



**EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL (SPM) PADA PENDERITA HIPERTENSI  
DI UPTD PUSKESMAS MAYONG I  
KABUPATEN JEPARA  
TAHUN 2018**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Disusun oleh:**

Isnia Nur Maula

NIM 6411415127

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2019**

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

Oktober 2019

## ABSTRAK

Isniah Nur Maula

### **Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara**

xv + 204 halaman + 8 tabel + 2 gambar + 16 lampiran

Berdasarkan laporan capaian 12 indikator SPM-BK Kabupaten Jepara tahun 2017-2018 menunjukkan pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi termasuk kedalam 3 indikator terendah setiap tahunnya. Capaian pelaksanaan SPM pada penderita hipertensi di Puskesmas Mayong I yaitu 3,83% dari 60% target SPM-BK 2018 yang ditentukan sesuai SK Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui sejauhmana proses standar pelayanan minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif yang berfokus pada evaluasi proses (Planning, Organizing, Actuating, Controlling). Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dilanjutkan *snowball sampling*. Instrumen yang digunakan adalah panduan wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Teknik analisis data menggunakan 3 langkah yaitu: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Hasil menunjukkan bahwa SPM-BK pada penderita hipertensi dilaksanakan oleh 3 program yaitu pis-pk sebagai penjangkaran, posbindu dan prolanis sebagai pelaksana rutin. Pada perencanaan pelaksanaan sudah memenuhi Permenkes No.43 Tahun 2016. Pelaksanaan pengorganisasian dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaksanaan dilaksanakan ke 3 program, akan tetapi media KIE tidak diterapkan. Pengawasan dan pelaporan dilaksanakan setiap lokmin 6 bulan.

Pelaksanaan SPM-BK pada penderita hipertensi belum berjalan secara optimal, saran yang dapat dilakukan adalah melaksanakan lokmin 3 bulan rutin untuk mengendalikan kendala sedini mungkin.

**Kata kunci :** Evaluasi Proses, SPM-BK, Pelayanan Hipertensi

**Kepustakaan:** 59 (1998-2019)

Public Health Science Departement

Faculty of Sports Science

Universitas Negeri Semarang

October 2019

## ABSTRACT

Isniah Nur Maula

### **Evaluation of the Minimum Service Standards (MSS) among Hypertension Patients at Mayong I Primary Health Care Center Jepara Regency**

xv + 204 pages + 8 tables + 2 images + 16 appendices

Based on achievement reports of 12 indicators SPM-BK in Jepara Regency by 2017-2018 show that the services for hypertension sufferers are included in the 3 lowest achievement each year. The implementation of SPM for hypertension patients in Puskesmas Mayong I is only 3.83% of 60% SPM-BK target determined in accordance with decree of the Jepara District Health Office. The aims of this research is to find out how far the Implementation process of Minimum Service Standards for hypertension patients in UPTD Puskesmas Mayong I Jepara.

This research is a qualitative research with a descriptive approach that focuses on process evaluation (Planning, Organizing, Actuating, Controlling). The sampling technique uses purposive sampling followed by snowball sampling. The instruments used were in-depth interview guides, observations and documentation. Data analysis technique uses 3 steps, namely: data reduction, data presentation, and drawing conclusions.

The results show that SPM-BK in hypertensive patients is implemented by 3 programs, namely pis-pk as networking, posbindu and prolanis as routine implementers. The implementation plan has fulfilled Permenkes No.43 2016. The implementation of the organizing is done internally and externally. Implementation is carried out in 3 programs, but IEC media will not be applied. Supervision and reporting is carried out every 6 months.

The implementation of SPM-BK in hypertensive patients has not run optimally, the suggestion that can be done is to carry out routine 3-month training to control obstacles as early as possible.

**Keyword:** Process Evaluation, SPM-BK, Hypertension Serving

**Literatures:** 59 (1998-2019)

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 10 Oktober 2019

Penulis,



Isnia Nur Maula

6411415127

## PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara” yang disusun oleh Isnia Nur Maula, NIM 6411415127 telah dipertahankan dihadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Kamis, 12 Desember 2019

Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A



Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.

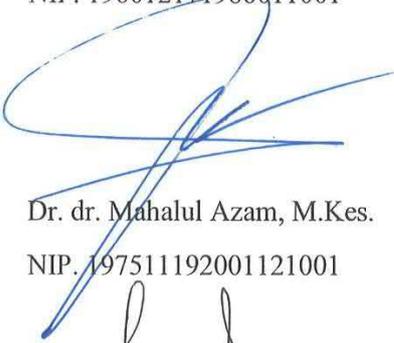
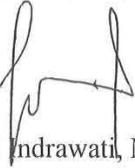
NIP. 196103201984032001

Panitia Ujian

Sekretaris

Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes.

NIP. 198205182012121002

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si. NIP. 196012171986911001	19/12 .....
Penguji II	 Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes. NIP. 197511192001121001	16/01-20 .....
Penguji III	 dr. Fitri Indrawati, M.P.H. NIP. 19830711200801200	23/12-19 .....

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **MOTTO**

1. Sesungguhnya hanya orang-orang yang bersabarlah yang dicukupkan pahala mereka tanpa batas. (Az-zumar 39:10)
2. Jika engkau ingin dicintai Allah dan Rasul Nya maka tunaikanlah jika diberi amanah, jujurilah jika engkau bicara, dan berbuat baiklah terhadap orang-orang disekelilingmu. (HR Ath Thabrani)
3. Nikmat yang paling indah adalah ketika apapun yang diberikan Allah kita selalu ikhlas dan bersyukur.

### **PERSEMBAHAN**

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah.  
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua yaitu Bapak H. Kaswadi Naim dan Ibu Hj. Khunzaemah yang selalu memotivasi dan mendoakan saya setiap saat, adik-adik saya Zulfa Khasna Amalia dan Raisya Putri Maulida yang selalu menghibur dan membantu saya.
2. Sepupu saya Hilda Safitri, Endah Tri Mulyani yang sudah menemani penelitian ini.
3. Keluarga besar dan sahabat-sahabat saya yang selalu memberikan semangat dan menemani penulis selama penyusunan skripsi.

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, berkat dan ridho-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada penderita hipertensi di UPT Puskesmas Mayong I tahun 2018” dapat terselesaikan dengan baik. Penulisan Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat diselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Bapak Dr. Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes (Epid). Atas persetujuan penelitian yang telah diberikan
2. Dosen Pembimbing Ibu dr. Fitri Indrawati M.P.H atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Bapak Dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah
4. Terima kasih kepada petugas bidang renkeu dan renval sebagai pemegang SPM dan programmer PTM di Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara atas ijin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian
5. Kepala UPTD Puskesmas Mayong I atas ijin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian
6. Pemegang program hipertensi di puskesmas mayong I yang telah bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti
7. Kedua orang tua saya, adik-adik saya dan keluarga tercinta yang telah memeberikan doa, motivasi, bantuan dan dukungan penuh selama penyusunan skripsi ini
8. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini

9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna menyempurnakan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, 10 Oktober 2019

Penulis,

Isnia Nur Mula

## DAFTAR ISI

ABSTRAK .....	ii
ABSTRACT .....	iii
PERNYATAAN .....	iv
PENGESAHAN .....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	vi
PRAKATA .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR ISTILAH .....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 LATAR BELAKANG MASALAH .....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH .....	6
1.2.1 Rumusan Masalah Umum .....	6
1.2.2 Rumusan Masalah khusus .....	6
1.3 TUJUAN .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 MANFAAT PENELITIAN .....	7
1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara .....	7
1.4.2 Bagi Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara .....	8
1.4.3 Bagi Peneliti Lainnya .....	8
1.5 KEASLIAN PENELITIAN .....	8
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN .....	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat .....	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu .....	10

1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....		11
2.1	LANDASAN TEORI.....	11
2.1.1	Evaluasi .....	11
2.1.2	Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan .....	22
2.1.3	Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi .....	31
2.1.4	Puskesmas.....	41
2.2	KERANGKA TEORI.....	44
BAB III METODE PENELITIAN .....		46
3.1	ALUR PIKIR .....	46
3.2	FOKUS PENELITIAN.....	46
3.3	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	47
3.4	SUMBER INFORMASI.....	47
3.4.1	Data Primer .....	48
3.4.2	Data Sekunder .....	49
3.5	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA .....	50
3.5.1	Instrumen Penelitian.....	50
3.5.2	Teknik Pengambilan Data.....	51
3.6	PROSEDUR PENELITIAN .....	53
3.6.1	Tahap Pra-Penelitian .....	53
3.6.2	Tahap Pelaksanaan penelitian .....	53
3.6.3	Tahap Pasca Penelitian .....	54
3.7	PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA .....	54
3.8	TEKNIK ANALISIS DATA .....	55
3.8.1	Reduksi Data.....	55
3.8.2	Penyajian Data .....	55
3.8.3	Penarikan Kesimpulan.....	56
BAB IV HASIL PENELITIAN .....		57
4.1	GAMBARAN UMUM TEMPAT PENELITIAN.....	57
4.2	Hasil Penelitian .....	59
4.2.1	Karakteristik Informan Penelitian .....	59
4.2.2	Hasil Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPT Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara tahun 2018.....	62

BAB V PEMBAHASAN .....	97
5.1 GAMBARAN UMUM .....	97
5.1.1 Evaluasi Perencanaan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018.....	97
5.1.2 Evaluasi Pengorganisasian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018.....	103
5.1.3 Evaluasi Pelaksanaan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018.....	109
5.1.4 Evaluasi Pengawasan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Penderita Hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018.....	116
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN .....	121
5.2.1 Hambatan Penelitian.....	121
5.2.2 Kelemahan Penelitian .....	121
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....	122
6.1 SIMPULAN .....	122
6.2 SARAN.....	123
DAFTAR PUSTAKA .....	125
LAMPIRAN .....	129

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah.....	34
Tabel 4.1 Karakteristik informan utama.....	59
Tabel 4.2 Karakteristik informan triangulasi .....	60
Tabel 5.1 Capaian standar pelayanan minimal hipertensi pada perencanaan di UPTD Puskesmas Mayong I .....	98
Tabel 5.2 Capaian standar pelayanan minimal hipertensi pada pengorganisasian di UPTD Puskesmas Mayong I .....	103
Tabel 5.3 Capaian standar pelayanan minimal hipertensi pada pelaksanaan di UPTD Puskesmas Mayong I .....	110
Tabel 5.4 Capaian standar pelayanan minimal hipertensi pada pengawasan dan pengendalian di UPTD Puskesmas Mayong I .....	117

