



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA**

**OLEH
ENA EPPARTA
NPM. 2207210033**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
TAHUN 2024**



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

OLEH
ENA EPPIRTA
NPM. 2207210033

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
TAHUN 2024**

ABSTRAK

NAMA : Ena Eppirta
NPM : 2207210033
PRODI : Ilmu Kesehatan Masyarakat
PEMINATAN : Administrasi Kebijakan Kesehatan

POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA

World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2025, sekitar 29% populasi dunia akan mengalami hipertensi. Prevalensi hipertensi di Provinsi Aceh mengalami peningkatan jumlah kasus sebesar 21.5%. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Jaya, menunjukkan fluktuasi kejadian hipertensi dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Puskesmas Krueng Sabee yang memiliki aksesibilitas rendah ke fasilitas kesehatan karena kondisi topografi yang berada pada dataran tinggi, sedang dan dataran rendah.

Penelitian kuantitatif *observational* menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan spasial bertujuan menganalisis dan mengidentifikasi pola pencarian pengobatan penderita hipertensi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner pada 335 responden dengan acak proporsional yang dianalisa secara statistik menggunakan *chi square* dan spasial dengan metode *Nearest Neighbour Analysis* dan *buffer*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara variabel usia (0,000), status hipertensi (0,000), tingkat pendidikan (0,022), jenis pekerjaan (0,006), tingkat pendapatan (0,002), kemudahan transportasi dan kemudahan informasi (0,000) dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi. Sedangkan variabel jenis kelamin (0,500) jarak dan waktu tempuh (0,683) tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi. Variabel independent paling berhubungan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi adalah variabel kemudahan transportasi (OR =12.5921). Hasil analisa spasial menemukan jika pola sebaran fasilitas kesehatan adalah random acak dengan nilai $T = 1,212$ dan $p\text{ value} = 0,089$

Petugas Puskesmas lebih meningkatkan layanan proaktif dengan layanan mobile kewilayah yang teridentifikasi mempunyai aksesibilitas yang rendah, melakukan monitoring serta evaluasi berkala menggunakan analisis spasial untuk mendukung perencanaan kebijakan kesehatan yang lebih optimal termasuk alokasi sumber daya yang dapat meningkatkan efektivitas distribusi fasilitas kesehatan dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat dengan memastikan bahwa layanan kesehatan memenuhi kebutuhan masyarakat sehingga mengurangi prevalensi hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee.

Kata kunci: Pola pencarian pengobatan, Hipertensi, Aksesibilitas dan Spasial

Daftar Kepustakaan: 113 buah (2004 – 2024)

ABSTRACT

NAME : Ena Eppirta
NPM : 2207210033
STUDY PROGRAM : PUBLIC HEALTH SCIENCE
SPECIALIZATION : HEALTH POLICY ADMINISTRATION

HYPERTENSION TREATMENT SEARCH PATTERN AND ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICE FACILITIES IN THE WORK AREA OF KRUENG SABEE PUBLIC HEALTH CENTER, ACEH JAYA REGENCY

The World Health Organization (WHO) estimates that by 2025, around 29% of the world's population will experience hypertension. The prevalence of hypertension in Aceh Province has increased by 21.5%. Data from the Aceh Jaya District Health Office shows fluctuations in the incidence of hypertension with the highest prevalence of hypertension in the Krueng Sabee Health Center which has low accessibility to health facilities due to topographic conditions in the highlands, medium and lowlands.

Quantitative observational research using cross-sectional design with spatial approach aims to analyze and identify treatment seeking patterns of hypertension patients and accessibility of health service facilities in the Krueng Sabee Health Center Working Area, Aceh Jaya Regency. Data were collected through interviews using questionnaires on 335 respondents with proportional randomization which were analyzed statistically using chi square and spatially with the Nearest Neighbor Analysis and buffer methods.

The results of the study showed a significant relationship between the variables of age (0.000), hypertension status (0.000), education level (0.022), type of work (0.006), income level (0.002), ease of transportation and ease of information (0.000) with the variable of hypertension treatment search pattern. While the variables of gender (0.500) distance and travel time (0.683) did not have a significant relationship with the variable of hypertension treatment search pattern. The independent variable most related to the variable of hypertension treatment search pattern was the variable of ease of transportation (OR = 12.5921). The results of the spatial analysis found that the distribution pattern of health facilities was random with a T value of 1.212 and a p value of 0.089.

Health Center officers should improve proactive services with mobile services to areas identified as having low accessibility, conduct periodic monitoring and evaluation using spatial analysis to support more optimal health policy planning including resource allocation that can increase the effectiveness of health facility distribution and accessibility of health services for the community by ensuring that health services meet the needs of the community, thereby reducing the prevalence of hypertension in the Krueng Sabee Health Center work area.

Keywords: *Treatment seeking patterns, Hypertension, accessibility and spatial*
Bibliography: *113 pieces (2004 – 2024)*

LEMBAR PERNYATAAN ORISINILITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ena Eppirta
NPM : 2207210033
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa Tesis yang berjudul "**POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA**" benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA) termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 06 Agustus 2024



Ena Eppirta

NPM: 2207210033

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE
KABUPATEN ACEH JAYA**

OLEH
ENA EPPIRTA
NPM. 2207210033

Banda Aceh, 06 Agustus 2024

Disetujui oleh:

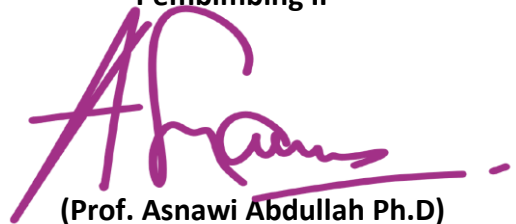
Pembimbing I



(Dr. Maider, M.Kes)

NIP. 19710723199012001

Pembimbing II



(Prof. Asnawi Abdullah Ph.D)

NIP. 197107031995031001

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD

NIP. 197107031995031001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA

OLEH
ENA EPPIRTA
NPM. 2207210033

**Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang
Seminar Proposal Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Aceh**

Banda Aceh, Tanggal, 06 Agustus 2024
Disetujui oleh Komite Tesis

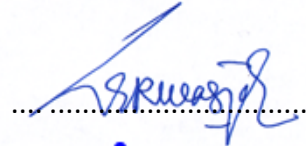
Ketua : Dr. Maidar, M.Kes
NIP. 19710723199012001



Penguji I : Prof. Asnawi Abdullah Ph.D
NIP. 197107031995031001



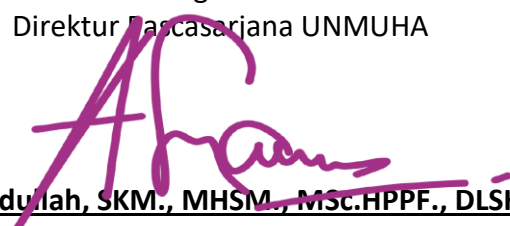
Penguji II : Dr. Hermansyah, SKM, MPH
NIP. 197202181997031002



Penguji III : Fahmi Ichwanyah, S.Kp, MPH, PHD
NIP. 196609051989021001



Mengetahui:
Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSK., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD
NIP. 197107031995031001

BIODATA

Nama : Ena Eppirta
Tempat/Tgl. Lahir : Meulaboh, 24 April 1983
Alamat : Jln Syah Kuala Kel. Kuta Padang
Kec Johan Pahlawan, Meulaboh- Aceh barat
Pendidikan yang ditempuh (S1) : S-1 Kesehatan Masyarakat Universitas T.Umar

Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil (PNS)
Publikasi : -

Banda Aceh, 06 Agustus 2024



Ena Eppirta

PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan Kehadirat Allah Subhana Wata'ala yang telah memberikan kesehatan dan kemudahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Tesis yang berjudul **"POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA"** ini guna memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhamaddiyah Aceh. Salawat beriring salam penulis sampaikan kepangkuan Nabi Besar Muhammad SAW yang telah berhasil membawa umat manusia dari alam kebodohan ke alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan.

Rasa terimakasih Penulis ucapkan Kepada **Dr. Maidar, M.Kes** selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan masukan dalam penulisan Tesis ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Tesis ini tidak dapat diselesaikan tanpa bantuan berbagai pihak, baik dukungan moril, materil dan sumbangan pemikiran. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD selaku Direktur Pasca sarjana dan sekaligus pembimbing II yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan masukan untuk kesempurnaan Tesis ini.
2. Dr. Hermansyah,SKM, MPH selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukannya untuk kesempurnaan Tesis ini
3. Fahmi Ichwanyah, S.Kp, MPH,PHD selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Tesis ini.
4. Seluruh Dosen Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhamaddiyah Aceh yang telah mendidik dan mengajarkan berbagai ilmu yang bermanfaat bagi penulis
5. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga yang telah memberikan dorongan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhamaddiyah Aceh.

6. Teman-teman pasca sarjana Magister Kesehatan Masyarakat yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan, doa dan saran atau masukan yang berguna dalam menyelesaikan Tesis ini

Semoga Allah Subhana wataa'ala memberikan pahala atas dukungan dan bantuan dalam penyelesaian Tesis ini. Penulis berharap Tesis ini memberikan manfaat bagi pembaca.

Banda Aceh, 06 Agustus 2024



Ena Eppirta

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Abstrak	ii
Abstract	iii
Lembar pernyataan orisinilitas	iv
Lembar pengesahan	v
Lembar pengesahan Komite	vi
Biodata	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar tabel	xii
Daftar gambar	xiii
Daftar lampiran	xiv
 BAB I PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan khusus	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Manfaat Penelitian	8
1.6.1 Manfaat Teoritis	8
1.6.2 Manfaat Praktis	8
1.7 Originilitas Penelitian	9
 BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	 15
2.1 Hipertensi	15
2.1.1 Pengertian Hipertensi	15
2.1.2 klasifikasi hipertensi	16
2.1.3 Determinan yang mempengaruhi hipertensi	16
2.2 Konsep Perilaku Kesehatan	19
2.2.1 Pengertian Perilaku Kesehatan	19
2.2.2 Jenis- jenis Perilaku kesehatan	21
2.2.3 Perilaku terhadap sakit dan penyakit	22
2.3 Konsep pencarian bantuan/ pengobatan (<i>Help Seeking Behavior</i>)	22
2.3.1 Pengertian <i>Help Seeking Behavior</i>	22
2.3.2 <i>Perfektif Help Seeking Behavior</i>	23
2.3.3 Variabel yang mempengaruhi <i>Help Seeking Bihavior</i>	23
2.3.4 Jenis- jenis Perilaku pencarian bantuan	24
2.4 Konsep Pengobatan	25

