458	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	124,951	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 86,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Lokasi rumah sakit (Kota / Kabupaten)	11,371	6,986	18,509
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	6,652	4,339	10,198

For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,585	,531	,645
N of Valid Cases	685		

14. Provinsi * 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali

Crosstab

			14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali		Total
			Terkendali	Tidak Terkendali	
14. Provinsi	Jawa Barat	Count	117	219	336
		% within 14. Provinsi	34,8%	65,2%	100,0%
	Bangka Belitung	Count	76	273	349
		% within 14. Provinsi	21,8%	78,2%	100,0%
Total		Count	193	492	685
		% within 14. Provinsi	28,2%	71,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,395 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	13,758	1	,000		
Likelihood Ratio	14,469	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000

Linear-by-Linear Association	14,374	1	,000		
N of Valid Cases	685				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 94,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for 14. Provinsi (Jawa Barat / Bangka Belitung)	1,919	1,367	2,694
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Terkendali	1,599	1,249	2,047
For cohort 14. Bulan 2 sd12 terkendali dan bulan 12 terkendali = Tidak Terkendali	,833	,757	,917
N of Valid Cases	685		

Hasil analisis Multivariat

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1a									
KKANGGOTA(1)	0,688	0,26	6,992	1	0,008	1,991	1,195	3,316	
KDIDIK(1)	0,266	0,217	1,503	1	0,22	1,305	0,853	1,998	
KKLSAKIT(1)	0,678	0,228	8,872	1	0,003	1,97	1,261	3,078	
KKOMORBIDITAS(1)	0,149	0,243	0,373	1	0,541	1,16	0,72	1,87	
KKJOP(1)	1,221	0,323	14,322	1	0	3,392	1,802	6,386	
KGJO(1)	-0,15	0,28	0,289	1	0,591	0,861	0,498	1,488	
KDIETPAS(1)	0,678	0,23	8,683	1	0,003	1,969	1,255	3,09	
KKK(1)	2,705	0,354	58,324	1	0	14,948	7,467	29,925	
KPO(1)	0,195	0,38	0,264	1	0,607	1,216	0,577	2,561	
PEMSWA(1)	0,18	0,267	0,456	1	0,499	1,198	0,71	2,022	
Constant	-2,205	0,387	32,531	1	0	0,11			

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKOMORBIDITAS, KKJOP, KGJO, KDIETPAS, KKK, KPO, PEMSWA.

Kebijakan pemberian obat keluar

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1a									
KKANGGOTA(1)	0,754	0,228	10,973	1	0,001	2,126	1,361	3,321	
KDIDIK(1)	0,281	0,215	1,707	1	0,191	1,325	0,869	2,02	
KKLSAKIT(1)	0,668	0,227	8,671	1	0,003	1,951	1,25	3,043	
KKOMORBIDITAS(1)	0,2	0,222	0,818	1	0,366	1,222	0,791	1,886	
KKJOP(1)	1,2	0,319	14,11	1	0	3,319	1,775	6,206	
KGJO(1)	-0,134	0,277	0,234	1	0,629	0,875	0,508	1,506	
KDIETPAS(1)	0,683	0,23	8,857	1	0,003	1,981	1,263	3,106	
KKK(1)	2,596	0,282	84,996	1	0	13,412	7,723	23,291	
PEMSWA(1)	0,249	0,232	1,147	1	0,284	1,282	0,813	2,022	
Constant	-2,153	0,373	33,408	1	0	0,116			

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKOMORBIDITAS, KKJOP, KGJO, KDIETPAS, KKK, PEMSWA.

Kebijakan pemberian obat masuk kembali

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1a									
KKANGGOTA(1)	0,688	0,26	6,992	1	0,008	1,991	1,195	3,316	
KDIDIK(1)	0,266	0,217	1,503	1	0,22	1,305	0,853	1,998	
KKLSAKIT(1)	0,678	0,228	8,872	1	0,003	1,97	1,261	3,078	
KKOMORBIDITAS(1)	0,149	0,243	0,373	1	0,541	1,16	0,72	1,87	
KKJOP(1)	1,221	0,323	14,322	1	0	3,392	1,802	6,386	
KGJO(1)	-0,15	0,28	0,289	1	0,591	0,861	0,498	1,488	
KDIETPAS(1)	0,678	0,23	8,683	1	0,003	1,969	1,255	3,09	
KKK(1)	2,705	0,354	58,324	1	0	14,948	7,467	29,925	
KPO(1)	0,195	0,38	0,264	1	0,607	1,216	0,577	2,561	
PEMSWA(1)	0,18	0,267	0,456	1	0,499	1,198	0,71	2,022	
Constant	-2,205	0,387	32,531	1	0	0,11			

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKOMORBIDITAS, KKJOP, KGJO, KDIETPAS, KKK, KPO, PEMSWA.