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	45
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	46

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat tugas pembimbing .....	130
Lampiran 2. Surat ijin penelitian dari fakultas .....	131
Lampiran 3. Surat ijin penelitian dari Dinas Kesehatan Kab. Jepara .....	132
Lampiran 4. Surat Ethical Clearance .....	133
Lampiran 5. Surat ijin penelitian di Puskesmas Mayong I .....	134
Lampiran 6. Lembar bukti telah selesai penelitian .....	135
Lampiran 7. Lembar penjelasan untuk informan .....	136
Lampiran 8. Lembar persetujuan keikutsertaan menjadi narasumber .....	139
Lampiran 9. Surat tugas panitia ujian .....	143
Lampiran 10. Lembar observasi .....	144
Lampiran 11. Panduan wawancara informan utama .....	145
Lampiran 12. Panduan wawancara informan triangulasi .....	149
Lampiran 13. Lampiran hasil observasi .....	155
Lampiran 14. Lampiran hasil wawancara informan utama .....	158
Lampiran 15. Lampiran hasil wawancara informan triangulasi .....	180
Lampiran 16. Dokumentasi penelitian .....	202

## DAFTAR ISTILAH

- 1) SPM = Standar Pelayanan Minimal
- 2) SPM-BK = Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- 3) MDGs = Millennium Development Goals
- 4) SDGs = Sustainable Development Goals
- 5) PTM = Penyakit Tidak Menular
- 6) UPTD = Unit Pelayanan Terpadu Daerah
- 7) SOP = Standar Operasional Prosedur
- 8) WHO = World Health Organization
- 9) JNC VII = Join National Committee
- 10) ACE = Angiotensis Converting Enzyme
- 11) ADH = Hormone Anti Diuretic
- 12) AHA = American Heart Association
- 13) TDS = Tekanan Darah Sewaktu

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia. Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah “Program Indonesia Sehat” dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu : paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan investasi berbasis risiko kesehatan (RENSTRA 2015-2019). Mengacu pada undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 5 setiap orang mempunyai hak dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Pasal 9 setiap orang berkewajiban mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setingginya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan.

Dalam peraturan pemerintah (PP) nomor 2 tahun 2018 mengenai standar pelayanan minimal (SPM) pemerintah wajib memberikan pelayanan dasar kepada public. Pelayanan dasar merupakan pelayanan yang diberikan kepada public untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara salah satunya melalui kesehatan. Pelayanan kesehatan dasar sangat diperlukan untuk pencapaian target MDGs yang belum tercapai, SDGs 2030, dan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Keberhasilan pelayanan kesehatan dasar yang utama promotif dan preventif akan mengurangi beban pelayanan lanjutan (BAPPENAS, 2018).

Untuk jenis pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan terdapat 12 indikator untuk daerah kabupaten/kota dengan target yang ditetapkan oleh menteri kesehatan RI, yaitu 100% . Menurut Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal menyebutkan bahwa “Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah pelayanan dasar yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah daerah” dan mengamanatkan Pemda untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM (pasal 298). Pada kenyataannya hingga saat ini belum ada satupun kabupaten/kota yang mampu mencapai semua target dan memenuhi seluruh kebutuhan populasi, dikarenakan gambaran epidemiologi tiap wilayah berbeda-beda.

Menurut data laporan indikator kinerja SPM se- Jawa Tengah dari tahun 2017 sampai 2018 semester 1 menunjukkan 3 kesamaan indikator terendah, yaitu : pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus, pelayanan kesehatan penderita hipertensi dan pelayanan kesehatan usia produktif. ([www.dinkesjatengprov.go.id](http://www.dinkesjatengprov.go.id)).

Hal tersebut menunjukkan bahwa target yang ditetapkan untuk SPM se-Jawa Tengah belum maksimal. Hal ini dapat terjadi jika di setiap kabupaten/kota memiliki prevalensi capaian target yang berbeda-beda tergantung peran pemerintah dan budaya daerah masing-masing. Di Jawa Tengah terdapat 35 kabupaten dan kota. Salah satu kabupaten dengan capaian SPM yang masih rendah adalah kabupaten Jepara .

Penerapan SPM bidang kesehatan di Kabupaten Jepara belum maksimal. Hal ini terlihat dari hasil laporan pencapaian target SPM bidang kesehatan tahun 2017 sampai 2018 di Kabupaten Jepara. Yaitu, dari 12 indikator SPM bidang kesehatan hanya 5 indikator yang dapat memenuhi target SPM bidang kesehatan kab/kota. Pada laporan SPM-BK tahun 2017 di kabupaten Jepara menunjukkan 3 indikator yang masih rendah yaitu: pelayanan kesehatan pada usia lanjut (18,12%), pelayanan kesehatan penderita hipertensi (59,16%), pelayanan kesehatan orang dengan risiko TB (67,45). Pada laporan capaian SPM kabupaten Jepara tahun 2018 menunjukkan 3 indikator dengan angka standar pelayanan minimal terendah yaitu pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus (1,33%), pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi(3,64%), pelayanan kesehatan pada usia produktif (5,36%). Artinya dari ketiga indikator terendah pada SPM-BK tahun 2017-2018 di kabupaten Jepara, pelayanan kesehatan penderita hipertensi yang selalu berada di urutan 3 terendah sampai saat ini.

Data dari (Riskesdas, 2018) menyebutkan bahwa prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibanding Riskesdas 2013. Salah satu diantaranya adalah hipertensi yang naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Pemicu terbesar penyakit kardiovaskuler

adalah hipertensi oleh karena itu kegawatan pada penderita hipertensi perlu adanya perawatan dan pelayanan sejak dini agar tidak semakin parah dan menimbulkan komplikasi penyakit kardiovaskular lainnya salah satunya yaitu dengan meningkatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standar kepada masyarakat.

Semua jenis pelayanan tersebut pada dasarnya adalah upaya kesehatan yang diselenggarakan di tengah masyarakat yang bersifat promotif dan preventif dengan menggerakkan birokrasi pemerintah kecamatan dan desa serta menggerakkan peran serta masyarakat. Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM.

Berdasarkan studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara mengungkapkan bahwa setiap puskesmas yang ada di Kabupaten Jepara mengalami kenaikan jumlah kasus hipertensi tiap tahunnya. Hal tersebut dapat ditemukan pada pelaksanaan program-program hipertensi yang ada di tiap puskesmas. Setiap puskesmas memiliki program yang berbeda-beda.

Distribusi kasus PTM berdasarkan umur  $\geq 15$  tahun pada tahun 2018 untuk penderita hipertensi sebanyak 27.816 orang, dimana kasus PTM pada penderita hipertensi berdasarkan umur di Puskesmas se-Kabupaten Jepara banyak terjadi pada golongan umur  $\geq 18$  tahun (Laporan P2PTM Dinkes Kabupaten Jepara, 2018). Pengukuran tekanan darah pada penduduk  $\geq 15$  tahun sudah dilakukan di semua Puskesmas, akan tetapi salah satu prevalensi terendah pada pelaksanaannya yaitu di puskesmas mayong I. Dari 28.205 penduduk umur  $\geq 15$  tahun hanya 1.080 orang

yang mendapat pelayanan pengukuran tekanan darah (Laporan puskesmas mayong I).

Pada penelitian (Siriyei & Wulandari, 2013) dengan judul Faktor Determinan Rendahnya Pencapaian Cakupan SPM Bidang Kesehatan Di Puskesmas Mojo Kota Surabaya menunjukkan bahwa faktor determinan rendahnya pencapaian SPM BK di puskesmas mojo kota Surabaya antara lain: pada faktor input yaitu faktor pelatihan dan beban kerja; dan pada faktor proses yang menjadi determinan adalah faktor proses perencanaan.

Sejak diberlakukan 12 indikator SPM pada tahun 2017 beberapa program baru di UPTD Puskesmas Mayong I mulai dilaksanakan. Berdasarkan studi pendahuluan di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara terdiri dari 8 desa di wilayah kerja puskesmas, dimana terdapat kasus hipertensi yang selalu naik setiap tahunnya, penemuan kasus tersebut terlihat dari pelaksanaan program-program terkait pelayanan hipertensi yang dilaksanakan di masyarakat maupun di puskesmas mayong sendiri. Akan tetapi, pelaksanaan SPM pada pelayanan penderita hipertensi di puskesmas mayong I pada tahun 2018 masih sangat rendah yaitu 3,83% dari 60% target SPM 2018 yang ditentukan oleh pemerintah Kabupaten Jepara sesuai Surat Keterangan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara (Laporan P2PTM Dinkes Kabupaten Jepara, 2018).

Dari uraian tersebut berdasarkan permasalahan yang muncul terkait pelaksanaan SPM-BK kemudian penulis menggunakan teori evaluasi untuk menganalisis lebih lanjut mengenai pelaksanaan standar pelayanan minimal pada

penderita hipertensi. Oleh karena itu penelitian ini berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Mayong 1 Kabupaten Jepara Tahun 2018”

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

### **1.2.1 Rumusan Masalah Umum**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah ini adalah: “Bagaimana proses standar pelayanan minimal (SPM) pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?”

### **1.2.2 Rumusan Masalah khusus**

- 1) Bagaimana Proses Perencanaan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 2) Bagaimana Proses Pengorganisasian Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 3) Bagaimana Proses Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 4) Bagaimana Proses Pengawasan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 5) Apa saja kendala yang terjadi saat Pelaksanaan standar pelayanan minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?

### **1.3 TUJUAN**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Berdasarkan rumusan masalah. Tujuannya yaitu untuk mengetahui Sejauhmana proses Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui proses Perencanaan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 2) Mengetahui proses Pengorganisasian Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 3) Mengetahui proses Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 4) Mengetahui proses Pengawasan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?
- 5) Mengetahui kendala yang terjadi saat Pelaksanan Standar Pelayanan Minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara?

### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

#### **1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara**

Sebagai informasi dan bahan masukan bagi dinas kesehatan dan pemerintah Kabupaten Jepara dalam pengambilan keputusan dan evaluasi pengembangan

program kesehatan. Khususnya untuk pelayanan kesehatan penderita hipertensi yang sesuai standar

#### 1.4.2 Bagi Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara

Sebagai bahan masukan dan perbaikan untuk peningkatan pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi.