2.5 Fasilitas pelayanan Kesehatan	27
2.5.1. Pengertian	27
2.5.2. Jenis- jenis fasilitas kesehatan	28
2.5.3. Aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan	30
2.6 Sistem Informasi Geografis	33
2.6.1 Manfaat SIG (<i>system informasi geografis</i>) dalam kesehatan masyarakat	36
2.6.2 Analisis Spasial	38
2.6.3 <i>Nearest neighbor analysis</i>	40
2.6.4 <i>Buffering Analysis</i>	41
2.6.5 <i>Network Analysis</i>	42
2.6.6 Elemen Kesehatan yang dapat menggunakan Pendekatan SIG	42
2.6.7 Kegunaan SIG berdasarkan bidang Institusi kesehatan	44
2.7 Kerangka Teoritis	45
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	47
3.1 Kerangka Konsep	47
3.2 Hipotesis penelitian	47
3.3 Variabel Penelitian	48
3.4 Defenisi Operasional Penelitian	49
BAB IV METODELOGI PENELITIAN	51
4.1 Desain penelitian	51
4.2 Lokasi Penelitian	51
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	51
4.4 Metode Pengumpulan data	53
4.5 Uji Validasi dan Reabilitas	54
4.6 Rancangan Analisis Data	57
4.7 Etika penelitian	61
BAB V HASIL PENELITIAN	62
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	62
5.2 Hasil Penelitian	63
BAB VI PEMBAHASAN	83
6.1 Analisis Univariat	83
6.2 Analisis Bivariat	87
6.3 Analisis Multivariat	102
6.4 Analisis Spasial	106
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	113
7.1 Kesimpulan	113
7.2 Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Originilitas Penelitian	9
Tabel 2 Klasifikasi Tekanan Darah Dewasa	16
Tabel 3.Jarak dan Waktu dari tempat tinggal kelokasi sarana	31
Tabel 4 Radius Jangkauan Sarana Kesehatan	32
Tabel 5 Defenisi Operasional Penelitian	49
Tabel 6 Uji validitas pertanyaan Karakteristik	54
Tabel 7 Uji validitas pertanyaan Sosio Ekonomi	55
Tabel 8 Uji Validitas pertanyaan Aksesibilitas	55
Tabel 9 Uji Validitas Pertanyaan Pola Pencarian Pengobatan	55
Tabel 10 Uji reabilitas pertanyaan variabel karakteristik responden	56
Tabel 11 Uji reabilitas pertanyaan variabel sosio ekonomi responden	56
Tabel 12 Uji reabilitas pertanyaan variabel aksesibilitas responden	56
Tabel 13 Uji reabilitas pertanyaan variabel pola pencarian pengobatan	57
Tabel 14 Jumlah Penduduk Per Desa wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2023	63
Tabel 15 Distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	64
Tabel 16 Distribusi frekuensi sosio ekonomi responden penelitian diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	64
Tabel 17 Distribusi frekuensi Aksesibilitas fasilitas kesehatan responden Penelitian diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	65
Tabel 18 Distribusi frekuensi pola pencarian pengobatan responden Penelitian diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	66
Tabel 19 Tabulasi silang antara variabel karakteristik responden dengan pola pencarian Pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024.....	67
Tabel 20 Tabulasi silang antara variabel sosio ekonomi dengan pola pencarian pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024	69
Tabel 21 Tabulasi Silang antara variabel aksesibilitas fasilitas kesehatan dengan pola pencarian pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024	71
Tabel 22 Hasil analisis chi square (0,05) variabel independent yang berhubungan dengan varibel dependent	73
Tabel 23 Hasil analisis multivariate variabel independent terhadap varibel dependent	74
Tabel 24 Hasil analisis uji regresi logistic	74
Tabel 25 Luas Wilayah Desa dan Jenis Fasilitas yang Tersedia diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	77
Tabel 26 Luas Wilayah desa dan fasilitas Apotek serta toko obat yang tersedia di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Ilustrasi SIG	34
Gambar 2 Kerangka Teori	46
Gambar 3 Kerangka Konsep Penelitian	47
Gambar 4 Lokasi Penelitian	75
Gambar 5 Hasil Nearest Neighbour Analysis	76
Gambar 6 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Puskesmas	78
Gambar 7 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Puskesmas Pembantu	79
Gambar 8 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Apotek	81
Gambar 9 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Depot Obat	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal penelitian
Lampiran 2	Persetujuan Penelitian
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian
Lampiran 4	Tabel Scor variabel penelitian
Lampiran 5	Master tabel penelitian
Lampiran 6	Hasil Analisa Univariat
Lampiran 7	Hasil Analisa Bivariat
Lampiran 8	Hasil Analisa Multivariat
Lampiran 9	Hasil Analisa Spasial
Lampiran 10	Surat Izin permohonan izin penelitian
Lampiran 11	surat keterangan sudah melakukan penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi termasuk salah satu dari jenis penyakit tidak menular (PTM) yang menyebabkan kematian pada 41 juta jiwa setiap tahunnya sebanding dengan 71% dari mortalitas di seluruh dunia. Di negara dengan penghasilan rendah dan menengah termasuk Indonesia sebanyak 85% mortalitas disebabkan oleh hipertensi (WHO, 2019). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan pada tahun 2025, sekitar 29% populasi dunia akan mengalami hipertensi. Pada kawasan Asia, hipertensi sendiri sudah membunuh 1,5 juta jiwa setiap tahunnya. Ini menunjukkan satu dari tiga orang di Asia menderita hipertensi (WHO, 2019).

Riskesdas (2018) menunjukkan prevalensi hipertensi mengalami peningkatan kasus sebesar 34.1% di bandingkan prevalensi hipertensi pada Riskesdas (2013) sebesar 25.8%, prevalensi hipertensi di Provinsi Aceh juga mengalami peningkatan jumlah kasus hipertensi sebesar 21.5% tahun 2013 meningkat menjadi 26.45%. Meningkatnya usia harapan hidup (UHH) di Indonesia yang pada tahun 2013 sebesar 70,4 Tahun meningkat pada tahun 2028 menjadi 71,2 Tahun, diduga ikut berperan dalam pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit degeneratif yang berefek pada peningkatan prevalensi hipertensi.

Menurut Riskesdas (2018) terdapat 32,3% penderita hipertensi yang tidak teratur melakukan pengobatan dan sebesar 13,3% penderita terdiagnosis hipertensi namun sama sekali tidak minum obat. Terlihat dari kunjungan penderita hipertensi tidak teratur ke fasilitas layanan kesehatan mencapai 31,3%. Pada Provinsi aceh, sebesar 11.06 % diketahui tidak minum obat sama sekali dan sebesar 41.84 % penderita hipertensi tidak rutin minum dengan alasan sebanyak 11 % menyatakan sering lupa, 2,9% mengatakan obat tidak tersedia, 25,3% meminum obat tradisional, 5.4% menyatakan tidak tahan karena ESO (Efek Samping Obat), 6.0 % mengatakan tidak

mampu membeli obat, 26.% menyatakan tidak rutin berobat, sebesar 66.8 % menyatakan merasa sudah sehat dan sebesar 7.2% alasan yang tidak diketahui.

Sebagian penelitian menggambarkan bahwa terjadinya kenaikan prevalensi hipertensi tidak diiringi dengan bertambahnya kesadaran, pengobatan dan pemeriksaan yang dilakukan oleh penderita hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol bisa menyebabkan gangguan di berbagai organ. Kondisi ini akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada pembuluh darah, jantung, ginjal, otak, dan mata. Kejadian komplikasi semacam stroke (36%), penyakit jantung (54%) dan penyakit gagal ginjal (32%) diakibatkan karena penderita tidak menerima pengobatan yang tepat untuk kondisi penyakitnya (Nonasri, 2021; Haslindah, 2021).

Permenkes RI (2019) menjelaskan bahwa standar pelayanan minimal bidang kesehatan termuat 12 parameter pada penerapan SPM kesehatan daerah kabupaten kota diantaranya adalah pelayanan kesehatan penderita hipertensi, yang mana target tersebut yaitu 100% terdiri dari tolak ukur mutu pelayanan, kuantitas pelayanan dan mutu dari tenaga kesehatan serta pedoman teknis (Ramadhani *et al.*, 2023). Pelayanan kesehatan standar pada penderita hipertensi yaitu minimal sebulan sekali melakukan pengukuran tekanan darah, mendapatkan penyuluhan pola hidup dan kedisiplinan berobat serta melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi jika didapati kasus yang membutuhkan mekanisme rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (Diana, 2023)

Sejalan dengan hal itu penyakit hipertensi berdampak terhadap mutu hidup seseorang yang terlihat dari stamina, peran sosial, fisik, afeksi dan peran psikis individu hipertensi. Menurut Salasi *et al.* (2021) peningkatan mutu kehidupan bisa dilakukan dengan perilaku pencarian pengobatan. Perilaku yang dilakukan oleh individu, kelompok, atau penduduk dalam upaya mencari kesembuhan dikenal sebagai perilaku pencarian pengobatan (Nonasri, 2021; Salasi *et al.*, 2021)

Beragam perilaku pencarian pengobatan dalam masyarakat. Diantaranya yaitu tidak melakukan apa-apa, mengobati sendiri, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional, membeli obat di toko obat, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang disediakan oleh pemerintah atau lembaga non-pemerintah, atau mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern. Proses

mencari pengobatan membutuhkan perhatian khusus hal ini dikarenakan pola pencarian pengobatan yang tidak tepat mengakibatkan pasien mendapatkan terapi yang sesuai dengan diagnosis (Salasi *et al.*, 2021).

Rachmadani (2020) dalam penelitiannya menguraikan jika pola pencarian pengobatan adalah deskripsi dari karakter individu dalam ragam pendayagunaan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai keutuhan yang menghamparkan tingkat pengetahuan dan kepercayaan pada sarana kesehatan yang ada. Dalam pencarian pengobatan terdapat perbedaan dan cara berfikir masyarakat. Ada yang memilih pelayanan kesehatan modern seperti puskesmas, rumah sakit, dan dokter praktek dan ada pula yang memilih pengobatan tradisional. Faktor internal dan eksternal memengaruhi perilaku kesehatan. Faktor internal termasuk faktor sosio-demografi ekonomi, dan faktor sosio-kognitif, seperti pengetahuan, sikap, motivasi, persepsi lingkungan, dan pemahaman tentang "sehat" dan "sakit". Faktor eksternal termasuk sistem kesehatan yang ada di tingkat institusional, nasional, dan budaya local (Rachmadani, 2020).

Menurut Hariyanti *et al.* (2015) terdapat beberapa faktor, seperti demografi dan geografi, sosio-budaya, klinis, persepsi, dan pengetahuan, memengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Pandangan masyarakat tentang sakit juga merupakan aspek yang mempengaruhi keputusan dalam pola pencarian pengobatan. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari kebutuhan yang dirasakan oleh pasien (dirasa perlu) dan kebutuhan yang diukur oleh penyedia (dinilai perlu). Faktor sosio demografis dan sosio psikologis memengaruhi kebutuhan yang dirasakan oleh pasien (Rachmadani, 2020).

Selain hal tersebut, keterjangkauan terhadap akses layanan kesehatan sangat penting yang mempengaruhi pola pencarian pengobatan. Akses ke obat-obatan penyakit tidak menular penting tersedia di semua fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk memastikan bahwa penderita yang membutuhkan menerima pengobatan dan konseling (WHO, 2019). Dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki pengaruh yang sangat krusial. Sehingga kuantitas dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan yang ada harus proporsional. Lokasi persebaran dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan

dipengaruhi oleh aspek- aspek tertentu, baik geografis maupun nongeografis (Fatimah, 2023).

Aksesibilitas ke sarana pelayanan merupakan kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, aksesibilitas pelayanan kesehatan sangat penting karena menjadi tujuan utama masyarakat yang mengalami gangguan bagi pemenuhan kebutuhan kesehatannya, untuk itu lokasi fasilitas kesehatan harus memudahkan masyarakat dalam mengaksesnya. Aksesibilitas ini juga dilakukan sebagai salah satu sistem pendukung keputusan bagi para pengambil kebijakan dengan pembangunan dan pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan agar program pembangunan kesejahteraan berjalan efektif dan efisien (Hayati Fhitri, 2022).

Menurut Hayati Fhitri (2022) setiap masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau dalam rangka peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Kondisi ini terpenuhi apabila ketersediaan fasilitas kesehatan mudah di akses (keterjangkauan tempat, waktu). Selain hal tersebut sudah menjadi tanggung jawab pemerintah untuk menyediakan fasilitas layanan kesehatan dan fasilitas layanan umum yang layak bagi setiap masyarakatnya, dengan tujuan untuk memberi pelayanan secara lebih merata dan berkualitas terutama dalam persebaran fasilitas kesehatan dan kemudahan untuk dijangkau dari aspek lokasinya.

Berdasarkan analisis PISPK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) dari 23 Kab/kota, capaian program hanya 0,311 dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS), menunjukkan bahwa kategori keluarga pra-sehat masih ada, dan kunjungan keluarga sehat di Aceh masih 79,72 persen dari 1.099.364 keluarga yang telah dikunjungi sedangkan capaian program PIS-PK di Provinsi Aceh pada penderita hipertensi dengan indikator berobat teratur hanya sebesar 38%, (Dinkes Aceh, 2023; Darmansyah, 2021). Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Jaya capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) sebesar 0.33 dan pada indikator penderita hipertensi yang berobat teratur 59.84%. Data dari Dinas Kesehatan kabupaten Aceh Jaya, menunjukan fluktuasi kejadian hipertensi dimana diketahui pada tahun 2019 jumlah penderita hipertensi sebanyak 6.318 jiwa, pada

tahun 2020 mengalami penurunan kasus sebanyak 4.773 jiwa, tahun 2021 kembali terjadi peningkatan kasus sebanyak 6.549 jiwa dan pada tahun 2022 terjadi penurunan kasus menjadi 2.759 jiwa. Berdasarkan profil kesehatan Kab. Aceh Jaya, diketahui dari 12 puskesmas yang berada diwilayah kerja Dinas Kesehatan Aceh Jaya, prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada Puskesmas Krueng Sabee sebanyak 2.759 jiwa dan yang mendapatkan pelayanan hipertensi paling rendah sebanyak 405 jiwa atau sebesar 14.68% (Dinkes Aceh Jaya, 2021)

Puskesmas Krueng sabee merupakan salah satu Puskesmas yang menjadi binaan dari dinas kesehatan kabupaten Aceh Jaya sebagai tujuan utama masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan, aksesibilitas prasarana kesehatan sangat penting. Lokasi prasarana kesehatan harus membuat masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan dapat mengaksesnya. Masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan tentu memiliki keterbatasan untuk menuju kelokasi pelayanan kesehatan utama dalam situasi darurat seperti kecelakaan dan hal penting lainnya (Avila, 2018).