Ganti jumlah obat keluar

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1a									
KKANGGOTA(1)	0,69	0,26	7,022	1	0,008	1,993	1,197	3,32	
KDIDIK(1)	0,265	0,217	1,496	1	0,221	1,304	0,852	1,995	
KKLSAKIT(1)	0,681	0,228	8,955	1	0,003	1,976	1,265	3,086	
KKOMORBIDITAS(1)	0,139	0,243	0,329	1	0,566	1,149	0,714	1,85	
KKJOP(1)	1,102	0,234	22,282	1	0	3,012	1,905	4,76	
KDIETPAS(1)	0,683	0,23	8,83	1	0,003	1,98	1,262	3,107	
KKK(1)	2,679	0,35	58,52	1	0	14,572	7,335	28,949	
KPO(1)	0,172	0,377	0,209	1	0,648	1,188	0,567	2,489	
PEMSWA(1)	0,164	0,265	0,381	1	0,537	1,178	0,7	1,982	
Constant	-2,169	0,38	32,559	1	0	0,114			

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKOMORBIDITAS, KKJOP, KDIETPAS, KKK, KPO, PEMSWA.

Komorbidity keluar

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper

Step 1a	KKANGGOTA(1)	0,689	0,26	7,02	1	0,008	1,991	1,196	3,313
	KDIDIK(1)	0,266	0,217	1,51	1	0,219	1,305	0,853	1,997
	KKLSAKIT(1)	0,688	0,227	9,166	1	0,002	1,99	1,275	3,106
	KKJOP(1)	1,107	0,234	22,469	1	0	3,025	1,914	4,782
	KDIETPAS(1)	0,649	0,221	8,587	1	0,003	1,914	1,24	2,954
	KKK(1)	2,751	0,329	69,806	1	0	15,657	8,212	29,851
	KPO(1)	0,264	0,341	0,598	1	0,439	1,302	0,667	2,541
	PEMSWA(1)	0,123	0,255	0,234	1	0,629	1,131	0,686	1,865
	Constant	-2,138	0,376	32,263	1	0	0,118		

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKJOP, KDIETPAS, KKK, KPO, PEMSWA.

Kepemilikan rs keluar

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)95% C.I.for EXP(B)			
						Lower	Upper		
Step 1a	KKANGGOTA(1)	0,694	0,26	7,135	1	0,008	2,001	1,203	3,329
	KDIDIK(1)	0,249	0,214	1,357	1	0,244	1,283	0,844	1,95
	KKLSAKIT(1)	0,678	0,226	8,982	1	0,003	1,971	1,265	3,071
	KKJOP(1)	1,094	0,232	22,268	1	0	2,985	1,895	4,701
	KDIETPAS(1)	0,652	0,222	8,65	1	0,003	1,919	1,243	2,962
	KKK(1)	2,779	0,324	73,804	1	0	16,106	8,543	30,363
	KPO(1)	0,339	0,303	1,252	1	0,263	1,404	0,775	2,544
	Constant	-2,109	0,371	32,306	1	0	0,121		

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KDIDIK, KKLSAKIT, KKJOP, KDIETPAS, KKK, KPO.

Pendidikan pasien keluar

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)95% C.I.for EXP(B)			
						Lower	Upper		
Step 1a	KKANGGOTA(1)	0,65	0,256	6,458	1	0,011	1,915	1,16	3,162
	KKLSAKIT(1)	0,66	0,225	8,603	1	0,003	1,935	1,245	3,009
	KKJOP(1)	1,128	0,23	24,157	1	0	3,09	1,971	4,846
	KDIETPAS(1)	0,637	0,221	8,288	1	0,004	1,89	1,225	2,916
	KKK(1)	2,861	0,317	81,272	1	0	17,483	9,385	32,566
	KPO(1)	0,371	0,302	1,509	1	0,219	1,449	0,802	2,617
	Constant	-1,976	0,351	31,726	1	0	0,139		

a Variable(s) entered on step 1: KKANGGOTA, KKLSAKIT, KKJOP, KDIETPAS, KKK, KPO.