#### 1.4.3 Bagi Peneliti Lainnya

Sebagai referensi yang dapat dijadikan bahan bacaan dan rujukan oleh peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan standar pelayanan minimal pada penderita hipertensi

### 1.5 KEASLIAN PENELITIAN

**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Rancangan penelitian	Variable	Hasil penelitian
1.	Muhamad Khozin (Khozin, 2010)	Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten Gunung Kidul	Kualitatif dengan kombinasi data primer dan data sekunder	Semua Indikator SPM	SPM-BK di Kabupaten Gunungkidul dapat tercapai dengan baik, capaian indikator pelayanan sebagian mencapai angka yang telah ditetapkan, akan tetapi masih terdapat kurangnya yaitu egoism puskesmas yang menganggap pekerjaan mencatat bukanlah pekerjaannya.
2.	Dining Fajri R,	Evaluasi Pelaksana	Deskriptif kualitatif	Input program	Penelitian dilakukan di 10

	Nyoman Anita D (Radina & Dama yanti, 2013)	Standar Minimal Pada Program Penemuan Penderita Pneumonia Balita Tahun 2012		(data, SDM, logistic, pendanaan), proses (perencanaan, pelayanan penderita, penemuan kasus, penyuluhan, pelatihan, kerjasama dan kemitraan, monitoring, penyusunan laporan evaluasi), output (target kabupaten dan nasional)	puskesmas di kabupaten bangkalan menunjukkan sebagian besar input program sudah baik, pada proses program penyuluhan merupakan nilai yang sangat rendah hanya 2 dari 10 yang melakukan penyuluhan, output capaian belum memenuhi capaian yang sesuai target. keterkaitan antara input-proses-output. Salah satu cara untuk mencapai target capaian maka Puskesmas harus memiliki input dan melaksanakan proses sesuai petunjuk teknis.
3.	Elsa Riangga Astari (Astari, 2018)	Analisis Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Puskesmas Pauh Kota Padang Tahun 2018	Kualitatif dengan pendekatan sistem	Input, proses, output	Bahwa hampir semua variabel sudah mencukupi akan tetapi tenaga kesehatan, sarana prasarana, belum mencukupi.
4.	Fahrurrozi (Fahrurrozi, 2016)	Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di UPT Puskesmas Girisubo Kabupaten Gunung Kidul Tahun 2015	Deskriptif kualitatif	input dan evaluasi hasil	SPM di UPT Puskesmas Girisubo tahun 2015 sudah berjalan dengan baik, namun masih ada kendala yang sering terjadi dikarenakan masih banyak desa terpencil yang belum

---

terjangkau karena keterbatasan alat bantu medis seperti mobil (puseling) dan pengemudinya.

---

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya

adalah sebagai berikut :

- 1) Focus penelitian mengenai evaluasi proses standar pelayanan minimal yang menekankan pada salah satu indikator SPM yaitu pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi.
- 2) Tempat yang menjadi sasaran dalam penelitian ini berbeda dari penelitian-penelitian sebelumnya. Penelitian ini dilakukan di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara.

## **1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN**

Ruang lingkup dalam penelitian ini meliputi tempat, waktu dan keilmuan.

### **1.6.1 Ruang Lingkup Tempat**

Penelitian ini dilaksanakan di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara.

### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli-September 2019.

### **1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan**

Penelitian ini termasuk dalam Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan kajian tentang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan khususnya tentang evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 Evaluasi**

###### **2.1.1.1 Pengertian Evaluasi**

Menurut *The World Health Organization* yang menjelaskan bahwa evaluasi atau penilaian adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna pencapaian selanjutnya.

Menurut perhimpunan Ahli Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*), evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Proses tersebut mencakup langkah-langkah memformulasikan tujuan, mengidentifikasi kriteria secara tepat yang akan dipakai mengukur sukses, menentukan besarnya sukses, dan rekomendasi untuk kegiatan program selanjutnya (Notoatmodjo, 2012).

Siswanto dalam (Radina & Damayanti, 2013) evaluasi adalah faktor penentu keberhasilan suatu hal. Evaluasi dilaksanakan Karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut

(Lestyoningrum & S.Haksama, 2014) evaluasi merupakan bagian integral dari fungsi manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dimaksudkan untuk mendapatkan informasi yang relevan guna pengambilan keputusan.

Menurut PP No.39 Tahun 2006 tentang tata cara pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan dijelaskan bahwa “evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan (*input*), keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*) terhadap rencana dan standar” lebih lanjut dalam penjelasan atas PP No.39 Tahun 2006 tentang tata cara pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan juga dijelaskan bahwa evaluasi dilakukan dengan maksud untuk dapat mengetahui dengan pasti apakah pencapaian hasil, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan rencana pembangunan dimasa yang akan datang.

#### 2.1.1.2 Prinsip Evaluasi

Prinsip- prinsip evaluasi program kesehatan masyarakat (Reinke, 1998) :

- 1) Sebagai kunci pengambilan keputusan yang lebih baik, evaluasi harus melihat kedepan dan berorientasi pada tindakan;
- 2) Evaluasi bersifat menyeluruh dan dinamis, menaruh perhatian pada kebijakan pengujian dan alternatif-alternatif rencana, mengawasi kemajuan dalam proses penerapan dan memberi penilaian sumatif kepada hasil akhir;

- 3) Evaluasi dilandasi prinsip manajemen berdasarkan tujuan dan dimulai dengan pernyataan yang jelas mengenai pengaruh-pengaruh yang harus dicapai pada populasi mana dan dalam jangka waktu kapan;
- 4) Strategi untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan harus diperiksa ketepatan dan kesesuaian;
- 5) Ketepatan waktu dan tempat laporan-laporan evaluatif harus disesuaikan dengan kebutuhan akan keputusan yang tepat waktu;
- 6) Karena evaluasi bersifat membandingkan, evaluasi bergantung pada indikator-indikator yang menggambarkan tingkat dan rasio yang tepat, daripada tingkat-tingkat penyelesaian yang tepat;
- 7) Penilaian-penilaian yang harus membedakan antara hasil yang merupakan pusat perhatian pengendalian keputusan dan keluaran yang timbul sebagai akibat ketidakpastian dan kesimpulan;
- 8) Efisiensi, efektifitas, dan keadilan harus didefinisikan dengan jelas;

#### 2.1.1.3 Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi program kesehatan masyarakat (Husna & Titik, 2012)

- 1) Memberikan masukan bagi perencana program kesehatan masyarakat. Menyajikan masukan bagi pengambil keputusan yang berkaitan dengan tindak lanjut, perluasan atau penghentian program kesehatan masyarakat;
- 2) Memberikan masukan bagi pengambil keputusan tentang modifikasi atau perbaikan program kesehatan masyarakat;
- 3) Memberikan masukan yang berkenaan dengan faktor pendukung dan penghambat program kesehatan masyarakat;

- 4) Memerikan masukan untuk kegiatan motivasi dan pembinaan (pengawasan, supervise dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola, dan pelaksana program kesehatan masyarakat;

#### 2.1.1.4 Komponen dan Indikator Evaluasi

Menurut (Tayibnafis & Farida, 2000) terdapat beberapa komponen tertentu yang selalu ditemukan dalam setiap perencanaan evaluasi, yaitu tujuan dan metode evaluasi.

##### 2.1.1.4.1 Tujuan Evaluasi

Memahami tujuan evaluasi adalah salah satu wawasan yang paling penting yang harus dimiliki seorang evaluator. Apapun bentuk dan pendekatan evaluasi, penentuan tujuan evaluasi akan selalu berkenaan dengan apa yang diharapkan dari pelaksanaan suatu evaluasi, yaitu output dan outcome.

##### 2.1.1.4.2 Metode Evaluasi

Penentuan modal evaluasi sangat berkaitan dengan berbagai pendekatan evaluasi. Evaluator hendaknya memahami berbagai pendekatan dalam evaluasi, kekuatan dan kelemahan setiap pendekatan. Berikut ini adalah pendekatan-pendekatan utama dalam evaluasi:

- 1) Pendekatan yang berorientasi pada tujuan, yang fokusnya adalah menentukan tujuan dan sasaran dan pencapaiannya.

- 2) Pendekatan yang berorientasi pada manajemen, yang focus utamanya adalah pada identifikasi dan pemenuhan kebutuhan informasi bagi para pembuat keputusan manajerial.
- 3) Pendekatan yang berorientasi pada klien, yaitu yang masalah utamanya adalah mengembangkan informasi evaluasi dalam produk-produk pendidikan, untuk digunakan oleh pengguna dalam memilih kurikulum (misalnya kurikulum berbasis kompetensi)
- 4) Pendekatan yang berorientasi pada ahli, yang sangat bergantung pada penerapan langsung dari para profesional dalam menilai kualitas pendidikan.
- 5) Pendekatan yang berorientasi pada lawan atau pasang, yaitu sebagai kontra atau penyeimbang dari pendekatan yang berorientasi pada para ahli pada umumnya (pro dan kontra)
- 6) Pendekatan naturalistic yang berorientasi pada partisipan , yaitu bahwa ketertiban partisipan merupakan penentu utama dalam nilai-nilai, kriteria, kebutuhan, dan sifat data untuk evaluasi.

#### 2.1.1.5 Jenis evaluasi

Menurut (Azwar, 2010) jenis evaluasi antara lain:

##### 2.1.1.5.1 *Evaluasi Formatif (Formatif Evaluation)*

Yaitu suatu bentuk Evaluasi yang dilaksanakan pada tahap pengembangan program dan sebelum program dimulai. Evaluasi formatif ini menghasilkan

informasi yang akan dipergunakan untuk mengembangkan program, agar program bisa lebih sesuai dengan situasi dan kondisi sasaran.

#### *2.1.1.5.2 Evaluasi Proses (Process Evaluation)*

Adalah suatu proses yang memberikan gambaran tentang apa yang sedang berlangsung dalam suatu program dan memastikan ada dan terjangkauanya elemen-elemen fisik dan structural dari pada program.

#### *2.1.1.5.3 Evaluasi Sumatif (Summative Evaluation)*

Adalah suatu evaluasi yang memeberikan pernyataan efektifitas suatu program selama kurun waktu tertentu dan evaluasi ini menilai sesudah program tersebut berjalan.

#### *2.1.1.5.4 Evaluasi Dampak Program*

Adalah suatu evaluasi yang menilai keseluruhan efektivitas program dalam menghasilkan target sasaran.

#### *2.1.1.5.5 Evaluasi Hasil*

Adalah suatu evaluasi yang menilai perubahan-perubahan atau perbaikan dalam hal morbiditas, mortalitas atau indikator status kesehatan untuk sekelompok penduduk tertentu.