Dalam melakukan pengendalian hipertensi dibutuhkan sistem kesehatan yang kuat untuk memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pemetaan penyakit hipertensi dengan menggunakan aplikasi GIS (*Geografis Informasi system*) dapat menganalisis wilayah dengan prevalensi penderita hipertensi paling berisiko untuk dilakukan pengendalian penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini tindakan preventif dalam menyelesaikan masalah suatu penyakit pada suatu wilayah. Sistem informasi geografis dapat menyajikan laporan berbasis geografi yang lebih efisien dan efisien (Oktadoni Saputra, 2016). Hal tersebut diatas mendasari penelitian tentang pola pencarian pengobatan hipertensi dan Aksesibilitas fasilitas kesehatan diwilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.2 Rumusan Masalah

Merujuk data indikator SPM (standarr Pelayanan Minimal) dan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISK) dari indikator hipertensi yang bersumber dari dinas Kesehatan Kab. Aceh Jaya dimana belum memenuhi target nasional dan berdasarkan data profil menunjukan adanya

fluktuasi kejadian hipertensi 3 tahun terakhir. Prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada Puskesmas Krueng Sabee sebanyak 2.759 jiwa dan yang mendapatkan pelayanan hipertensi paling rendah sebanyak 405 jiwa atau sebesar 14.68%. Pemetaan penyakit hipertensi dapat menganalisis wilayah dengan prevalensi hipertensi paling berisiko untuk dilakukan pengendalian penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan berdasarkan jarak jangkauan pelayanan dan waktu tempuh terhadap fasilitas pelayanan kesehatan dan menganalisa pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada hubungan karakteristik responden dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
2. Apakah ada hubungan status hipertensi dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
3. Apakah ada hubungan Sosio ekonomi dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
4. Apakah ada hubungan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
5. Bagaimanakah distribusi spasial sebaran dan radius keterjangkauan sarana pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
6. Bagaimanakah pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?
7. Faktor apa yang paling berhubungan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mengidentifikasi pola pencarian pengobatan penderita hipertensi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan karakteristik dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee Kabupaten Aceh Jaya
2. Menganalisis hubungan status hipertensi dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee kabupaten Aceh Jaya
3. Menganalisis hubungan sosio ekonomi dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
4. Menganalisis hubungan aksesibilitas fasilitas kesehatan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
5. Mengidentifikasi distribusi spasial sebaran dan radius keterjangkauan pelayanan fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
6. Mengidentifikasi pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
7. Menganalisis factor- factor yang paling berhubungan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee pada tanggal 20 Mei sampai dengan tanggal 08 Juni tahun 2024 dengan jumlah sampel sebanyak 335 responden yang membahas dua variabel penelitian terdiri dari variabel independen yang terdiri dari karakteristik, status hipertensi, sosio ekonomi, aksesibilitas dan distribusi spasial, sedangkan variabel dependen adalah pola pencarian pengobatan. Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan

kuesioner dan observasi. Penelitian menggunakan desain cross sectional dengan pendekatan spasial dan uji statistik *Chi-square*.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1. Manfaat Teoritis

Sebagai acuan referensi, studi literatur dalam pengembangan ilmu Kesehatan Masyarakat dan referensi pengembangan teori perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) yang membantu memberikan rekomendasi praktis untuk pengelolaan sumber daya organisasi pelayanan kesehatan yang terbatas sehingga diperoleh ukuran yang efisiensi dan efektif sesuai dengan tujuan administrasi kebijakan kesehatan terkait akses fasilitas pelayanan kesehatan.

1.6.2. Manfaat praktik

Sebagai bahan informasi dan pertimbangan dalam strategi program pencegahan dan pengendalian PTM dalam upaya peningkatan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan bagi pasien hipertensi berbasis analisis geospasial.

1.7 Originilitas Penelitian

Tabel 1 Originilitas Penelitian

Peneliti dan tahun	Judul Penelitian	Desain dan Sampel Penelitian	Variabel Penelitian		Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
			Indepent	dependent			
Okuyama <i>et al.</i> (2019)	Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension	Menggunakan studi deskriptif dengan pendekatan cross-sectional	• letak geografis • aksesibilitas layanan primer	Status pengobatan hipertensi	Aksesibilitas geografis yang lebih besar ke layanan primer dikaitkan dengan penurunan risiko hipertensi pada penurunan berat badan jarak lambat dan cepat, rasio odds (OR) = 0,989 (95% Confidence Interval (CI) = 0,984, 0,994), OR = 0,989 (95%CI = 0,984, 0,993)	Pada penelitian ini variabel independent penelitian	Kesamaan pada populasi penelitian dan cara analisis data menggunakan pendekatan spasial
Ezenwa <i>et al.</i> (2022)	Prevalence of Hypertension and Health-Seeking	Penelitian deskriptif dengan desain cross-	• Karakteristik • sosio-demografi/	Pola pencarian pengobatan hipertensi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas (77,9%) dari	Pada analisa data yang digunakan dan populasi	Kesamaan pada topic penelitian dan variabel

	Behaviours of Market Women in Abia State Nigeria	sectional digunakan untuk memilih secara acak 1.360 wanita	ekonomi responden		responden memiliki tekanan darah normal dan 20,7% diantaranya menderita hipertensi. Perilaku mencari kesehatan variabel berkorelasi negatif dengan tingkat tekanan darah.	penelitian	independent penelitian
S. Gupta <i>et al.</i> (2020)	Patterns and determinants of healthcare-seeking behavior among hypertensive patients in a rural population of north India: A mixed-metho	Penelitian mix metode yang melibatkan 100 pasien hipertensi dewasa	• karakteristik demografi	Pola pencarian pengobatan	Dari total pembelajaran peserta, 66,0% responden adalah laki-laki dan 34,0% adalah perempuan. Peserta mendemonstrasikan pengetahuan umum hipertensi dan menunjukkan kesenjangan dan	Pada penelitian ini variabel independent penelitian dan metode penelitian	Kesamaan pada topic penelitian dan variabel independent penelitian

	d study				kesalahpahaman yang signifikan dalam pemahaman mereka tentang penyakit dan perlunya pencarian perawatan ahli. Ada juga kurangnya rasa percaya terhadap sistem layanan kesehatan. Berbagai demografi, sosial budaya, dan ekonomi faktor penentu perilaku mencari layanan kesehatan di layanan pasien pedesaan ini dieksplorasi.		
Nonasri (2021)	Karakteristik Dan Perilaku Mencari	Metode yang digunakan adalah studi	• karakteristik penderita hipertensi	Pola pencarian pengobatan	Perilaku mencari pengobatan pada penderita	Pada metode penelitian dan analisa	Kesamaaa adalah pada variabel

	Pengobatan (Health Seeking Behavior) Pada Penderita Hipertensi	literatur Naratif		hipertensi	hipertensi sangat bervariasi, dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong. Perilaku mencari pengobatan tersebut berupa tidak berbuat apa-apa, mengobati diri sendiri, melakukan pengobatan medis, herbal, tradisional, spiritual, maupun komplementer	data yang digunakan	penelitian dan populasi penelitian
Salasi <i>et al.</i> (2021)	Gambaran Health Seeking Behavior Penderita Hipertensi Di Masa	Menggunakan desain penelitian deskriptif dengan jumlah sampel	• karakteristik penderita hipertensi	Pola pencarian pengobatan hipertensi	Perilaku pencarian pengobatan penderita hipertensi di masa pandemi COVID-19	Pada metode penelitian dan analisa data yang digunakan	Kesamaan adalah pada variabel penelitian dan populasi penelitian

	Pandemi Covid-19	sebanyak 70 responden.			berdasarkan usia lebih banyak memilih melakukan pengobatan ke public medicine. Responden dengan pendidikan SMA memilih public medicine (60,9%), responden dengan penghasilan < Rp 2.998.000 memilih public medicine (48,9%), dan responden yang telah menderita hipertensi selama ≤ 5 tahun memilih public medicine (45,2%).		
Musinguzi <i>et al.</i> (2018)	Factors Influencing Compliance	Penelitian kualitatif deskriptif	• Faktor Sistem Kesehatan	Pola pencarian pengobatan	Pengobatan sendiri dan akses terhadap obat	Pada metode penelitian dan analisa	Kesamaam adalah pada variabel

	and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study	komunitas dan melakukan wawancara individu semi terstruktur terhadap 48 pasien yang diketahui menderita hipertensi	• karakteristik penderita hipertensi	hipertensi	antihipertensi dengan atau tanpa resep merupakan hal yang umum, begitu juga dengan penggunaan obat herbal. Pemantauan tekanan darah secara teratur bukanlah praktik yang umum. Faktor-faktor yang mempengaruhi HSB terkait dengan sistem kesehatan dan lingkungan sosial ekonomi dan struktural pasien.	data yang digunakan	penelitian dan populasi penelitian
--	---	--	--	------------	--	---------------------	------------------------------------

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Hipertensi

2.1.1. Pengertian

Menurut *American Heart Association* (AHA), tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah kekuatan darah yang mengalir tinggi melalui pembuluh darah secara konsisten. Hampir setengah dari orang dewasa Amerika memiliki tekanan darah tinggi dan banyak dari mereka tidak mengetahui mengalami tekanan darah tinggi. Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan kronis ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Hal ini mengakibatkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah (Sari, 2017; AHA, 2017).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia. Namun, hipertensi tidak dapat secara langsung membunuh penderitanya, melainkan sebagai memicu terjadinya penyakit lain memberikan dampak mematikan. Angka kejadian hipertensi dapat berimbas juga terhadap tingginya penyakit kronis lain sebagai komplikasi hipertensi seperti stroke ulang, gagal jantung, gagal ginjal dan penyakit serius lainnya menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian. (Simanjuntak, 2021)

Hipertensi dinyatakan sebagai salah satu penyakit tidak menular yang terjadi bila tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala hingga menjadi penyebab terbesar dari ketidakpatuhan melaksanakan pengobatan. (Virani SS, 2020). Menurut (Gunawan, 2023) Tekanan darah diastolik adalah tekanan darah minimal yang ditimbulkan pada arteri saat darah mengalir keluar melalui pembuluh yang lebih kecil secara bertahap; rerata diastolik (saat rileksasi) adalah 120 mmHg. Tekanan darah sistolik adalah

tekanan darah maksimal yang ditimbulkan pada arteri saat darah disemprotkan ke dalam pembuluh.

2.1.2. Klasifikasi Hipertensi

JNC VII dalam EVIA *et al.* (2022) mengelompokan tingkatan tekanan darah bagi dewasa berusia 18 tahun ke atas yang tidak sedang menjalani pengobatan tekanan darah tinggi dan tidak menderita penyakit serius dalam jangka waktu tertentu sebagai berikut:

Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah usia dewasa

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi	140	90
Stadium 1	140-159	90-99
Stadium 2	≥ 160	≥100
Hipertensi Krisis/ darurat	>180	>110

Sumber : JNC VII dalam EVIA *et al.* (2022)

Sedangkan Andriyani (2020) menyebutkan jika Hipertensi terbagi menjadi dua kategori yaitu hipertensi esensial yang dikenal sebagai hipertensi primer, yang penyebabnya tidak diketahui sekitar 90% dari hipertensi. Lebih dari 90% kasus hipertensi esensial adalah akibat dari faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetik termasuk kepekaan terhadap natrium, stres, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi insulin, dan lain-lain. Faktor lingkungan antara lain termasuk merokok, stres emosional, obesitas, dan penurunan berat badan (Dewi, 2023). Sedangkan hipertensi sekunder, yang penyebabnya diketahui sekitar 10% dari hipertensi. Antara 5-10% kasus hipertensi disebut hipertensi sekunder termasuk hipertensi renal atau akibat penyakit ginjal, hipertensi endokrin, kelaianan saraf pusat, obat-obatan, dan lain-lain (Dewi, 2023)

2.1.3. Determinan yang mempengaruhi Hipertensi

Andi Firmansyah (2018) menyebutkan jika penyebab yang memicu terjadinya hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua aspek yang tidak dapat dikendalikan dan yang dapat dikendalikan yaitu (1) aspek yang tidak bisa dikendalikan yang terdiri (a) usia dimana semakin meningkatnya usia, maka peluang menderita hipertensi menjadi semakin besar. Dikelompok usia lanjut, mayoritas hipertensi yang ditemukan karena terjadinya kenaikan tekanan darah sistolik.

Hal ini menjadi penyebab perubahan struktur pada pembuluh darah besar sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku, (b) gender, hipertensi juga dipengaruhi oleh gender, pada umumnya hipertensi jauh lebih banyak diderita hipertensi oleh kelompok pria dibandingkan dengan wanita, hal tersebut dikarenakan pria mempunyai pola hidup yang bisa meningkatkan tekanan darah. Akan tetapi, kejadian hipertensi pada kelompok wanita usia ≥ 45 tahun beresiko menjadi lebih tinggi disebabkan karena hormonal pada saat wanita akan mengalami menopause (c) faktor etnis berhubungan dengan kejadian penyakit hipertensi. Etnis kulit hitam lebih beresiko dibandingkan dengan etnis kulit putih. Hal tersebut disebabkan populasi etnis kulit hitam mempunyai sensitivitas yang lebih besar untuk mengalami keadaan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) yang cenderung akan mencetuskan keadaan hipertensi. (2) aspek yang bisa dikendalikan diantaranya (a) penggunaan garam secara berlebihan, meningkatnya tekanan darah, dipengaruhi oleh penggunaan garam.

Penggunaan garam secara berlebihan menimbulkan ginjal akan membendung cairan lebih banyak sehingga meningkatkan volume darah. Peningkatan volume darah (lebih banyak cairan) akan menyebabkan peningkatan tekanan di dalam pembuluh darah. Pada masyarakat yang mengonsumsi garam ≤ 3 gram per hari ditemukan tekanan darahnya rata-rata rendah. Sedangkan pada masyarakat yang mengonsumsi garam sekitar 7-8 gram per hari memiliki tekanan darah rata-rata yang lebih tinggi, (b) kegiatan fisik dimana olahraga yang teratur dapat menurunkan tekanan darah. Pada beberapa kasus, olahraga aerobik secara teratur tanpa disertai penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah. (c) Kebiasaan merokok yang menyebabkan masuknya zat kimia berbahaya diantaranya nikotin dan karbon monoksida yang terkandung dalam rokok kedalam tubuh manusia, merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri menyebabkan terjadinya aterosklerosis hingga tekanan darah tinggi.

Hal tersebut dibuktikan dari studi autopsi dimana terdapat hubungan yang erat antara kebiasaan merokok dengan aterosklerosis di pembuluh darah. Selain itu, merokok bisa menaikkan denyut jantung dan kebutuhan akan oksigen menuju otot-otot jantung. Dampak rusaknya pembuluh darah arteri membuat meningkat

tekanan darah pada penderita hipertensi dengan kebiasaan merokok. (d) konsumsi alkohol, di beberapa penelitian sudah membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tekanan darah dengan konsumsi alkohol. Dampak alkohol pada tekanan darah terlihat apabila meminum alkohol sekitar 2-3 gelas pada ukuran standar setiap harinya. meningkatnya tekanan darah karena alkohol diduga karena terjadi peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah, dan kekentalan darah (e) Obesitas atau kelebihan masa tubuh berhubungan terhadap peningkatan tekanan darah, terlebih pada tekanan darah sistolik. Individu dengan obesitas berat mempunyai resiko 5 kali lebih besar mengalami hipertensi dibandingkan dengan individu yang memiliki masa tubuh normal.

Obesitas dapat diketahui melalui indeks massa tubuh (IMT) yaitu perbandingan antara berat badan (kg) dengan tinggi badan (m²) (f) hiperlipidemia yang dikenal sebagai kelainan metabolisme lipid terlihat dengan peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol LDL, dan penurunan kolesterol HDL. Kolesterol menjadi penyebab utama terjadinya aterosklerosis yang menjadikan tekanan darah meningkat, (g) stress yang menyebabkan terlepasnya hormone adrenalin dari kelenjar anak ginjal dipicu oleh Stres atau kecemasan jiwa yang memacu jantung berdenyut tidak normal. Studi Framingham yang dilakukan pada wanita usia 45-64 tahun mempunyai faktor- faktor psikososial yang mempengaruhi naiknya tekanan darah dan manifestasi klinik penyakit kardiovaskular. Faktor psikososial tersebut adalah yang stress harian, tekanan ekonomi, mobilitas aktivitas, dan ketidakcocokan pernikahan.

Selain penyebab diatas, WHO juga menyebutkan penyebab pendukung yang bisa meningkatkan risiko hipertensi yaitu pendidikan, pendapatan, wilayah tempat tinggal, dan urbanisasi (WHO, 2019).

1. Pendidikan

Kemampuan manusia dalam memahami informasi yang diperoleh dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan juga berkaitan dengan kesadaran untuk mau melakukan upaya pencegahan hipertensi dan komplikasinya dengan mengetahui gejala-gejalanya.

2. Pendapatan

Pendapatan juga merupakan faktor risiko hipertensi. Secara tidak langsung, tidak memiliki pendapatan (pengangguran) dapat berdampak pada tingkat stress yang pada akhirnya berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah.

3. Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah tempat tinggal mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Kondisi tempat tinggal yang jauh dapat menghambat seseorang dalam melakukan pemeriksaan (deteksi dini) dan pengobatan, serta pencegahan komplikasi.

4. Urbanisasi

Urbanisasi yang tidak terencana cenderung memperparah kondisi hipertensi. hal ini merupakan akibat dari lingkungan yang tidak sehat dan mendorong untuk mengonsumsi makanan cepat saji, serta tidak melakukan aktivitas fisik.

2.2. Konsep Perilaku Kesehatan

2.2.1. Pengertian Perilaku kesehatan

Notoatmojo dalam Irwan (2020) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan adalah reaksi seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyektif seperti sakit dan penyakit, sistem perawatan kesehatan, makanan dan minuman, dan lingkungan. Sedangkan Perilaku sehat merupakan reaksi seseorang terhadap stimulus dari luar untuk mempertahankan kesehatan secara utuh. Tiga komponen berkontribusi pada pembentukan perilaku sehat, di antaranya adalah pengetahuan, yang merupakan produk dari penginderaan manusia melalui proses belajar atau pengetahuan seseorang tentang sesuatu melalui indranya. Intensitas perhatian dan persepsi seseorang terhadap sesuatu sangat memengaruhi pembentukan pengetahuan.

Irwan (2020) juga mendefenisikan pengetahuan tentang kesehatan adalah semua yang diketahui seseorang tentang cara menjaga kesehatan mereka dimana pengetahuan tersebut melingkupi;

1. Pengetahuan yang berhubungan dengan penyakit menular dan penyakit tidak menular;
2. Pengetahuan terkait aspek aspek yang berhubungan dengan kesehatan meliputi, gizi pangan, media air bersih, limbah, sampah atau kotoran manusia, perumahan sehat, polusi udara dan lain - lain;
3. Pengetahuan terkait sarana pelayanan kesehatan profesional dan konvensional;
4. Pengetahuan terkait cara menghindari kecelakaan, baik di rumah, di jalan, atau di tempat umum;

Notoatmodjo (2017) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan adalah reaksi organisme terhadap faktor-faktor seperti sistem perawatan kesehatan, makanan dan minuman, lingkungan, dan penyakit dan stimulus. Perilaku kesehatan dapat dimasukkan ke dalam tiga kelompok: (Rachmadani, 2020).

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*health maintenance*)

Tindakan atau upaya seseorang untuk mempertahankan atau menjaga kesehatan mereka agar tidak sakit dan berusaha untuk sembuh jika sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari tiga komponen, yaitu:

- a. Perilaku untuk menghindari penyakit, menyembuhkan diri saat sakit, dan pemulihan setelah sembuh dari penyakit
 - b. Perilaku yang meningkatkan kesehatan seseorang saat mereka sehat
Semua orang yang sehat harus berusaha untuk mencapai tingkat kesehatan terbaik mereka karena kesehatan sangat dinamis dan relatif.
 - c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman: Makanan dan minuman dapat membantu seseorang tetap sehat, tetapi juga dapat menyebabkan mereka sakit. Perilaku seseorang terhadap makanan dan minuman ini menentukan.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*).
- Perilaku ini mencakup upaya atau tindakan yang dilakukan seseorang saat menderita penyakit atau kecelakaan dan mencari pengobatan.

3. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Respons seseorang terhadap lingkungannya, baik lingkungan fisik, sosial budaya, atau yang lainnya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya, keluarganya, atau masyarakatnya. Dengan kata lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mempengaruhi kesehatannya sendiri, keluarganya, atau masyarakatnya.

2.2.2. Jenis- Jenis Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan reaksi individu terhadap faktor-faktor seperti penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan. Faktor-faktor berikut memengaruhi perilaku kesehatan: penyakit, sistem perawatan kesehatan, makanan, dan lingkungan. Respon atau reaksi organisme dapat menjadi pasif (respons yang masih tertutup) atau aktif (respons terbuka, tindakan nyata atau praktik/*psychomotor*) (Irwan, 2020)

Menurut Irwan (2020) Notoatmojo, menyebutkan jika Green menjelaskan konsep evaluasi perilaku manusia berdasarkan tingkat kesehatan. Faktor perilaku (faktor penyebab perilaku) dan faktor dari luar perilaku (faktor penyebab non-perilaku) adalah dua faktor utama yang memengaruhi tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat. Selanjutnya, tiga komponen menentukan atau membentuk perilaku, yaitu;

1. Aspek predisposisi terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Aspek pendukung terdiri dari lingkungan fisik, seperti ketersediaan atau ketersediaan fasilitas kesehatan, seperti puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
3. Aspek pendorong terdiri dari sikap dan perilaku pasien.

Menurut Leavel dan Clark, pencegahan mencakup segala kegiatan yang dilakukan untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Ini berkaitan dengan masalah kesehatan atau penyakit tertentu dan mencakup perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2017)

2.2.3. Perilaku terhadap sakit dan penyakit

Perilaku terkait dengan cara personal merespons sakit dan penyakit merupakan reaksi internal (dari dalam dirinya) dan eksternal (dari luar dirinya), baik pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap) maupun aktif (praktik) yang dilakukan terkait dengan sakit dan penyakit. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau pencegahan penyakit diantaranya; (Irwan, 2020)

1. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)
2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
3. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)
4. Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*)

2.3. Konsep pencarian bantuan/ pengobatan (*Help-Seeking Behaviour*)

2.3.1. Pengertian *Help seeking behavior*

Notoatmojo dalam Nendya (2017) menyebutkan bahwa perilaku yang ditunjukkan oleh individu atau kelompok yang mengalami masalah kesehatan atau masalah kesehatan lain sebagai upaya mereka dalam mendapatkan pengobatan untuk menyembuhkan atau mengatasi masalah kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan atau penyakit dalam keluarga mencakup diri sendiri dan anggota keluarga lainnya disebut sebagai perilaku pencarian pengobatan.

Menurut Nendya (2017) terdapat beberapa reaksi personal dalam mengatasi masalah kesehatannya yaitu;

1. Berdiam tanpa reaksi apapun
2. Melakukan pengobatan pribadi
3. Mencari pengobatan alternatif, baik tradisional maupun kontemporer

Variasi perilaku pencarian pengobatan di masyarakat dipengaruhi oleh jumlah sarana pelayanan kesehatan yang semakin bertambah, serta variasi dalam jenis, metode, dan peralatan yang tersedia di sarana pelayanan kesehatan (Rachmadani, 2020)

2.3.2. Perspektif *Help-Seeking Behavior*

Yukha (2022) menjelaskan jika terdapat dua dimensi perilaku mencari bantuan yaitu ;

1. Proses

Mengambarkan serangkaian tindakan yang dilakukan seseorang untuk mendapatkan bantuan. Proses ini berfokus pada cara seseorang bertindak atau bersikap saat meminta bantuan.

2. Bantuan

Terkait dengan atribut bantuan yang diperlukan, maka dimensi bantuan terdiri dari;

- 1) Sumber adalah cara seseorang mendapatkan bantuan berdasarkan kemampuan pemberi bantuan.
- 2) Jenis pertolongan yang berkaitan dengan bantuan nyata

2.3.3. Variabel yang mempengaruhi *Help-Seeking Behavior*

Terdapat beberapa aspek yang mendasari pribadi dalam mencari bantuan yaitu:

1. Tradisi

Orang-orang dari budaya tertentu yang tinggal di daerah dan memiliki kebiasaan tolong menolong dan kebersamaan cenderung tidak akan segan atau malu untuk mencari bantuan. Karena semua orang adalah keluarga, bantuan akan mudah didapat.

2. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin akan mempengaruhi siapa yang mencari bantuan. Perempuan cenderung mencari bantuan lebih banyak daripada laki-laki ketika mereka menghadapi masalah.

3. Tingkat Pendidikan

Karena mereka dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki lebih banyak pengetahuan daripada orang dengan tingkat pendidikan rendah, mereka cenderung mencari bantuan lebih cepat.

4. Penghasilan

Seseorang cenderung lebih cepat mencari bantuan jika mereka memiliki tingkat penghasilan yang tinggi. Menurut Santi (2022) salah satu cara untuk mengukur kesejahteraan masyarakat adalah pendapatan, yang merupakan total pendapatan seseorang atau rumah tangga selama satu tahun. Pendapatan dapat terdiri dari penghasilan dari pekerjaan, penghasilan dari hak milik, seperti sewa, serta tunjangan pemerintah.

Secara umum penghasilan didefinisikan sebagai segala macam pembayaran yang diterima oleh pekerja atau buruh dalam jangka waktu tertentu, baik dalam bentuk uang atau barang, selama suatu kegiatan ekonomi (Shintia & Abbas, 2019). Dilingkungan pemerintahan Aceh, Upah yang ditetapkan berdasarkan satuan hasil disesuaikan dengan hasil kerja yang telah diputuskan Gubernur dengan menetapkan penyesuaian UMP Aceh 2023 sebesar 7,8%, yang membuat UMP Aceh menjadi sebesar Rp. 3.413.666 pada tahun 2023 (Safrina, 2022)

5. Lingkungan

Pandangan yang terkait dengan kebutuhan untuk mendapatkan bantuan. Jika seseorang mengetahui orang lain yang pernah menghadapi masalah yang sama, mereka lebih cenderung mencari bantuan seperti yang mereka lakukan sebelumnya.

6. Motivasi

Stimulus yang tinggi yang berkeinginan untuk mengatasi masalah

2.3.4. Jenis- jenis Perilaku pencarian bantuan

Menurut Yukha (2022) Individu memiliki keinginan untuk memilih sumber bantuan untuk mengatasi masalahnya. Debra Rickwood mengklasifikasikan sumber bantuan menjadi dua kategori, yaitu:

1. *Formal Help-Seeking Behaviour* (perilaku mencari bantuan secara formal)

Pertolongan yang diberikan oleh orang yang berpengalaman dalam bidang mereka untuk memberikan saran, dukungan, dan perawatan yang relevan dikenal sebagai perilaku mencari bantuan secara formal, juga dikenal sebagai perilaku mencari bantuan secara profesional.

2. Informal *help-seeking behaviour* (perilaku mencari bantuan secara informal)
Bantuan dari orang-orang di sekitar kita, seperti teman, keluarga, ahli agama paranormal, dan dukun, serta orang lain yang mengalami masalah yang sama juga dikenal sebagai perilaku mencari bantuan secara informal, juga dikenal sebagai perilaku mencari bantuan non-profesional.