Menurut (Darmawan & Sjaaf, 2016) Terdapat Beberapa Jenis Evaluasi, Yaitu:

- 1) Evaluasi Terhadap Masukan (*Input*)

Evaluasi ini dilakukan sebelum program dimulai. Kegiatan ini bersifat pencegahan dengan tujuan untuk mengetahui apakah pemilihan secara sumber daya program telah sesuai dengan kebutuhan. Masukan (input) terdiri dari:

- Sumber Daya Manusia (SDM)  
SDM merupakan aspek yang sangat penting bagi tercapainya keberhasilan dalam penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, serta peningkatan pelayanan kepada masyarakat (Widjaja, 1998).
- Sumber Daya Dana  
Apabila terdapat kekurangan pada ketersediaan dana kurang, maka moral dan motivasi kerja staf akan menurun dan pada akhirnya akan memengaruhi kinerja yang dihasilkan sehingga target dan tujuan program pun tidak akan tercapai (Muninjaya, 2004).
- Sarana Dan Prasarana  
Sarana/alat merupakan bagian dari organisasi yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan pelayanan dan mencapai suatu tujuan. Apabila sarana atau alat tidak sesuai dengan standar, maka suatu pelayanan yang bermutu akan sulit dihasilkan.
- Petunjuk Pelaksanaan  
Kebijakan merupakan cara untuk mencapai sasaran tahunan yang mencakup pedoman, peraturan, dan juga prosedur yang ditetapkan guna mendukung usaha pencapaian sasaran yang telah ditetapkan dan dinyatakan. Adapun kebijakan juga dapat mempermudah upaya penyelesaian masalah yang telah terjadi berulang kali. Selain itu, kebijakan merupakan dasar dalam

pengendalian manajemen untuk memungkinkan koordinasi di segala unit organisasi dan mengurangi jumlah waktu yang digunakan oleh para manajer untuk membuat keputusan. Selain itu, kebijakan juga memperjelas pekerjaan apa yang harus dilakukan dan siapa yang melakukannya (David, 2014).

## 2) Evaluasi Terhadap Proses

Evaluasi terhadap proses dilakukan saat program tengah berlangsung. Tujuannya ialah untuk mengetahui apakah metode yang dipilih benar-benar efektif dalam mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan, apakah motivasi dan komunikasi dalam organisasi telah berkembang dengan baik dan lain sebagainya.

## 3) Evaluasi Terhadap Keluaran (*Output*)

Evaluasi terhadap keluaran atau yang biasa disebut dengan *summative evaluation* ini dilakukan pasca pelaksanaan program. Tujuannya ialah untuk mengetahui apakah output serta effect atau outcome program telah sesuai dengan target pencapaian yang telah ditetapkan.

### 2.1.1.6 Ruang Lingkup Evaluasi

Menurut (Azwar, 2010) berdasarkan ruang lingkungnya evaluasi dapat dibedakan menjadi empat kelompok, yaitu:

#### 1) Evaluasi terhadap masukan

Termasuk dalam evaluasi terhadap masukan (*input*) yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber daya dana, tenaga, dan ataupun sumber sarana.

2) Evaluasi terhadap proses

Evaluasi terhadap proses (*process*) lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksudkan mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian, dan pelaksanaan program

3) Evaluasi terhadap keluaran

Evaluasi terhadap keluaran (*output*) yaitu penilaian terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program

4) Evaluasi terhadap dampak (*impact*)

Evaluasi terhadap dampak (*impact*) program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program.

Manajemen berorientasi pada proses (*process oriented*) yang berarti bahwa manajemen membutuhkan sumber daya manusia, pengetahuan, dan keterampilan agar aktivitas menjadi lebih efektif atau dapat menghasilkan tindakan dalam mencapai kesuksesan. Oleh sebab itu, tidak akan ada organisasi yang akan sukses apabila tidak menggunakan manajemen yang baik. (Torang, 2013).

Menurut George R.Tery (1958) dalam (Sukarna, 2011) membagi empat fungsi dasar manajemen yaitu Planning (Perencanaan), organization

(pengorganisasian), Actuating (Pelaksanaan) dan Controlling (Pengawasan).

Keempat fungsi manajemen ini disingkat dengan POAC :

### 1. *Planning*

Perencanaan adalah memilih fakta dan penghubungan fakta-fakta serta pembuatan dan penggunaan perkiraan-perkiraan atau asumsi-asumsi untuk masa yang akan datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Secara garis besar perencanaan dapat dirumuskan menjadi lima tahapan yang meliputi identifikasi masalah, penentuan tujuan, penyusunan dan pengembangan rencana program, pelaksanaan program, dan evaluasi program (Azwar, 2010).

### 2. *Organizing*

Pengorganisasian ialah penentuan, pengelompokan, dan penyusunan macam-macam kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan, penempatan orang-orang (pegawai), terhadap kegiatan-kegiatan ini, penyediaan faktor-faktor fisik yang cocok bagi keperluan kerja dan penunjukkan hubungan wewenang, yang dilimpahkan terhadap setiap orang dalam hubungannya dengan pelaksanaan setiap kegiatan yang diharapkan.

Menurut (Sukarna, 2011) juga mengemukakan tentang asas-asas *organizing*, sebagai berikut, yaitu :

- a. *The objective* atau tujuan.
- b. *Departementation* atau pembagian kerja.

- c. *Assign the personel* atau penempatan tenaga kerja.
- d. *Authority and Responsibility* atau wewenang dan tanggung jawab.
- e. *Delegation of authority* atau pelimpahan wewenang.

### 3. *Actuating*

Penggerakan adalah membangkitkan dan mendorong semua anggota kelompok agar supaya berkehendak dan berusaha dengan keras untuk mencapai tujuan dengan ikhlas serta serasi dengan perencanaan dan usaha-usaha pengorganisasian dari pihak pimpinan.

Tercapainya tujuan bukan hanya tergantung kepada *planning* dan *organizing* yang baik, melainkan juga tergantung pada penggerakan dan pengawasan. Perencanaan dan pengorganisasian hanyalah merupakan landasan yang kuat untuk adanya penggerakan yang terarah kepada sasaran yang dituju. Penggerakan tanpa *planning* tidak akan berjalan efektif karena dalam perencanaan itulah ditentukan tujuan, *budget*, *standard*, metode kerja, prosedur dan program. (Sukarna, 2011).

Faktor-faktor yang diperlukan untuk penggerakan yaitu:

- a. *Leadership* (Kepemimpinan)
- b. *Attitude and morale* (Sikap dan moril)
- c. *Communication* (Tatahubungan)
- d. *Incentive* (Perangsang)
- e. *Supervision* (Supervisi)
- f. *Discipline* (Disiplin).

#### 4. *Controlling*

Pengawasan dapat dirumuskan sebagai proses penentuan apa yang harus dicapai yaitu *standard*, apa yang sedang dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan, dan bilaman perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana, yaitu selaras dengan *standard* (ukuran).

Menurut (Sukarna, 2011) menyebutkan bahwa proses pengawasan sebagai berikut, yaitu:

- a. *Determining the standard or basis for control* (menentukan standard atau dasar bagi pengawasan)
- b. *Measuring the performance* (ukuran pelaksanaan)
- c. *Comparing performance with the standard and ascerting the difference, it any* (bandingkan pelaksanaan dengan standard dan temukan jika ada perbedaan)
- d. *Correcting the deviation by means of remedial action* (perbaiki penyimpangan dengan cara-cara tindakan yang tepat).

### **2.1.2 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**

#### 2.1.2.1 Pengertian

##### 2.1.2.1.1 *Standar*

Menurut (Bustami, 2011) Standar menunjukkan tingkat ketercapaian ideal yang diinginkan dan merupakan tujuan yang ingin dicapai dalam pelayanan, standar harus berkembang sesuai dengan konsep kaizen (*kontinuous improvement*), artinya

jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapai dengan baik, maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga ketercapaian ideal dapat diwujudkan.

Pernyataan suatu standar yang ideal harus memenuhi unsur A (*Audience*), B (*Behaviour*), C (*Competence*), dan D (*Degree*) yang berarti:

- 1) *Audience*, yaitu subyek yang harus melakukan sesuatu atau pihak yang harus melaksanakan dan mencapai isi standar
- 2) *Behaviour*, yaitu apa yang harus dilakukan, diukur, dicapai, atau dibuktikan
- 3) *Competence*, yaitu kompetensi/kemampuan/spesifikasi/target atau kriteria yang harus dicapai
- 4) *Degree*, yaitu tingkat/periode/frekuensi atau waktu yang dibutuhkan

Dalam pelaksanaannya, agar standar yang sudah ditetapkan bisa dicapai, maka diperlukan protokol (pedoman/petunjuk pelaksanaan), prosedur tetap atau standar operating prosedur (SOP). Untuk mengukur tercapai atau tidaknya standar, maka digunakan indikator (tolak ukur) yang menunjuk pada kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Standar dapat dibedakan atas:

- 1) Standar masukan

Standar masukan dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan, organisasi dan sebagainya.

- 2) Standar proses

Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/konsumen/masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan.

3) Standar keluaran

Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran, maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.

4) Standar hasil

Standar hasil merupakan ukuran hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap konsumen /pasien/masyarakat. standar hasil biasanya ditentukan oleh pihak ketiga, bukan oleh pemberi pelayanan atau sarana pelayanan kesehatan.

#### 2.1.2.1.2 *Pelayanan Kesehatan*

Menurut levey dan loomba (1973) dalam (Azwar, 2010) bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utama-nya untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat (Azwar, 2010)

#### *2.1.2.1.3 Standar Pelayanan Minimal*

Permenkes No.43 Tahun 2016 tentang Standar pelayanan minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis, dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelayanan dasar adalah pelayanan public untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara. Setiap warga negara sesuai dengan kodratnya berkewajiban untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan memanfaatkan seluruh potensi manusiawi yang dimilikinya. Sebaliknya pemerintah pusat dan pemerintah daerah berkewajiban menjamin agar setiap warga negara dapat menggunakan haknya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa hambatan atau halangan dari pihak manapun.

SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan oleh pemda untuk rakyatnya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya. Untuk itu dalam penetapan indikator SPM, kementerian/lembaga pemerintahan non kementerian agar melakukan pentahapan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu. SPM merupakan salah satu program strategis nasional. Pada pasal 68 UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintahan daerah disebutkan bahwa kepala daerah yang tidak melaksanakan program strategis nasional akan dikenai sanksi

yaitu sanksi administrative, diberhentikan sementara selama 3 (tiga) bulan, sampai dengan diberhentikan sebagai kepala daerah.