2.4. Konsep Pengobatan

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) menyatakan bahwa pengobatan berasal dari kata dasar "obat" dan memiliki arti dalam kelas nomina atau kata benda, sehingga dapat menyatakan nama seseorang, lokasi, atau semua benda atau yang dibendakan. Pengobatan berasal dari kata dasar obat dan memiliki arti dalam kelas nomina atau kata benda, sehingga dapat menyatakan nama seseorang, lokasi, atau semua benda atau yang dibendakan. Pengobatan adalah proses penyembuhan dengan bantuan, seperti terapi atau obat. Proses ini dilakukan dengan menggunakan peralatan medis, mederen, tradisional, atau alternatif. Pengobatan merupakan proses membersihkan tubuh dari penyakit yang telah didiagnosis, yang juga dikenal sebagai terapi. Terapi atau pengobatan dianggap sebagai cara untuk menyehatkan jika itu sesuai dengan standar pengobatan dan berkaitan dengan agama, kebiasaan, dan adat istiadat masyarakat yang mendukungnya, sedangkan menurut Nasrudin (2019) pengobatan dikenal sebagai suatu kebudayaan sebagai pengobatan digunakan untuk menyelamatkan diri dari penyakit yang mengganggu hidup (Nasrudin, 2019).

Menurut Notoatmodjo (2017) pencariannya untuk pengobatan oleh masyarakat terkait dengan respons seseorang saat sakit dan kebutuhan kesehatan mereka. Responden termasuk:

- a. Mengobati diri sendiri;
- b. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional;
- c. Mencari pengobatan dengan membeli obat ke toko obat; atau
- d. Mencari pengobatan ke fasilitas modern yang dimiliki oleh lembaga kesehatan swasta atau pemerintah, seperti balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit.

Disebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap keadaan dan kemampuan mereka untuk menangani sakitnya menjelaskan mengapa seseorang yang menderita penyakit berat dapat menanganinya, sementara orang lain yang menderita penyakit yang lebih ringan menghadapi tantangan sosial dan psikologis karena penyakitnya (Notoatmodjo, 2017). Notoatmodjo (2017) juga menjelaskan beberapa respon terhadap penyakit yang dideritanya:

1. Tidak melakukan apa-apa

Tidak ada tindakan yang diambil dikarenakan penyakit yang diderita tidak menyebabkan kesakitan, sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Mereka mungkin berpikir bahwa jika mereka tetap melakukan aktivitas, penyakit mereka akan hilang. Alasan lain yang sering disebutkan adalah penyedia layanan kesehatan yang jauh, petugas yang tidak ramah, ketidaksimpatian, dan ketakutan akan biaya (Notoatmodjo, 2017)

2. Pengobatan medis

Pengobatan modern yang juga dikenal sebagai pengobatan medis, mencakup penggunaan berbagai macam alat dan obat kimia canggih. Pengobatan medis dianggap sebagai pengobatan terbaik untuk menyembuhkan penyakit karena mengutamakan rasionalitas ilmu pengetahuan dan teknologi canggih. Pengobatan modern/ medis juga menggunakan alat bantu yang canggih untuk membuktikan penyakit berdasarkan pengetahuan, dan obat-obatan modern menggunakan bahan kimia sesuai dengan hasil uji laboratorium dengan menggunakan alat bantu yang canggih, pengobatan kontemporer dapat mengidentifikasi penyakit individu melalui pengetahuan kedokteran (Nasrudin, 2019)

3. Pengobatan non medis

Menurut Walcott (2009) pengobatan tradisional didefinisikan sebagai pengetahuan, keterampilan, dan praktik yang didasarkan pada teori, keyakinan, dan pengalaman masyarakat dari berbagai budaya yang digunakan untuk menjaga kesehatan dan mencegah, memperbaiki, dan mengobati penyakit fisik dan mental. Definisi ini tidak selalu dijelaskan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, ada dua jenis pengobatan tradisional yaitu:

- a. Pengobatan melalui pendekatan spiritual, yang berkaitan dengan hal-hal ghaib; dan
- b. Pengobatan melalui penggunaan obat-obatan, seperti jamu atau obat herbal.

Berdasarkan jenis pengobatan tradisional yang saat ini telah dikembangkan dan dapat dikaji, pengobatan tradisional dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu pengobatan herbal dan terapi berdasarkan prosedur tradisional. Pengobatan tradisional juga dikategorikan lagi menjadi beberapa jenis, yaitu: 1) Herbal; 2) Bahan-bahan tanaman; 3) Pengobatan herbal (*herbal preparations*); dan 4) Produk tanaman terakhir (Wangelamo, 2023)

4. Pengobatan sendiri

Pengobatan sendiri atau Swamedikasi adalah pilihan masyarakat untuk meningkatkan keterjangkauan dalam pengobatan. Ini didefinisikan sebagai upaya seseorang untuk mengobati segala keluhan pada dirinya sendiri dengan obat yang dibeli secara bebas di apotek atau toko obat tanpa menggunakan resep dokter. Sedangkan Marjan (2018) menjelaskan jika pengobatan sendiri adalah upaya orang awam sendiri untuk mengatasi penyakit atau gejala penyakitnya sendiri atau orang di sekitarnya tanpa bantuan atau saran dari ahli medis atau obat. Metode pengobatan sendiri ini dapat mencakup penggunaan obat modern atau penggunaan obat tradisional. Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa swamedikasi adalah metode menyembuhkan diri sendiri dari penyakit ringan dengan menggunakan obat modern dan tradisional tanpa bantuan dokter tetapi di bawah pengawasan apoteker.

2.5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

2.5.1. Pengertian

Kemendes RI (2019) menjelaskan fasilitas umum didefinisikan sebagai fasilitas kesehatan, yang merujuk pada sarana, prasarana, atau perlengkapan yang digunakan untuk menyediakan pelayanan dan dioperasikan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta dengan tujuan menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Fasilitas kesehatan merupakan sarana pelayanan kesehatan yang dipakai guna melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik

promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif di lakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Tingkatan pelayanan kesehatan terdiri atas tiga yaitu:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama;
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh pemerintah daerah dengan mempertimbangkan:(Kemenkes RI, 2019)

1. Luas wilayah;
2. Kebutuhan kesehatan;
3. Jumlah dan persebaran penduduk;
4. Pola penyakit;
5. Pemanfaatannya;
6. Fungsi sosial; dan
7. Kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.

2.5.2.Jenis- jenis Fasilitas Kesehatan

1. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bentuk institusi kesehatan yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dan menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit ini harus dibentuk sebagai unit pelaksana teknis daerah yang bertanggung jawab atas bidang kesehatan dan dioperasikan oleh penyedia layanan publik atau instalasi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Kesehatan. Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Kemenkes RI, 2020).

2. Puskesmas

Puskesmas merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima maupun terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas agar mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan pada perorangan.

Puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Sebagai langkah awal dari program keperawatan kesehatan masyarakat, fungsi dan peran puskesmas bukan saja persoalan teknis medis tetapi juga berbagai keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisir model sosial yang ada di masyarakat, juga sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terkecil dan membutuhkan strategi dalam hal pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan secara mandiri.

3. Puskesmas Pembantu

Aksesibilitas pelayanan Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan yaitu Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Bidan Desa. Puskesmas Pembantu merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas Pembantu merupakan bagian integral Puskesmas, yang harus dibangun secara berkala oleh Puskesmas. Puskesmas Pembantu memiliki fungsi sebagai penunjang dan membantu melaksanakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas di wilayah kerjanya. Tujuan didirikan Puskesmas Pembantu adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas Pembantu didirikan dengan perbandingan 1 Puskesmas Pembantu untuk melayani 2 (dua) atau 3 (tiga) desa/kelurahan (Kemenkes RI, 2019).

Jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Pembantu lebih sedikit dibandingkan dengan pelayanan di Puskesmas karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki

oleh Puskesmas Pembantu. Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Pembantu hanya terdiri dari perawat dan bidan saja yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan atas usulan Kepala Puskesmas, sehingga pelayanan yang diberikan hanya terbatas. Pada kasus-kasus penyakit yang lebih berat harus dirujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Cakupan sarana dalam SNI ini meliputi sarana hunian, pemerintahan dan pelayanan umum, pendidikan dan pembelajaran, kesehatan, peribadatan, perdagangan dan niaga, kebudayaan dan rekreasi, serta sarana ruang terbuka, taman dan lapangan olahraga (Kemenkes RI, 2019).

2.5.3. Aksesibilitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka butuhkan. Hak formal untuk pelayanan kesehatan saja tidak cukup, masyarakat yang membutuhkan harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jangka waktu yang wajar. Tingkat aksesibilitas wilayah dapat ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya sistem jaringan transportasi, ketersediaan jalan, sarana transportasi, kualitas dan kuantitas jalan, dan tata guna lahan (Laksono, 2016).

Aksesibilitas ini diharapkan dapat mengatasi beberapa hambatan mobilitas, baik berhubungan dengan mobilitas fisik, misalnya yaitu dengan mengakses jalan raya, pertokoan, gedung perkantoran, sekolah, pusat kebudayaan, lokasi industri dan rekreasi baik aktivitas non fisik seperti kesempatan untuk bekerja, memperoleh pendidikan, mengakses informasi, mendapat perlindungan dan jaminan hukum. Aksesibilitas juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah topografi, sebab dapat menjadi penghalang bagi kelancaran untuk mengadakan interaksi disuatu daerah (Hayati Fhitri, 2022).

Keadaan hidrologi seperti sungai, danau, rawa, dan laut juga sangat berpengaruh terhadap perkembangan dan pembangunan pertanian, perikanan, perhubungan, perindustrian, kepariwisataan. Jadi tinggi rendahnya wilayah sangat tergantung pada morfologi, topografi, dan laut juga sistem jaringan serta tersedianya sarana dan prasarana pendukung untuk memperlancar berbagai hubungan antara daerah sekitarnya (Aprella, 2017).

Aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal yang sangat multidimensional. Aksesibilitas tidak hanya dipengaruhi oleh faktor supply semacam ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas, tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa hal yang justru bisa menjadi hambatan bila tidak dikelola dan diantisipasi dengan baik. Misalnya, kondisi geografis dan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan (Melya, 2017).

Keterjangkauan berdasarkan konsep *Neighborhood Unit* dipahami sebagai lingkungan fisik dengan definisi yang jelas, adanya pelayanan fasilitas sosial untuk tingkat rendah dalam melayani sejumlah penduduk. Konsep ini diperkenalkan Clarence Perry, berkembang pada tahun 1929 sebagai rancangan untuk merencanakan suatu lingkungan yang berdasarkan pada pemikiran psikologis hingga populer dengan ide perumahan ideal (Hayati Fhitri, 2022). Standar jarak dan waktu tempuh pada sarana fasilitas masyarakat menurut konsep *Neighborhood Unit* dibagi ke dalam lima kategori sebagai berikut:

Tabel 3 Jarak dan Waktu Tempuh dari Tempat Tinggal ke Lokasi Sarana

No.	Kategori	Jarak (meter)
1	Sangat dekat	0-300
2	Dekat	300-600
3	Sedang	600-1200
4	Cukup Jauh	1200-3000
5	Jauh	>3000

Sumber: SNI, 2004

Jangkauan pelayanan sering kali dikaitkan dengan kemampuan pengguna layanan terhadap jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan. Pengguna layanan cenderung memilih layanan yang dekat, dengan waktu tempuh perjalanan yang singkat. Dengan begitu efektivitas waktu, biaya, serta ketercapaian menggunakan pelayanan akan lebih cepat didapatkan. Jangkauan terpengaruh juga dari ketersediaan transportasi pengguna menuju area pelayanan. Kemudahan menuju sarana tersebut dapat membantu menempuh jarak yang jauh dan menunjukkan aksesibilitas lokasi sarana. Akses fasilitas kesehatan non UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat) yang meliputi rumah sakit, puskesmas, pustu, praktek dokter, praktek bidan, beberapa indikator menyatakan aksesibilitas pelayanan

fasilitas kesehatan diantaranya waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan. Tabel berikut akan menjelaskan jangkauan pelayanan dari sisi waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan menuju fasilitas kesehatan (Nainggolan, 2016).

Jangkauan pelayanan juga mampu diartikan sebagai seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada, fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan. Puskesmas harus di dirikan pada setiap kecamatan, dan radius jangkauan pelayanan di Indonesia diatur secara standar (SPM) yang tertuang dalam SNI 03-1733-2004 tentang tata cara perencanaan lingkungan perumahan di perkotaan. Berikut standar yang digunakan untuk jangkauan fasilitas kesehatan di suatu wilayah menurut SNI 03-1733-2004 (SNI, 2004).