#### 2.1.2.1.4 *Klasifikasi Pelayanan*

Menurut (Hardiyansyah, 2011) pelayanan yang harus diberikan oleh pemerintah dapat diklasifikasi ke dalam dua kategori utama yaitu: pelayanan kebutuhan dasar dan pelayanan umum.

##### 1) Pelayanan Kebutuhan Dasar

Dibagi menjadi dua yaitu: Pelayanan kebutuhan dasar bidang Kesehatan yang merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, maka kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi undang-undang dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (*welfare society*); dan Pelayanan Pendidikan dasar adalah pendidikan dasar, sama hal dengan kesehatan, pendidikan merupakan suatu bentuk investasi sumber manusia. Masa depan suatu bangsa akan sangat ditentukan oleh seberapa besar perhatian pemerintah terhadap pendidikan masyarakat nya.

##### 2) Pelayanan Umum

Selain pelayanan kebutuhan dasar. Pemerintah sebagai penyedia pelayanan public juga harus memeberikan pelayanan umum kepada masyarakat nya. Pelayanana umum harus diberikan pemerintah terbagi dalam tiga kelompok, yaitu: Pelayanan administrative, yaitu pelayanan berupa penyediaan berbagai bentuk

dokumen yang di butuhkan oleh public; Pelayanan barang, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang menjadi kebutuhan public; Pelayanan jasa, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan.

#### 2.1.2.2 Indikator Standar Pelayanan Kesehatan

Pada pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, pelaksanaan standar pelayanan memerlukan indikator (tolak ukur). Indikator adalah karakteristik yang dapat diukur dan dapat dipakai untuk menentukan keterkaitan dengan standar. Indikator dimaksudkan untuk mengukur ketercapaian suatu standar pelayanan yang sudah ditetapkan. Indikator harus valid, reliable, jelas, realistic, dan dapat diukur. Indikator terdiri dari : 1) indikator persyaratan minimal yang meliputi indikator masukan, indikator lingkungan, dan indikator proses; serta 2) indikator penampilan minimal (Azwar, 2010). Masing-masing indikator tersebut dijelaskan berikut ini:

##### 1) Indikator Persyaratan Minimal

Indikator ini merujuk pada tercapai atau tidaknya standar masukan, standar lingkungan, standar proses. Indikator Masukan merupakan tolak ukur yang menunjuk pada ukuran sumber daya manusia (tenaga pelaksana), sarana dan alat yang tersedia, serta dana (budget) yang mendukung untuk pelaksanaan kegiatan. Indikator Lingkungan merupakan tolak ukur tentang organisasi, kebijakan, manajemen dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut, sedangkan Indikator

Proses adalah tolak ukur yang menunjukkan pada ukuran standar proses yang dimaksud

## 2) Indikator Penampilan Minimal

Indikator penampilan minimal (*output indikator*) yaitu tolak ukur yang berhubungan dengan keluaran dari suatu pelayanan kesehatan. Indikator ini menunjuk pada keluaran minimal berdasarkan standar yang ada.

### 2.1.2.3 Jenis Layanan SPM Bidang Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota

Menurut (UU No. 2 Tahun 2018 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016) Jenis pelayanan dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka menyediakan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal. Jenis Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:

- 1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
- 2) Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
- 3) Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir
- 4) Pelayanan Kesehatan Balita
- 5) Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar
- 6) Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif
- 7) Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut
- 8) Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi
- 9) Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus
- 10) Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat

- 11) Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberculosis; Dan
- 12) Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus Yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (*Human Immunodeficiency Virus*), Yang Bersifat Peningkatan/Promotif Dan Pencegahan/Preventif.

#### 2.1.2.4 Unsur SPM Bidang Kesehatan

Menurut UU No. 25 tahun 2009 pasal 21, komponen atau unsur dasar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) Dasar Hukum  
Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan.
- 2) Persyaratan  
Syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administrative.
- 3) Sistem, Mekanisme, dan Prosedur  
Tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.
- 4) Jangka Waktu Penyelesaian  
Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.
- 5) Biaya

Ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

6) Produk Pelayanan

Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

7) Sarana, Prasarana, dan Fasilitas

Peralatan dan fasilitas yang diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan, termasuk peralatan dan fasilitas pelayanan bagi kelompok rentan.

8) Kompetensi Pelaksana

Kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.

9) Pengawasan Internal

Pengendalian yang dilakukan oleh pimpinan satuan kerja atau atasan langsung pelaksana.

10) Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan

Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.

11) Jumlah Pelaksana

Tersediannya pelaksana sesuai dengan beban kerja.

12) Jaminan Pelayanan

Memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai standar pelayanan.

13) Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan

Memberikan kepastian memberikan rasa aman dan bebas dari bahaya, risiko, dan keraguan-keraguan.

14) Evaluasi Kinerja Pelaksana

Penilaian untuk mengetahui seberapa jauh pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar pelayanan.

Unsur-unsur tersebut berkaitan satu sama lain untuk membentuk standar pelayanan yang berhak diterima oleh setiap masyarakat secara minimal. Penyelenggara berkewajiban menyusun dan menetapkan maklumat pelayanan yang merupakan pernyataan kesanggupan penyelenggaraan dalam melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Maklumat pelayanan yang dimaksud wajib dipublikasikan secara jelas dan luas.

#### 2.1.2.5 Fungsi Standar Pelayan Minimal Pada Bidang Kesehatan

Fungsi standar pelayanan minimal kesehatan menurut (Kepmenkes RI No.43 tahun 2016) SPM sekurang-kurangnya mempunyai dua fungsi yaitu memfasilitasi pemda untuk melakukan pelayanan public yang tepat bagi masyarakat dan sebagai instrument bagi masyarakat dalam melakukan control terhadap kinerja pemerintah di bidang pelayanan publik bidang kesehatan.

### **2.1.3 Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi**

#### 2.1.3.1 Hipertensi

##### *2.1.3.1.1 Pengertian*

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih

keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan distolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes RI , 2013). Menurut WHO (World Health Organization), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan hipertensi (batas tersebut untuk dewasa diatas 18 tahun) (Adib, 2009).

Badan kesehatan dunia (WHO) menyebutkan jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah pada 2025 mendatang diperkirakan sekitar 29% warga dunia terkena hipertensi. WHO menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju hanya 35%, kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi, yaitu sebesar 40%. Kawasan amerika sebesar 35% dan asia tenggara 36%. Kawasan asia penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita hipertensi. Sedangkan di Indonesia cukup tinggi, yakni 32% dari total jumlah penduduk (Widiyani, 2013).

#### *2.1.3.1.2 Klasifikasi*

Menurut (Kemenkes RI , 2013) Kementerian kesehatan RI (2013) klasifikasi hipertensi terbagi menjadi:

- 1) Berdasarkan Penyebab

a. Hipertensi primer atau hipertensi esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Hipertensi jenis ini terjadi pada sekitar 90% pada semua kasus hipertensi.

b. Hipertensi sekunder atau hipertensi non esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal, sekitar 1-2% penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu, misalnya pil KB.

2) Berdasarkan Bentuk Hipertensi

Hipertensi diastolic (*diastolic hypertension*), hipertensi campuran (sistol dan distol yang meninggi), hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*). Hipertensi sering tidak menimbulkan gejala, sementara tekanan darah yang terus-menerus tinggi dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu, hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala (Sidabutar & Wiguno, 1999).

Menurut *The Seventh Report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII)*. Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa dapat dibagi menjadi kelompok normal, prehipertensi, hipertensi derajat I dan derajat II. (Yogiantoro, 2009).

**Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah**

<b>Klasifikasi tekanan darah</b>	<b>Tekanan darah sistolik (mmHg)</b>	<b>Tekanan darah diastolic (mmHg)</b>
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	≥ 160	≥ 100

Sumber: (JNC VII, 2003)

### 2.1.3.1.3 Etiologi

#### 1) Hipertensi Esensial

Hipertensi esensial atau idiopatik adalah hipertensi tanpa kelainan dasar patologis yang jelas. Lebih dari 90% kasus merupakan hipertensi esensial. Penyebab hipertensi meliputi faktor genetic dan lingkungan. Faktor genetic mempengaruhi kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi insulin dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan antara lain diet, kebiasaan merokok, stress emosi, obesitas dan lain-lain (Nafriadi, 2009).

Pada bagian besar pasien, kenaikan berat badan yang berlebihan dan gaya hidup tampaknya memiliki peran yang utama dalam menyebabkan hipertensi. Kebanyakan pasien hipertensi memiliki berat badan yang berlebih dan penelitian pada berbagai populasi menunjukkan bahwa kenaikan berat badan yang berlebih (obesitas) memberikan risiko 65-70% untuk terkena hipertensi primer (Guyton & Hall, 2014).

#### 2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan atau sebagai akibat dari adanya penyakit lain dan biasanya penyebabnya sudah diketahui, seperti penyakit ginjal dan kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu. Menurut Kowalski (2010) Hipertensi esensial merupakan 95% dari seluruh kasus hipertensi. Sisanya adalah hipertensi sekunder (Saputra, Rahayu, & Indrawanto, 2011).

#### *2.1.3.1.4 Faktor Risiko*

Faktor risiko hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetic (faktor risiko yang tidak dapat diubah atau dikontrol), kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan minum-minuman beralkohol, obesitas, kurang aktivitas fisik, stress, penggunaan estrogen (Kemenkes RI , 2013).

Faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi biasanya tidak berdiri sendiri, tetapi secara bersama-sama sesuai dengan teori mozaik pada hipertensi esensial. Teori esensial menjelaskan bahwa terjadinya hipertensi disebabkan oleh faktor yang saling mempengaruhi, dimana faktor yang berperan utama dalam patofisiologi adalah faktor genetic dan paling sedikit tiga faktor lingkungan yaitu asupan garam, stress, dan obesitas (Anggara & Prayitno, 2013).

#### *2.1.3.1.5 Patofisiologi*

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variable tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki

sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf. Reflex kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopressin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ.

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya antigiotesin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi oleh hati. Selanjutnya hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin II inilah yang memiliki peran kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama.

Aksi pertama adalah meningkatnya sekresi hormone antidiuretic (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitary) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang dieksresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstrakulikuler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian

intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosterone dari korteks adrenal. Aldosterone merupakan hormone steroid yang memiliki peran penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstrakulikuler, aldosterone akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorbsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstrakulikuler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah.

Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Manifestasi klinis yang dapat muncul akibat hipertensi menurut Elizabeth J. Corwin ialah bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun. (Nuraini, 2015).

#### *2.1.3.1.6 Gejala Hipertensi*

Menurut American Heart Association (AHA), penduduk Amerika yang berusia 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya.

Manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala saat terjaga yang kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, ayunan langkah tidak

mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler. Keterlibatan pembuluh darah ke otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan. Gejala lain yang sering ditemukan epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang. (Nuraini, 2015).

### 2.1.3.2 Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi (Menurut Permenkes No.43 Tahun 2016 dan Permenkes No. 4 Tahun 2019)

#### 2.1.3.2.1 *Standar Jumlah dan Kualitas Barang/ atau Jasa*

- 1) Pedoman pengendalian hipertensi dan media KIE minimal 2 per puskesmas. berfungsi untuk panduan dalam melakukan penatalaksanaan dan edukasi sesuai standar.
- 2) Tensimeter sesuai kebutuhan. Berfungsi untuk mengukur tekanan darah.
- 3) Formulir pencatatan dan pelaporan sesuai kebutuhan . berfungsi sebagai pencatatan dan pelaporan

#### 2.1.3.2.2 *Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan*

Tenaga kesehatan meliputi: dokter, bidan, perawat, tenaga kesehatan masyarakat. Tugas sumber daya kesehatan manusia kesehatan:

- 1) Pengukuran tekanan darah: dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang berkompeten atau tenaga kesehatan lain yang terlatih

- 2) Edukasi: dokter dan/ atau tenaga kesehatan yang berkompenten dan/ atau tenaga kesehatan terlatih
- 3) Terapi farmakologi: dokter

#### 2.1.3.2.3 *Petunjuk Teknis atau Cara Pemenuhan Standar*

- 1) Pernyataan standar

Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah kabupate/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita hipertensi usia 15 tahun ke atas sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun

- 2) Pengertian
  - a. Sasaran adalah penduduk usia 15 tahun ke atas
  - b. Penderita hipertensi esensial atau hipertensi tanpa komplikasi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar, dan upaya promosi kesehatan melalui modifikasi gaya hidup di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
  - c. Penderita hipertensi dengan komplikasi (jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis , diabetes) perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) yang mempunyai kompetensi untuk penanganan komplikasi
  - d. Standar pelayanan kesehatan hipertensi adalah:
    - mengikuti panduan praktik klinik bagi dokter di FKTP. Pelayanan kesehatan sesuai standar diberikan kepada penderita hipertensi di FKTP.

- pelayanan kesehatan hipertensi sesuai standar meliputi: pengukuran tekanan darah dan edukasi.
- Pelayanan kesehatan berstandar ini dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada <140/90 mmHg untuk usia dibawah 60 th dan <150/90 mmHg untuk penderita 60 tahun keatas dan untuk mencegah terjadinya komplikasi jantung, stroke, diabetes mellitus dan penyakit ginjal kronis.
- Selama menjalani pelayanan kesehatan sesuai standar, jika tekanan darah penderita hipertensi tidak bisa dipertahankan sebagaimana dimaksud pada poin sebelumnya atau mengalami komplikasi, maka penderita perlu dirujuk ke FKTL yang berkompeten.

### 3) Definisi Operasional Capaian Kinerja

Capaian kinerja pemerintah kabupaten/kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi, dinilai dari presentase jumlah penderita hipertensi usia 15 tahun keatas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun

### 4) Target

Capaian kinerja pemerintah kabupaten/kota dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap penderita hipertensi atau orang dengan keluhan hipertensi sesuai standar adalah 100%. Pencapaian riil disesuaikan dengan rencana aksi pencapaian SPM yang disusun oleh masing-masing Pemenrintah Kabupaten/kota.

### 5) Mekanisme pelayanan

- a. Penetapan sasaran penderita hipertensi ditetapkan oleh kepala daerah dengan menggunakan data RISKESDAS terbaru yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan hipertensi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi :

Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan dan Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan minum obat

- c. Melakukan rujukan jika diperlukan

Keterangan : Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambah pelayanan terapi farmakologi

#### **2.1.4 Puskesmas**

##### **2.1.4.1 Definisi Puskesmas**

Puskesmas adalah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan, sarana peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah. (Alamsyah & Wati, 2013). Menurut peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014, pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

#### 2.1.4.2 Tujuan, Tugas dan Fungsi Puskesmas

Menurut (Darmawan & Sjaaf, 2016) Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Adapun dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

1) Penyelenggaraan UKM tingkat Pertama di wilayah kerjanya

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat public (public goods) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan lainnya.

2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (private goods) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan

perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

#### 2.1.4.3 Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Puskesmas

Menurut (Darmawan & Sjaaf, 2016) Puskesmas menyelenggarakan UKM tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. UKM tingkat pertama meliputi UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial berarti harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian SPM kabupaten/Kota bidang kesehatan dan meliputi:

- 1) Pelayanan promosi kesehatan;
- 2) Pelayanan kesehatan lingkungan;
- 3) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
- 4) Pelayanan gizi; dan
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

UKM pengembangan merupakan UKM yang kegiatannya memerlukan upaya yang bersifat inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas

Adapun upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama oleh puskesmas dilaksanakan dalam bentuk:

- 1) Rawat jalan;

- 2) Pelayanan gawat darurat;
- 3) Pelayanan satu hari (one day care);
- 4) Home care; dan/atau
- 5) Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

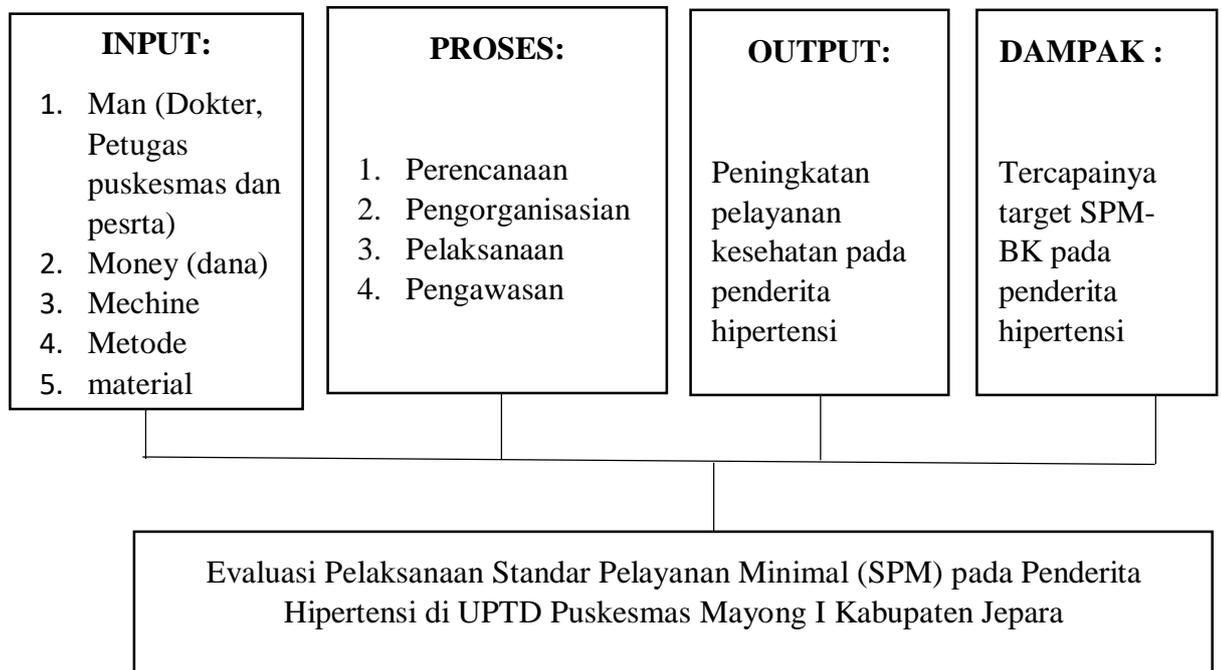
Untuk melaksanakan upaya-upaya kesehatan tersebut, maka Puskesmas harus menyelenggarakan: Manajemen puskesmas; Pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat; dan pelayanan laboratorium.

## **2.2 KERANGKA TEORI**

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori mengenai evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara tahun 2018. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada penderita hipertensi terdiri dari evaluasi proses.

Proses secara langsung mempengaruhi output dan dampak yang diharapkan dan merupakan implementasi dari pelaksanaan pelayanan kesehatan. Proses meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan/pengontrolan.

Kerangka teori penelitian ini disajikan pada gambar berikut ini.



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

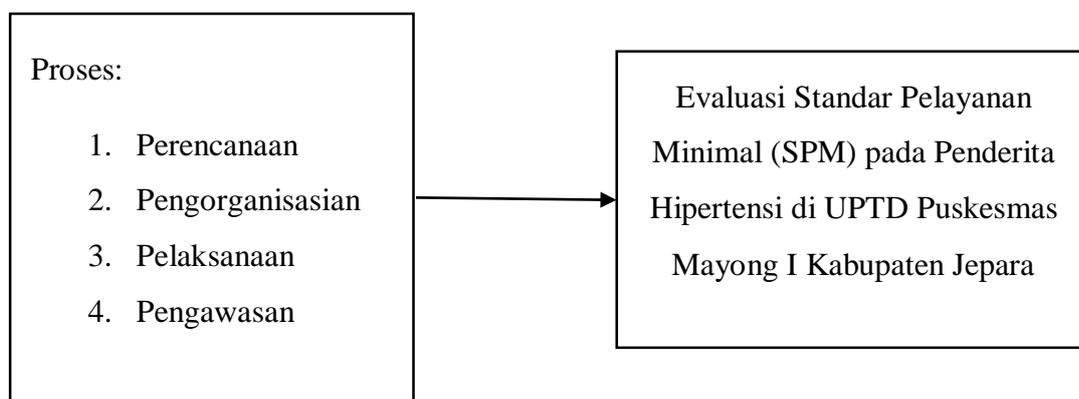
Sumber: (Azwar, 2010)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 ALUR PIKIR**

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapat disusun skema alur pikir dalam penelitian ini, adalah sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Alur Pikir**

#### **3.2 FOKUS PENELITIAN**

Dalam penelitian ini, fokus penelitian berisi pokok kajian yang menjadi pusat perhatian, yaitu evaluasi proses manajemen yang meliputi: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan pada pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara tahun 2018.