Tabel 4 Radius Jangkauan Sarana Kesehatan

No	Jenis Sarana	Jumlah (Jiwa)	Kebutuhan Per Satuan Sarana			Keterangan
			Standar (m ² /jiw)	Radius Pencapaian (m)	Lokasi dan Penyelesaian	
1	Posyandu	1.250	0,048	500	Ditengah kelompok tetangga/ tidak menyembrang jalan	Dapat bergabung dengan warga atau sarana hunian/ rumahan
2	Balai Pengobatan warga	2.500	0,12	1.000	Ditengah kelompok tetangga tidak menyeberang jalan	Dapat bergabung dalam lokasi balai warga
3	BKIA/Klinik Bersalin	30.000	0,1	4.000	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	
4	Puskesmas pembantu dan balai pengobatan lingkungan	30.000	0,006	1.500	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	Dapat bergabung dalam lokasi kantor kelurahan
5	Puskesmas dan balai pengobatan	120.000	0,008	3.000	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	Dapat bergabung dalam lokasi kantor kelurahan

No	Jenis Sarana	Jumlah (Jiwa)		Kebutuhan Per Satuan Sarana		Keterangan
6	Tempat Praktek Dokter	5.000		1.500	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	Dapat bersatu dengan rumah tinggal/tempat usaha/apotek
7	Apotek/Rumah Obat	30.000	0,0025	1.500	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	
8	Rumah Sakit	240.000				

Sumber: SNI, 2004

Jangkauan pelayanan juga mampu diartikan sebagai seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada, fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan (Kemenkes RI, 2019; SNI, 2004).

2.6. Pengertian Sistem Informasi Geografis

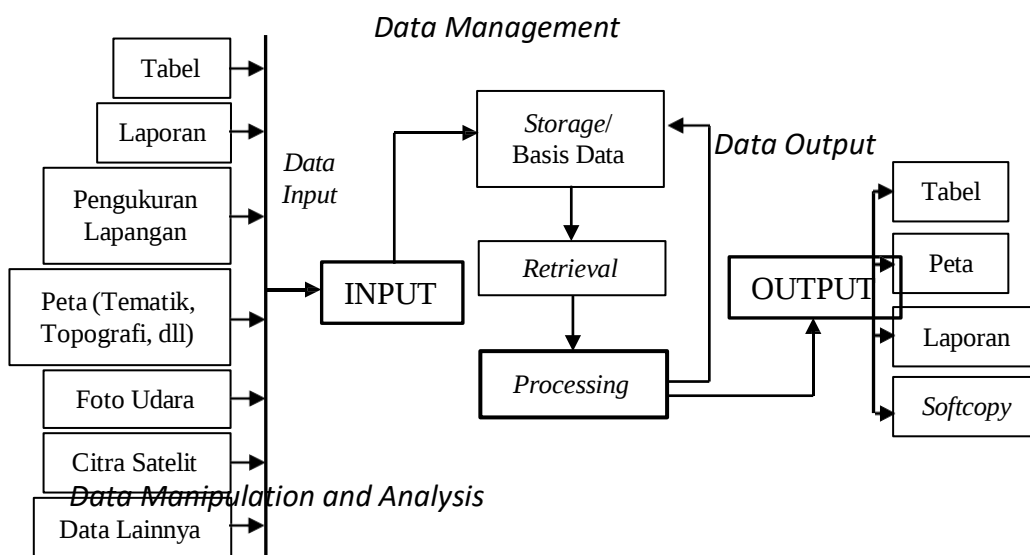
Sistem Informasi Georafis (GIS) adalah sistem informasi yang berbasis komputer yang dirancang untuk bekerja dengan data yang memiliki informasi spasial (referensi keruangan). Sistem ini mengumpulkan, mengecek, mengintegrasikan, memanipulasi, menganalisa, dan menampilkan data yang mengacu pada kondisi bumi secara spasial (Anik Vega Vitianingsih *et al.*, 2023).

Dengan pertumbuhannya saat ini, sistem informasi geografis (SIG) telah menjadi alat yang membantu proses perencanaan berbasis komunitas dan proses pengambilan keputusan ilmiah untuk aktivitas pengembangan program. Sistem Informasi Geografis (SIG) adalah suatu sistem (berbasis komputer) yang digunakan untuk menyimpan dan memanipulasi informasi geografis. Sistem Informasi Geografis (SIG) memiliki kemampuan untuk membangun, memanipulasi, dan menampilkan informasi yang memiliki referensi geografis.

Tujuan dari SIG adalah untuk mengumpulkan, menyimpan, dan menganalisis objek dan fenomena, termasuk fenomena yang melibatkan lokasi geografis. Teknik SIG menggabungkan operasi-operasi umum database, seperti pertanyaan dan analisis statistik, dengan kemampuan visualisasi dan analisis yang berbeda dari pemetaan. Kemampuan ini membedakan SIG dari sistem informasi lain dan membuatnya berguna untuk berbagai pihak untuk merencanakan strategi,

menjelaskan kejadian, dan memprediksi apa yang akan terjadi. Sistem Informasi Geografis (SIG) adalah sistem komputer yang terdiri dari subsistem yang memiliki empat kemampuan untuk menangani data yang berkaitan dengan referensi geografis, yaitu sebagai berikut: (Setyawan, 2014).

1. Data input: subsistem ini bertanggung jawab untuk mengumpulkan, mempersiapkan, dan menyimpan data spasial dan atributnya dari berbagai sumber.
2. Data output: subsistem ini memiliki kemampuan untuk menampilkan atau menghasilkan keluaran data secara keseluruhan atau sebagian dalam bentuk laporan, tabel, grafik, atau peta.
3. Manajemen data: subsistem ini bertanggung jawab untuk mengorganisasikan data, baik data spasial maupun atributnya yang terkait, ke dalam sistem basis data sehingga mudah untuk Karena itu, subsistem ini juga disebut sebagai subsistem penyimpanan dan pemanggilan
4. Data populasi dan analisis: subsistem ini melakukan manipulasi dan pemodelan data untuk menghasilkan informasi yang diharapkan dari Sistem Informasi Geografis (SIG).



Gambar 1 Ilustrasi SIG

Untuk meningkatkan hasil klasifikasi, sistem pengolahan gambar digital harus mengintegrasikan Sistem Informasi Geografis (SIG). Dengan demikian, peran teknologi SIG dapat diterapkan pada operasionalisasi penginderaan jauh satelit.

Karena sumber data sebagian besar berasal dari data penginderaan jauh baik satelit maupun terestrial (uji lapangan) terdigitasi, teknologi SIG erat kaitannya dengan penginderaan jauh. Namun, penginderaan jauh bukanlah satu-satunya ilmu yang mendukung sistem ini. Teknologi komputer digital digunakan untuk mengelola dan membuat keputusan, menyimpan data spasial dan survei terestrial dalam basis data.

Data dari peta digital yang tersimpan dalam basis data diorganisasikan dan dimanfaatkan secara teknis oleh SIG. Dalam sistem informasi geografis, dunia nyata digambarkan dalam data peta digital, yang menunjukkan posisi ruang (ruang), klasifikasi, atribut, dan hubungan antar item data. Dalam sistem informasi geografis, rincian data ditentukan oleh ukuran satuan pemetaan terkecil yang dikumpulkan dalam basis data; dalam bahasa pemetaan, ini disebut sebagai peta dasar (Setyawan, 2014).

Menurut Noor Alis Setiyadi *et al.* (2021) beberapa elemen yang terdapat dalam Sistem Informasi Geografis yaitu (a) perangkat keras, (b) perangkat lunak (c) data (d) orang dan metode. Elemen-elemen tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Orang (*people*)

Individu yang memerlukan SIG untuk menjawab masalah yang berkaitan dengan data tertentu. Dalam kesehatan masyarakat, individu menggunakan SIG untuk pengkajian tema penelitian yang bervariasi. Misalnya peneliti melakukan indentifikasi sasaran imunisasi polio di wilayah terpencil secara geografis

2. Evidensi (*Science*)

Terdapat dua jenis data dalam Sistem informasi geografis yaitu

- a. Data vector meliputi karakteristik spasial (titik, garis dan polygon) dan simbol terkait jenis data yang dimaksud (informasi deskriptif)
- b. Data raster, data yang disimpan secara elektronik

Mayoritas data yang akan digunakan dalam SIG merupakan jenis data spasial, data yang berorientasi geografis mempunyai bentuk koordinat tertentu sebagai dasar referensinya memiliki elemen utama yang

membedakannya dengan data yang lain yaitu informasi lokasi (spasial) dan informasi deskripsi seperti yang di jabarkan sebagai berikut

- a. Informasi lokasi (spasial) berhubungan dengan suatu koordinat geografi (bujur dan lintang) koordinat XYZ, serta informasi datum dan proyeksi termasuk didalamnya.
 - b. Informasi symbol (atribut) atau data nonspasial yang merupakan data yang mempunyai keterangan yang berkaitan dengan populasi, luasan, jenis vegetasi dan lain lain
3. Analisis
merupakan mekanisme memanfaatkan data spasial untuk menjawab permasalahan
 4. Perangkat keras (*hardware*)
Perangkat lunak SIG yang di gerakan oleh computer seperti kapasitas memori atau penyimpanan dan komputasi mengingat data spasial meliputi banyak symbol yang menggunakan penyimpanan yang besar
 5. Perangkat lunak (*software*)
Program SIG yang akan digunakan, termasuk Arcgis dan Qgis. Untuk meningkatkan fungsionalitasnya, program ini dapat digunakan bersama dengan jenis perangkat lunak lainnya, seperti database, paket statistik, atau bahasa pemrograman. Data geografis dan atribut dapat berasal dari survei global positioning system (GPS), digitasi peta SIK yang telah ada, data set lainnya seperti survei dan sensus, hasil analisis, dan manajemen basis data.

2.6.1. Manfaat SIG (sistem Informasi Geografis) dalam Kesehatan masyarakat

Menurut Noor Alis Setiyadi *et al.* (2021) Sig memberikan pelajaran dan perspektif yang berbeda tentang fenomena di Bumi karena keterkaitannya dengan berbagai bidang ilmu. Pengetahuan digital yang diberikan oleh SIG digunakan untuk menyelidiki hubungan antara manusia, kesehatan, kesejahteraan, dan perubahan fisik serta lingkungan sosial. Demensi spasial kesehatan dan perawatan telah didokumentasikan sejak lama.

Seorang ahli kesehatan masyarakat yang bernama John Snow dianggap sebagai pelopor perkembangan penggunaan Sistem Informasi Geografis (SIG). Pada

tahun 1854, dia melakukan pemetaan kasus Kolera di Soho, London, untuk akhirnya menemukan sumber penularan penyakit Kolera. Dengan pesatnya perkembangan masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat menghadapi tantangan karena heterogenitas populasi yang semakin berkembang, yang menyebabkan penyakit menjadi semakin kompleks berikut faktor penyebabnya. Sistem informasi Geografis akan sangat membantu proses pelayanan kesehatan kepada masyarakat karena dapat digunakan untuk menentukan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, mengidentifikasi lokasi pelayanan kesehatan masyarakat yang mudah diakses, dan bahkan mengetahui kecenderungan penyakit yang terjadi dalam masyarakat (Noor Alis Setiyadi *et al.*, 2021)

Metode analisis spasial dapat menyelesaikan banyak masalah dalam aktivitas sehari-hari. Hasil analisis spasial yang dihasilkan oleh pemodelan Sistem Informasi Geografis (SIG) setidaknya dapat digunakan sebagai dasar kebijakan atau pengambilan keputusan. Beberapa penelitian SIG dalam bidang kesehatan terkait analisis spasial diantaranya tentang hubungan antara polusi udara jalan raya dan kasus penyakit saluran pernapasan, yang menunjukkan bahwa sistem informasi geografis memiliki nilai tambahan dalam penelitian kesehatan lingkungan. Selain itu, penelitian yang dilakukan untuk meneliti hubungan antara arus lalu lintas dan insiden asma pada anak-anak di California. Penelitian tersebut menemukan bahwa paparan arus lalu lintas yang tinggi berkorelasi dengan lebih banyak kunjungan medis yang dilakukan oleh anak-anak yang menderita asma. Selain itu, partikel polutan udara yang berasal dari kendaraan yang mengemudi di jalan raya juga dapat menyebabkan kematian anak-anak yang menderita asma. Hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi kesehatan yang lebih jelas dapat diperoleh melalui pemodelan Sistem Informasi Geografis (SIG) yang menggunakan pendekatan analisis spasial temporal (Setyawan, 2014)

Salah satu kemajuan kesehatan masyarakat yang menarik dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) adalah epidemiologi spasial. Menurut Elliot dan Wartenberg (2004) dalam bukunya *Spatial Epidemiology: Current Approaches and Future Challenges* disiplin ilmu ini dikenal sebagai epidemiologi ruang dan berfokus pada faktor-faktor berikut: geografi, lingkungan, perilaku, sosial ekonomi, genetika,

dan faktor risiko penularan. Epidemiologi spasial menghasilkan pemetaan penyakit (*Diseases Mapping*), studi korelasi geografis (*Geographical Correlation Studies*), pengelompokan penyakit (*Diseases Kluster*), dan pengawasan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), SIG dapat digunakan untuk tujuan berikut:

1. Menentukan Distribusi Geografis Penyakit;
2. Analisis Trend Spasial dan Temporal;
3. Pemetaan Populasi Berisiko;
4. Stratifikasi Faktor Risiko;
5. Penilaian Distribusi Sumber Daya;
6. Perencanaan dan Penentuan Intervensi; dan
7. Pengawasan Penyakit.