### 3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dimana penelitian kualitatif sering disebut metode penelitian naturalistic karena penelitiannya dilakukan pada kondisi yang alamiah (*natural setting*) dan disebut juga metode *interpretive* karena data hasil penelitian lebih berkenaan dengan interpretasi terhadap data yang ditemukan di lapangan. Dalam penelitian kualitatif instrumennya adalah orang atau *human instrument*, yaitu peneliti itu sendiri. Analisis data bersifat induktif/kualitatif berdasarkan fakta yang ditemukan di lapangan, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2016).

Metode yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini yaitu studi kasus (*case studies*) dimana peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktivitas,, terhadap satu atau lebih orang. Suatu kasus tersebut terikat oleh waktu dan aktivitas dan peneliti melakukan pengumpulan data secara mendetail dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data dan dalam waktu yang berkesinambungan (Sugiyono, 2018). Penggunaan metode kualitatif dalam penelitian ini dimaksudkan karena penulis ingin memahami gambaran situasi secara mendalam mengenai proses pelaksanaan standar pelayanan minimal pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I. metode ini dipilih berdasarkan pertimbangan bahwa penelitian ini memerlukan data dan informasi secara lengkap, mendalam, dan bermakna serta dapat mendeskripsikan suatu situasi secara komprehensif dan mampu menerangkan proses secara lengkap dan menyeluruh (Bungin, 2011).

### 3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder yang selanjutnya akan diolah menjadi informasi sesuai yang dibutuhkan.

#### 3.4.1 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara langsung secara mendalam kepada pihak yang terlibat dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan pada penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I. Pada penelitian ini teknik pengambilan informan menggunakan *purposive* sampling dilanjutkan *snowball*. Teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalkan orang tersebut dianggap paling mengetahui tentang apa yang peneliti harapkan tujuannya yaitu untuk memudahkan peneliti menjelajahi obyek/situasi sosial yang diteliti. Selanjutnya, berdasarkan data atau informasi yang diberikan oleh informan sebelumnya, peneliti menetapkan informan lainnya yang dipertimbangkan akan memberikan data yang lebih lengkap begitu seterusnya (*snowball sampling*). Pemilihan informan dihentikan bila data sudah mengalami redundancy atau jenuh, yaitu apabila ditambah informan lagi tidak akan memberikan informasi baru (Sugiyono, 2016).

Informan dalam penelitian ini berjumlah 14 orang yang terdiri dari informan utama dan informan triangulasi. Informan utama dalam penelitian ini berjumlah 4 orang yang terdiri dari:

- 1) Kepala puskesmas Mayong I (1 orang)
- 2) Pelaksana program terkait Hipertensi (3 orang)

Informan triangulasi dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang terdiri dari:

- 1) Pemegang SPM di bidang renque dan renval dinas kesehatan kabupaten Jepara (1 orang)
- 2) Peogrammer PTM dinas kesehatan kabupaten jepara (1 orang)
- 3) Pasien yang menerima pelayanan kesehatan hipertensi (8 orang)

Pemilihan informan utama dalam penelitian ini dianggap paling tahu tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi serta pemilihan informan triangulasi berdasarkan bahwa informan tersebut adalah informan yang terkena dampak langsung dari pelaksanaan SPM pada program pelayanan kesehatan penderita hipertensi.

Data primer yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan untuk semua variabel ditiap unsur yang digunakan meliputi proses (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan atau penilaian)

#### **3.4.2 Data Sekunder**

Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2016). Data sekunder dalam penelitian ini adalah:

- 1) Data SPM Provinsi Jawa Tengah
- 2) Data capaian SPM Kabupaten Jepara

- 3) Data penerima pelayanan kesehatan hipertensi di puskesmas Se-Kabupaten Jepara
- 4) Data jumlah penduduk usia 15 tahun keatas di Puskesmas Mayong 1
- 5) Data capaian dan jumlah pasien penerima pelayanan hipertensi sesuai SPM di Puskesmas Mayong 1
- 6) Data kunjungan setiap program pelayanan hipertensi tahun 2018 di Puskesmas Mayong I

### **3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA**

#### **3.5.1 Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrument atau alat peneliti adalah peneliti itu sendiri. Peneliti sebagai *human instrument* , berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2016).

Peneliti melaksanakan metode ini dengan membutuhkan alat bantu. Dalam penelitian ini menggunakan tiga alat bantu, yaitu:

- 1) Perekam suara (recorder), digunakan sebagai alat bantu agar peneliti berkonsentrasi pada pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subyek peneliti.
- 2) Pedoman wawancara, digunakan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian atau sebagai patokan dalam memberikan

pertanyaan kepada subyek peneliti. Pedoman ini disusun berdasarkan tujuan penelitian dan teori yang digunakan.

3) Selain pedoman wawancara asisten peneliti juga digunakan sebagai instrument penelitian. Asisten peneliti digunakan untuk membantu peneliti mengambil dokumentasi setiap langkah penelitian dengan bantuan kamera. kamera digunakan untuk membantu peneliti merekam kondisi lingkungan selama wawancara berlangsung.

### **3.5.2 Teknik Pengambilan Data**

#### **3.5.2.1 Observasi**

Terdapat 3 macam observasi, yaitu observasi partisipatif, observasi terus terang/tersamar, dan observasi tak berstruktur. Pada penelitian ini digunakan jenis observasi tersamar dan tak berstruktur. Dimana dalam melakukan pengumpulan data peneliti menyatakan terus terang kepada sumber data, bahwa sedang melakukan penelitian, tetapi dalam suatu saat peneliti juga tidak terus terang atau tersamar, hal ini untuk menghindari kalau suatu data yang dicari merupakan data yang masih dirahasiakan. Peneliti juga melakukan observasi tak berstruktur yaitu fokus observasi akan berkembang selama kegiatan observasi berlangsung, dalam melakukan pengamatan peneliti tidak menggunakan instrument yang telah baku, tetapi hanya berupa rambu-rambu pengamatan (Sugiyono, 2016).

#### **3.5.2.2 Wawancara**

Wawancara dalam penelitian ini adalah wawancara terstruktur dan tidak terstruktur. Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data

dengan menggunakan pedoman instrument wawancara berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabanya pun telah disiapkan sebelumnya. Sedangkan wawancara tak struktur menggunakan pedoman wawancara yang tersusun sistematis dan berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan (Sugiyono, 2016).

Peneliti memilih melakukan wawancara semistruktur (gabungan antara wawancara terstruktur dan tidak terstruktur). Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuannya adalah mengumpulkan informasi dengan lebih terbuka tentang pendapat, ide-ide, sikap, dan pengalaman pribadi. Sebelum melakukan wawancara peneliti meminta izin kepada narasumber untuk menggunakan alat perekam dan memberikan sekilas gambaran latar belakang secara ringkas dan jelas mengenai topic penelitian. Saat melakukan wawancara peneliti juga perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa pun yang dikemukakan oleh narasumber.

Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data primer tentang proses pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada pelayanan hipertensi di Puskesmas Mayong I yang dapat diketahui dengan pedoman wawancara yang telah disiapkan sebelumnya.

#### 3.5.2.3 Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan perlengkapan dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif. Hasil observasi atau

wawancara akan kredibel/dapat dipercaya kalau didukung oleh dokumentasi dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2016).

### **3.6 PROSEDUR PENELITIAN**

Kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini secara garis besar adalah sebagai berikut:

#### **3.6.1 Tahap Pra-Penelitian**

Tahap awal penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun pada awal penelitian adalah:

- 1) Mengurus izin untuk studi pendahuluan
- 2) Melakukan studi pendahuluan
- 3) Menentukan informan
- 4) Menyusun alat pengumpul data

#### **3.6.2 Tahap Pelaksanaan penelitian**

Tahap penelitian adalah kegiatan yang dilakukan selama melakukan penelitian. Adapun kegiatan saat penelitian meliputi:

- 1) Wawancara mendalam (In-depth interview) kepada informan
- 2) Observasi lapangan pada lingkungan penelitian
- 3) Pengumpulan data sekunder berupa dokumen, data dan catatan terkait penelitian
- 4) Membuat dokumentasi kegiatan penelitian.

### 3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Adapun tahap setelah penelitian adalah sebagai berikut:

- 1) Membuat catatan ringkas dan rapi mengenai hasil wawancara dan observasi yang telah terkumpul.
- 2) Perbandingan hasil wawancara antara informan penelitian dan informan triangulasi
- 3) Melakukan pengolahan dan analisis data
- 4) Penyajian data dan pembuatan simpulan, saran dalam bentuk laporan skripsi

### 3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Sebuah keabsahan data (*trustworthiness*) dapat diperoleh dari empat kriteria yaitu kredibilitas (*credibility*), transferabilitas (*transferabilitas*), *dependability*, dan *konfirmabilitas*. Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi, triangulasi adalah teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan manusia yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2009). Triangulasi dengan mengecek data pada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, dan waktu pengecekan dengan wawancara, observasi atau teknik lain dalam waktu atau situasi yang berbeda (Sugiyono, 2016).

Adapun triangulasi yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi dengan data/sumber yaitu beberapa informan yang digunakan diusahakan posisinya dari kelompok tingkatan yang berbeda-beda.yaitu pasien

yang mendapatkan pelayanan program kesehatan hipertensi di Puskesmas Mayong I, serta pemegang SPM di bidang renque dan renval di Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara

### **3.8 TEKNIK ANALISIS DATA**

Dalam penelitian kualitatif, analisis data dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelian dilaksanakan. Data diperoleh, kemudian dikumpulkan untuk diolah secara sistematis. Dimulai dari wawancara, observasi, editing, mengklasifikasi, reduksi, selanjutnya aktivitas penyajian data serta menyimpulkan data (Sugiyono, 2016).

#### **3.8.1 Reduksi Data**

Reduksi data merupakan proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan dengan langkah mengurangi atau menghilangkan hal-hal yang tidak perlu. Reduksi data digunakan untuk menghasilkan hipotesis mengenai komposisi dari hasil lapangan. Sehingga memberikan gambaran data yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengambilan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan (Sugiyono, 2012)

#### **3.8.2 Penyajian Data**

Dalam penelitian ini, penyajian data yang digunakan adalah dengan teks yang bersifat naratif.

### **3.8.3 Penarikan Kesimpulan**

Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan berikutnya. Kesimpulan akan kredibel bila didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten (Sugiyono, 2012).

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Penderita Hipertensi di UPT Puskesmas Mayong I Kabupaten Jepara Tahun 2018, dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

##### **Dari segi perencanaan**

Pelaksanaan SPM dilaksanakan dengan mengacu pada Permenkes no.43 tahun 2016, PP no. 2 tahun 2018. Program terkait hipertensi yaitu terdiri dari PIS-PK sebagai penjangkauan sasaran, Posbindu dan prolanis sebagai kegiatan rutin pelayanan dasar pada penderita hipertensi di UPT Puskesmas Mayong I. ketiga program tersebut dilaksanakan dengan tujuan deteksi dini pada penderita hipertensi dan mencegah terjadinya komplikasi akibat hipertensi yang tidak tertangani. Sasaran dari SPM pada pelayanan hipertensi adalah usia 15-59 tahun dimana usia tersebut diperoleh dari tren kejadian pada PTM yang selalu meningkat tiap tahun.

##### **Dari segi evaluasi pengorganisasian**

Pengorganisasian dilakukan secara internal dan eksternal. Pengorganisasian secara eksternal dilakukan dalam bentuk sosialisasi bersama kader kesehatan, kepala desa, kepala RT/RW, Toga, Tomas dll. Pengorganisasian secara internal dilakukan dengan petugas puskesmas antara lain membahas tentang pemilihan penanggungjawab program yang dipilih oleh kepala puskesmas, pemenuhan SDM dan tupoksi sudah memenuhi Permenkes No.43 Tahun 2016.

**Dari segi evaluasi pelaksanaan**

Mekanisme sesuai standar pelayanan minimal sebagian besar sudah dilaksanakan mulai dari tensi/cek gula darah, edukasi pola makan, istirahat cukup, aktifitas fisik, kelola stress, dan edukasi kepatuhan minum obat telah diterapkan. Terdapat media KIE yang disediakan dari Kemenkes akan tetapi tidak di terapkan kepada pasien saat pelaksanaan ketiga program tersebut sebagai upaya promosi kesehatan kepada pasien. Rujukan dilakukan oleh petugas puskesmas pada program prolansis.

**Dari segi evaluasi pengawasan dan pengontrolan**

Pengawasan dilakukan secara internal dan eksternal. Supervise sudah dilakukan dinas kesehatan secara rutin maksimal 3 bulan sekali dan pada saat monev 6 bulan sekali. Capaian kinerja puskesmas Mayong I berdasarkan SK Kepala Dinas Kabupaten Jepara belum mencapai target sasaran yaitu 3,83% dari 60% yang ditargetkan pada tahun 2018. Program inovasi dilakukan untuk perbaikan dalam mencapai jumlah sasaran di tahun yang akan datang. Feedback dari dinas ke puskesmas maupun puskesmas ke staff pada program yang belum tercapai disampaikan secara lisan berupa teguran dan peringatan

**6.2 SARAN**

Berdasarkan simpulan hasil penelitian pelaksanaan SPM pada pelayanan penderita hipertensi di UPTD Puskesmas Mayong I tahun 2018, maka peneliti memeberikan saran sebagai berikut:

**Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara**

Sebaiknya memeberikan pengawasan dan pengendalian secara rutin terhadap semua puskesmas se-Kabupaten Jepara sehingga kendala-kendala yang

dilakukan setiap bulan dapat diketahui dan diatasi sedini mungkin. Pemberian umpan balik harusnya dilakukan berkesinambungan minimal 3 bulan sekali baik dari dinas ke puskesmas.

### **Bagi UPT Puskesmas Mayong I**

Sebaiknya menambah sumber daya manusia pada program prolans dan posbindu agar tidak terjadi rangkap jabatan pada tiap program yang guna untuk memfokuskan kinerja penanggung jawab program agar lebih maksimal, memaksimalkan media yang ada yaitu media KIE untuk diterapkan kepada pasien hipertensi sebagai usaha promotif dan menarik pasien untuk tau dan mau melakukan sehingga ingat saran yang dilihat dari media KIE. Menargetkan penjangkaran survey PIS-PK tiap 2 bulan sekali untuk penyelesaian pendataan bagi desa yang belum dikunjungi dan membantu program lain dalam mempromosikan pelayanan kesehatan terutama bagi penderita hipertensi, memebentuk posbindu minimal 1 per-desa.

### **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian sejenis terkait pelaksanaan SPM pada penderita hipertensi di tempat lain sebaiknya menambahkan indikator yang belum diteliti dan dapat mengatasi kelemahan penelitian ini sehingga peneliti selanjutnya memperoleh gambaran, data dan informasi terkait program-program yang ada lebih maksimal atau mendalam.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. (2009). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi, Jantung, dan Stoke*. Yogyakarta: Dianloka.
- Alamsyah, D., & Wati, R. M. (2013). *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Anggara, F. H., & Prayitno, N. (2013). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Volume 5 (1)*, 20.
- Anggraini MD, at all. (2017). Inovasi Pelayanan SAKINA Di Puskesmas Sempu Kecamatan Sempu Kabupaten Banyuwangi. *E-SOSPOL*, 78-80.
- Arifudin, Sudirman, & Andri, M. (2017). Evaluasi Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia Pada Penempatan Kerja Petugas Di UPT Puskesmas Lembasada. *Promotif*, 6-7.
- Arjuna Putra; Jaelan Usman; Abdi. (2017). Inovasi Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Berbasis Home care Di Kota Makasar. *Jurnal Administrasi Publik vol.3 no.3*, 1-16.
- Azhar, F. (2017). Implementasi Fungsi Pengorganisasian Dalam Meningkatkan Kualitas Kinerja Pada Lembaga Miftahun Ulum Di Bandar Lampung. *Sripsi*, 21-23.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Admonistrasi Kesehatan (Edisi Ketiga)*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Baiq, S. (2013). Kajian Sumber Daya Manusia Dalam Proses Rekrutmen Tenaga Kerja Di Perusahaan. *Jurnal Ilmiah Widya vo.1 no.1*.
- BAPPENAS. (2018). *Penguat Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.
- Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Darmawan, E. S., & Sjaaf, A. C. (2016). *Administrasi Kesehatan Masyarakat Teori dan Praktik*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2014). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Habibi, Nurdiyanah, Surahmawati, & Chaerunnisa, N. (2016). Gambaran Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Fungsi Manajemen Pada

- Program Pengendalian Penyakit Menular Di Puskesmas Tamangapa Makassar Tahun 2016. *Al-Shihah : Public Health Science Journal*, 43-54.
- Hardiyansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik Konsep, Dimensi dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media.
- Husna, & Titik. (2012). *Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja PT.Cityra Baru Commercial Medan*. Medan: Universitas Sumatra Utara.
- Indonesia, M. K. (2015, Februari 6). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, p. 6.
- Indonesia, P. R. (2018). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- JNC VII. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 42:1206–52, <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>, 12 Januari 2019.
- Keely RD; Discroll M. (2013). Effects of emotional response on adherence to anti hypertensive medication and blood pressure improvement. *Int Jurnal of Hypertension*, 1-9.
- Kemenkes RI . (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan .
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Perubahan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan*. Jakarta: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Lestyoningrum, S., & S.Haksama. (2014). Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Balita Paripurna di Kota Malang. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 138-140.
- Marison. (2013). Implementasi Fungsi-Fungsi Manajemen Publik. *Jurnal Kebijakan Publik vol.4 no.2*, 4-6.
- Melani, D., & Maulana, H. (2016). Evaluasi Pengaruh Konseling Farmasis Terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi Anggota Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Di Klinik Mitra Husada Kendal. *Jurnal Farmasetis vol.5 no.1*, 33-39.
- Moleong, L. J. (2009). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muliyanto A. (2009). *Sistem Informasi Konsep Dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Mu'rifah. (2012). Analisis Kinerja Pelayanan Pada Puskesmas Batua Makasar. *Jurnal MKMI vol.2 no.5*, 6-7.
- Nafriadi. (2009). *Antihipertensi. In Farmakologi dan Terapi Edisi 5*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraini, B. (2015, Februari). Risk Factors Of Hypertension. *J Majority Vol. 4(5)*, pp. 13-14.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Permenkes RI Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Menejemen Puskesmas*.
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal.
- Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- PKP Puskesmas Mayong I. (2018). *Penilaian Kinerja UPT Puskesmas Mayong I*. Jepara: Puskesmas Mayong I.
- R.Tery George dan Leslie W.Rue. (2010). *Dasar-Dasar Menejemen*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Radina, D. F., & Damayanti, N. A. (2013). Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Pada Program Penemuan Penderita Pneumonia Balita. *Administrasi Kesehatan Indonesia* , 301-302.
- Rahayu, T. (2012). Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 479-492.
- Reinke, W. A. (1998). *Perencanaan Kesehatan untuk Masyarakat Efektifitas Manajemen*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Saputra, B. R., Rahayu, & Indrawanto, I. S. (2011). Profil Penderita Hipertensi di RSUD Jombang Periode Januari-Desember 2011. 116-119.

- Sicilia Grace, d. (2018). Evaluasi Kualitatif Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Posbindu Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo I. *Jurnal kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI vol.7*, 88-92.
- Sidabutar, R. P., & Wiguno, P. (1999). *Hipertensi Essensial. Ilmu Penyakit Dalam jilid II*. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.
- Siriyeyi, I., & Wulandari, R. D. (2013). Faktor Determinan Pencapaian Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya . *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 244-251.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sukarna. (2011). *Dasar-Dasar Manajemen* . Bandung: CV. Mandar Maju.
- Tayibnafis, & Farida, Y. (2000). *Evaluasi Program*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Torang, S. (2013). *Organisasi dan Menejemen (Perilaku, Struktur, Budaya & Perubahan Organisasi)*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Publik.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah.
- Vidyanto. (2018). Evaluasi Komunikasi Data SP2TP Antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan Di Kabupaten Tolitoli Provinsi Sulawesi. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 6-7.
- Virdasari, E., A, S. P., & F, E. Y. (2018). Analisis Kegiatan Pendataan Keluarga Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Kota Semarang (Studi Kasus pada Puskesmas Mijen). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5-6.
- Widiyani, R. (2013, April 5). Penderita Hipertensi Terus Meningkat. *Life Style*.<https://lifestyle.kompas.com/read/2013/04/05/1404008/Penderita.Hipertensi.Terus.Meningkat>.
- Yogiantoro, M. (2009). *Hipertensi Esensial. In: Sudoyo, A.W., et al eds. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam 5th ed. Jilid II*. Jakarta: Interna Publishing, 1079-1085.