2.6.2. Analisis Spasial

Analisis spasial adalah upaya untuk menemukan pola atau hubungan potensial di antara elemen geografis melalui penggunaan hitungan dan evaluasi logika. Dengan kata lain, analisis spasial adalah sekumpulan metode untuk menganalisis data spasial, dan hasilnya sangat bergantung pada lokasi obyek yang sedang dianalisis, yang memerlukan akses baik terhadap lokasi maupun atributnya. Dengan demikian, fungsi analisis spasial dapat memberikan informasi khusus tentang peristiwa yang sedang terjadi pada suatu area atau unsur geografis, serta perubahan atau transformasi yang terjadi pada lokasi atau unsur geografis tersebut.

Sistem Informasi Geografis (SIG) memiliki kemampuan untuk menjawab pertanyaan spasial dan non-spasial serta kombinasi dari keduanya untuk menyediakan solusi untuk masalah keruangan. Ini menunjukkan bahwa sistem dimaksudkan untuk mendukung berbagai jenis analisis informasi geografis, seperti teknik yang digunakan untuk meneliti dan mengeksplorasi data dari perspektif keruangan, mengembangkan dan menguji model-model, dan menyajikan kembali data sehingga lebih mudah dipahami dan dipahami. Fungsi atau teknik analisis seperti ini disebut dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) sebagai analisis spasial. Beberapa tujuan analisis spasial yang dimaksudkan dalam hal ini adalah (Setyawan, 2014).

1. Klasifikasi, juga dikenal sebagai reklasifikasi, adalah fungsi analisis spasial yang memungkinkan data untuk diklasifikasikan kembali dan diubah menjadi data spasial baru berdasarkan karakteristik atau karakteristik tertentu.
2. *Network* atau jaringan, berfungsi memungkinkan sumber daya berpindah dari satu tempat ke tempat lain melalui komponen buatan manusia yang membentuk jaringan yang saling terhubung satu sama lain.
3. *Overlay*, fungsionalitas menghasilkan lapisan data spasial baru yang merupakan hasil kombinasi dari minimal dua lapisan yang dimasukkan; ini dilakukan dengan menggabungkan dua peta atau lebih dalam area yang sama, menghasilkan peta sintesis.
4. *Buffering*, menghasilkan lapisan data spasial baru yang berbentuk poligon dengan jarak tertentu dari elemen spasial yang dimasukkan. Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi area penyangga suatu kawasan, garis, atau koridor.
5. *Clustering* adalah teknik klasifikasi yang digunakan untuk mengelompokkan piksel citra berdasarkan aspek statistik semata. Analisis ini juga mengelompokkan objek berdasarkan fitur mereka, sehingga objek yang paling mirip dengan yang lain akan berada dalam kluster yang sama.
6. *Interpolasi* adalah teknik menduga nilai yang tidak diketahui dengan menggunakan nilai yang diketahui di sekitarnya. Titik—titik-titik di sekitarnya dapat tersusun dengan cara yang teratur atau tidak teratur. Kualitas hasil interpolasi bergantung pada penyebaran dan keakuratan titik yang diketahui serta fungsi matematika yang digunakan untuk menduga model, yang menghasilkan nilai yang dapat diterima. Dalam Sistem Informasi Geografis (SIG), penghitungan matematis dilakukan untuk menghasilkan peta hasil yang memenuhi kriteria yang diinginkan dalam bentuk keruangan.

Pendekatan spasial dengan analisis Sistem Informasi Geografis penting dilakukan karena dapat ditentukan faktor risiko suatu penyakit dan kejadian suatu penyakit di suatu wilayah. Pada dasarnya, istilah system informasi geografis (SIG) merupakan gabungan tiga unsur pokok: system, informasi dan geografis. SIG merupakan kombinasi perangkat keras dan perangkat lunak sistem komputer yang

memungkinkan penggunaanya untuk mengelola (manage), menganalisa, dan memetakan informasi spasial berikut data atributnya (data deskriptif) dengan akurasi kartografis (Wartono, 2017).

Strategi kelokasian atau pendekatan keruangan/spasial sangat penting saat melakukan analisis gejala-gejala yang terjadi pada struktur bumi, baik bersifat fisik maupun yang bersifat sosial kemasyarakatan seperti ekonomi, politik, lingkungan, budaya dan sebagainya. Hal tersebut dikarenakan gejala-gejala alam itu dapat diketahui petunjuknya secara utuh berikut lokasi dan polanya, ini bisa membantu dalam mengatasi atau mencari pemecahan dari permasalahan terkait struktur bumi (Rasyidah, 2021).

Untuk mendapatkan informasi menyeluruh maka diperlukan mekanisme yang tepat dan akurat salah satunya adalah metode pemetaan, yang bisa menggambarkan obyek-obyek pada permukaan bumi ini pada wadah yang lebih kecil agar sederhana dipahami. Akan tetapi pemetaan belum cukup, sehingga dibutuhkan data-data atau informasi lainnya pun yang berhubungan perlu digambarkan atau tersedia secara lokasional pula. Sehingga peta dan data (database) nya perlu dihubungkan dengan alat yang tepat (Rasyidah, 2021).

2.6.3. Nearest neighbor analysis

Salah satu metode analisis pola spasial adalah analisis tetangga terdekat, atau dikenal sebagai *nearest neighbor analysis*. Pola spasial, juga dikenal sebagai pola ruang, berasal dari lokasi objek geografis sesuai dengan atributnya. Pola spasial objek geografis merupakan hasil dari proses fisik atau budaya yang terjadi di permukaan bumi, dan pola ini merupakan konsep statistika karena menunjukkan bagaimana objek geografis terdistribusi pada satu waktu tertentu. Perubahan pola spasial yang terjadi dari waktu ke waktu menggambarkan proses spasial yang ditentukan oleh faktor lingkungan atau budaya. Analisis spasial ini merupakan alat yang dapat digunakan untuk menggambarkan dan menganalisis bagaimana objek geografis atau peristiwa terjadi dan berubah di suatu lokasi, serta untuk memberikan gambaran tentang bagaimana fenomena geografis terdistribusi dan bagaimana mereka dibandingkan dengan yang lain. Selain itu, statistik spasial juga dapat menggambarkan pola yang terbentuk oleh sekumpulan objek geografis

sehingga dapat dibandingkan dengan pola yang ditemukan di lokasi lain. Ada tiga jenis pola spasial: berkelompok (*clustered*), tersebar (*dispersed*), dan acak (Esri, 2014)

Menurut Bangun (2021) jika nilai indeks (rasio rata-rata dekat) kurang dari 1, pola tersebut menunjukkan kelompokan atau kelompokan. Jika nilai indeks lebih besar dari 1, pola tersebut menunjukkan tren menuju penyebaran. Dalam statistik tetangga terdekat rata-rata, lima nilai diberikan: jarak rata-rata yang diamati, jarak rata-rata yang diharapkan, skor z, dan nilai p. Skor z dan nilai p berfungsi sebagai ukuran signifikansi untuk menentukan apakah menerima atau menolak hipotesis nol. Hipotesis nol menunjukkan bahwa fitur didistribusikan secara acak. Nilai probabilitas, juga dikenal sebagai nilai p, Hipotesis nol dapat ditolak ketika nilai-p sangat kecil. Ini karena sangat tidak mungkin pola spasial yang diamati adalah hasil dari proses acak. Sementara skor z atau z adalah standar deviasi, dan skor z yang sangat tinggi atau sangat rendah (negatif) terkait dengan nilai p yang sangat kecil ditemukan di ekor distribusi normal. Jika analisis pola menemukan nilai p yang sangat kecil dan skor z yang sangat tinggi atau sangat rendah, maka pola spasial yang diamati tidak mungkin mencerminkan pola acak teoritis yang diwakili oleh hipotesis nol.

Solihin (2023) mengkategorikan pola Indeks persebaran sebagai berikut :(a) jumlah T berkisar dari 0 – 0,7, menunjukkan pola mengelompok atau bergerombol (*Cluster Pattern*), (b) jumlah T berkisar dari 0,8 – 1,4, menunjukkan pola acak atau tersebar tidak merata (*Random Pattern*), dan (c) jumlah T berkisardari 1,5 – 2,15 menunjukkan pola seragam atau tersebar merata (*Uniform /Dispersed Pattern*).

2.6.4. Buffering analysis

Analisis *buffer* digunakan untuk menemukan daerah sekitar fitur geografis. Proses ini menghasilkan daerah cakupan (*range*) di sekitar fitur geografis, yang kemudian dapat digunakan untuk menemukan atau memilih fitur berdasarkan letak objek yang berada di dalam atau di luar batas *buffer*. Hasil dari analisis *buffer* ini adalah bentukan poligon di sekitar objek. *Buffer* adalah fasilitas dalam perangkat lunak GIS yang memungkinkan kita membuat batasan area tertentu untuk obyek yang kita inginkan. Misalnya, kita ingin membuat batasan 200 meter dari penggal

jalan atau sungai atau radius tertentu dari pusat kota. Proses analisis yang dikenal sebagai buffer juga digunakan untuk membuat fitur tambahan di sekeliling fitur asli dalam jarak tertentu. Untuk fitur titik, garis, atau poligon, buffer dapat digunakan. Metode buffering digunakan untuk mengevaluasi radius jangkauan pelayanan fasilitas kesehatan Puskesmas (Budiman, 2017).

2.6.5. Network analysis

Network analysis merupakan salah satu metode analisis dalam sistem informasi geografi (SIG) yang digunakan untuk melakukan analisis spasial berbasis jaringan seperti rute, arah perjalanan, fasilitas terdekat dan analisis mengenai jangkauan pelayanan suatu sarana. Perangkat lunak SIG Network Analyst menggunakan fitur titik dan garis topologi yang dikemas dalam data set jaringan. Trenggana (2019) juga menjelaskan jika ada 6 fungsi analisis network diantaranya adalah: (a) *New Route* yang menjelaskan rute perjalanan terbaik menurut jarak dan waktu tempuh dari titik asal menuju titik tujuan; (b) *New Service Area* digunakan untuk menunjukkan jangkauan pusat layanan berdasarkan jarak atau waktu tempuh perjalanan; (c) *New Closest Facilities* bertujuan menggambarkan pusat layanan terdekat dari tempat kejadian (incident), (d) *New O – D matrix* berfungsi menghitung jarak atau waktu tempuh dari titik asal ke berbagai titik tujuan; (e) *New Vehicle Routing Problem* untuk menggambarkan rute perjalanan terbaik dalam melayani sejumlah konsumen; (f) *New Location-Allocation* untuk memilih pusat layanan dari sejumlah pusat layanan yang diajukan.

2.6.6. Elemen Kesehatan yang dapat menggunakan pendekatan SIG

Sistem informasi geografis kesehatan adalah kumpulan masalah yang berkaitan dengan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, analisis dan penyimpulan data, penyampaian data, dan pelaporan. Tujuan sistem ini adalah untuk meningkatkan manajemen pelayanan kesehatan di semua tingkatan (Noor Alis Setiyadi *et al.*, 2021)

1. Desentralisasi kesehatan

Sistem informasi geografis kesehatan adalah alat yang menggambarkan masalah kesehatan dan mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan secara khusus untuk digunakan dalam proses pengambilan keputusan dan

untuk menganalisis epidemiologi dan manajemen kesehatan masyarakat. Salah satu aplikasi utama sistem informasi geografis kesehatan adalah deskripsi spasial peristiwa kesehatan, faktor resiko, kelompok resiko, dan identifikasi area beresiko tinggi, situasi kesehatan, dan ancaman kesehatan lainnya serta perencanaan dan pemrograman kegiatan kesehatan, dan evaluasi pada intervensi kesehatan.

Di Indonesia, SIG telah digunakan untuk pemetaan survei, terutama untuk produk berkualitas tinggi seperti peta, grafik, dan tabel. Kualitas peta SIG tergantung pada presisi geografis, representasi pola, dan warna objek definisi acara. Pembuatan kebijakan geografis akan didukung oleh penyederhanaan manajemen SIG, integrasi dengan data kesehatan masyarakat, dan ketersediaan perangkat lunak SIG yang ramah penggunaan

2. Sistem kesehatan

Perangkat lunak sistem informasi geografis sangat membantu dalam memetakan cakupan dan distribusi spasial layanan kesehatan. Ini juga berfungsi sebagai alat untuk menentukan area geografis yang ingin ditargetkan dalam kegiatan pengembangan layanan kesehatan. Sistem informasi geografis dapat meningkatkan sistem informasi kesehatan dalam 3 wilayah penting yaitu

- a. Komunikasi data; peta menampilkan data yang sudah ada dalam bentuk yang mudah dipahami oleh orang awam, media, praktisi kesehatan, dan pembuat keputusan.
- b. Analisis data; Misalnya, analisis spasial memerlukan penggunaan sistem informasi geografis untuk menghitung populasi di sekitar lokasi pasien tuberculosis aktif. Selain itu, hasil analisis statistik dapat ditampilkan dalam bentuk peta.
- c. Pendukung kebijakan; Sistem informasi geografis adalah alat yang berharga untuk mendukung keputusan karena mudah dipegang dan menampilkan indikator sistem informasi kesehatan serta hasil analisis data. Peta juga dengan mudah menunjukkan ketidaksetaraan geografis yang terkait dengan alokasi sumber daya, kinerja pelayanan kesehatan,

dan hasil kesehatan. Peta adalah suatu platform yang dapat digunakan bersama untuk menampilkan informasi dari berbagai bidang, termasuk pendidikan, pembangunan ekonomi, infrastruktur, keuangan, pertanian, dll.

3. Pencegahan penyakit; Sig sangat penting untuk pencegahan penyakit. Analisis kelompokan spasial, salah satu fitur SIG, dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola penyebaran spasial suatu penyakit, yang kemudian dapat dievaluasi terkait dengan faktor lingkungan. Selain itu, teknologi ini dapat digunakan untuk mengetahui pola spasial pusat pelayanan kesehatan masyarakat. Ini dapat membantu dalam perencanaan saat memilih tempat untuk membangun fasilitas kesehatan yang baru. Beberapa fungsi analisis spasial yang sering digunakan dalam analisis data kesehatan yaitu:
 - a. *Buffering*: untuk melihat jangkauan/ cakupan wilayah suatu kejadian kasus
 - b. *Overlay analysis* untuk mengetahui lokasi kejadian kasus diarea tertentu
 - c. *Network analisis* menggunakan karakteristik jaringan seperti perjalananan , ketersediaan transportasi untuk melihat pergerakan atau perpindahan suatu sumber daya dari suatu lokasi ke lokasi lain, misalnya mengukur berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengakses suatu fasilitas kesehatan.

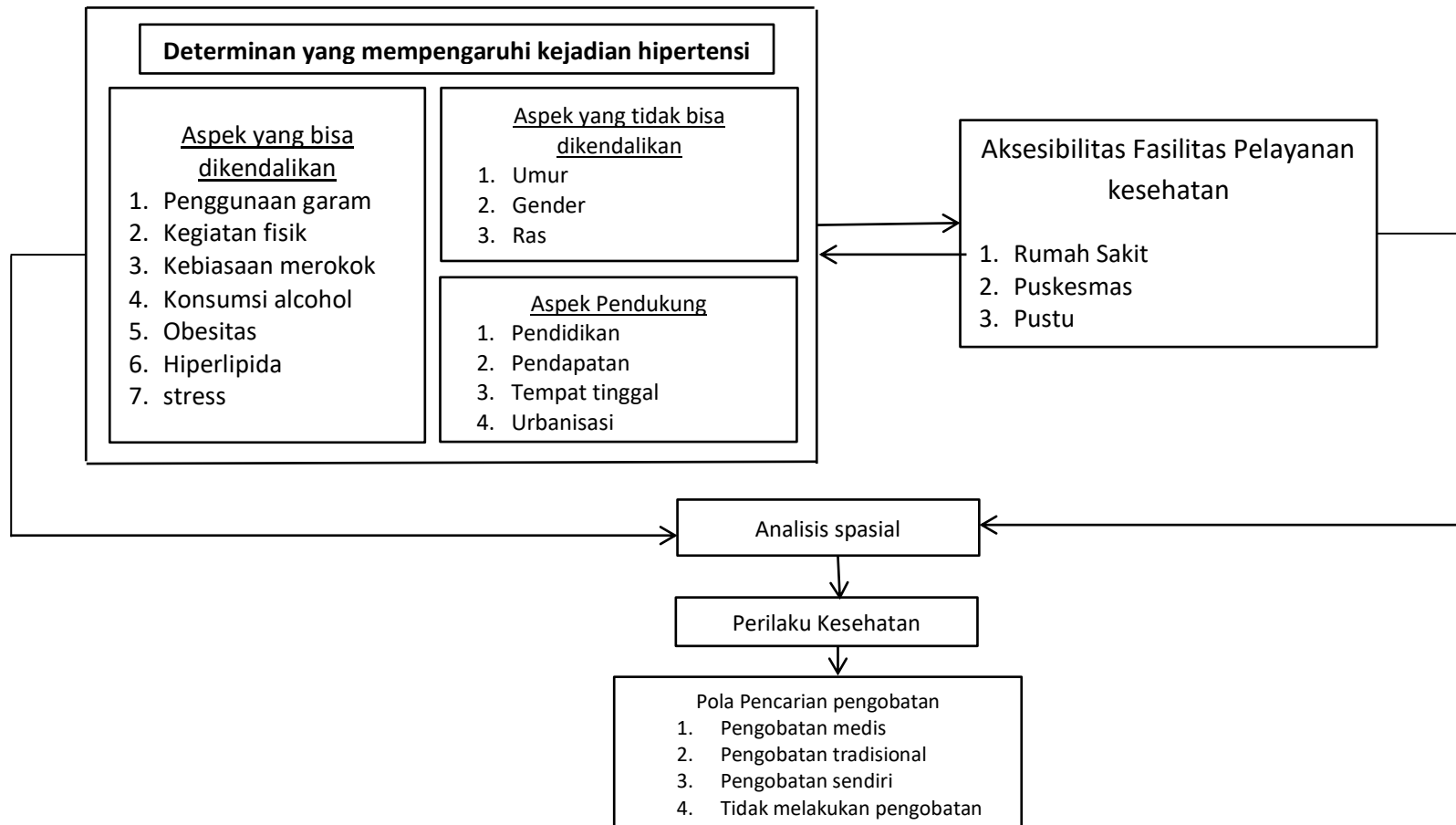
2.6.7. Kegunaan SIG berdasarkan bidang institusi kesehatan

Terdapat beberapa pemanfaatan SIG dalam bidang institusi kesehatan diantaranya yaitu; (Noor Alis Setiyadi *et al.*, 2021)

1. Pemanfaatan dalam layanan kesehatan
 - a. Untuk melakukan analisis spasial kelompok penyakit (pemetaan distribusi penyakit, pemetaan faktor resiko lingkungan, analisis temporal dan tren kejadian outbreak secara geografis dan analisis resiko penyebaran penyakit menular
 - b. Analisis resiko lingkungan
 - c. Analisis natural penyakit yang disebarkan oleh vektor (pemetaan dan monitoring epidemiologi)

- d. Pemetaan kepentingan fasilitas kesehatan
 - e. Menganalisis akses terhadap fasilitas kesehatan (pemetaan lokasi dan tenaga kesehatan)
2. Pemanfaatan dalam bidang non layanan kesehatan
- a. sebagai sarana untuk mengevaluasi tingkat morbiditas penyakit di suatu wilayah untuk menentukan kemungkinan intervensi
 - b. mengevaluasi penggunaan pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah dan sumber kunjungan pasien
 - c. mengevaluasi kesenjangan dan distribusi pelayanan kesehatan
3. Pemanfaatan dalam industri kesehatan
- a. Untuk memenuhi kebutuhan pengembangan aplikasi dengan menyertakan fitur SIG dalam tampilan visual
 - b. Untuk menjelaskan cakupan dan jenis aplikasi sistem informasi seperti SIM RS dan simpus serta analisis pasar untuk pengguna aplikasi sistem informasi kesehatan

2.7. Kerangka Teori

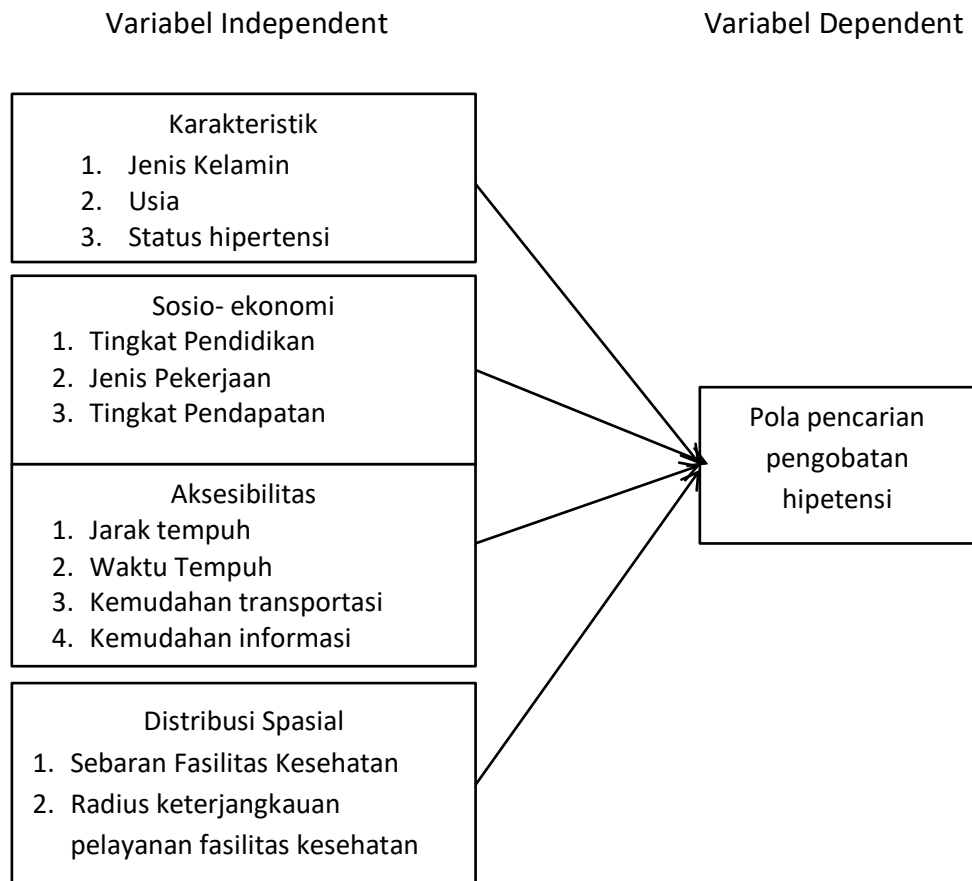


Gambar 2 Kerangka Teori Penelitian Sumber Notoatmojo (2017),
Kemenkes RI (2019) dan Noor Alis Setiyadi et al., (2021)

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

1.1. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3 Kerangka Konsep Penelitian

1.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan karakteristik responden dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee
Tidak ada hubungan sosio ekonomi dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee Kabupaten Aceh Jaya
2. Tidak ada hubungan aksesibilitas pelayanan Kesehatan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee Kabupaten Aceh Jaya

3. Tidak ada perbedaan distribusi spasial sebaran dan radius keterjangkauan pelayanan fasilitas kesehatan diwilayah kerja Puskesmas Krueng Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
4. Tidak ada perbedaan pola pencarian pengobatan hipertensi diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.3. Variabel Penelitian

1. Variabel Independent

- a. Karakteristik responden: ciri yang melekat pada responden yaitu jenis kelamin dan usia responden serta status hipertensi
- b. Sosio - ekonomi: Faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pola pencarian pengobatan hipertensi yaitu; tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan tingkat pendapatan
- c. Aksesibilitas: kemampuan setiap penderita hipertensi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak tempuh, waktu tempuh, ketersediaan transportasi serta kemudahan informasi terkait pengobatan hipertensi
- d. Geospasial: Informasi data keruangan lokasi geografis dari suatu objek yang dapat divisualisasikan dalam pemetaan baik pemetaan distribusi sebaran fasilitas kesehatan maupun radius keterjangkauan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Pukesmas Krueng Sabee Tahun 2024

2. Variabel Dependent

Pola Pencarian pengobatan: Jenis fasilitas kesehatan yang sering dimanfaatkan dalam pengobatan oleh penderita hipertensi

1.4. Defenisi Operasional

Tabel 5 Defenisi Operasional penelitian

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independent						
1	Jenis Kelamin (karakteristik)	Ciri fisik secara biologis yang dapat dilihat dari penampilan responden	Wawancara	kuesioner	Perempuan : 0 Laki- Laki: 1	Nominal
2	Usia (karakteristik)	Lama waktu hidup responden yang di ukur dari usia dilahirkan sampai saat penelitian ini	Wawancara	kuesioner	< 35 tahun : 0 ≥35 Tahun : 1	Nominal
3	Status hipertensi (karakteristik)	Kondisi kejadian hipertensi yang dialami responden	Wawancara	kuesioner	Pre hipetensi : 0 Hipertensi : 1	Interval
3	Sosio-ekonomi (tingkat pendidikan)	Tingkat Pendidikan yang diselesaikan oleh responden yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pola pencarian pengobatan hipertensi	Wawancara	Kuesio ner	Tinggi : 0 Rendah : 1	Ordinal
4	Sosio- ekonomi (jenis pekerjaan)	Kategori pekerjaan yang dimiliki oleh responden yang diukur dengan pendapatan setiap hari/ bulan	Wawancara	Kuesioner	Tetap : 0 Tidak Tetap : 1	Ordinal
5	Sosio- ekonomi (Tingkat pendapatan)	Tingkat Pendapatan responden yang mempengaruhi Perilaku responden dalam pola pencarian pengobatan hipertensi	Wawancara	kuesioner	Sesuai UMR : 0 Dibawah UMR : 1	Ordinal
6	Aksesibilitas (jarak tempuh)	Keterjangkauan jarak tempuh responden hipertensi dalam mencari pelayanan kesehatan terdekat	Wawancara	Kuesioner	Terjangkau: 0 Tidak Terjangkau : 1	Ordinal
7	Aksesibilitas (waktu tempuh)	Waktu yang digunakan responden hipertensi dalam mencapai pelayanan kesehatan terdekat	Wawancara	kuesioner	Dekat : 0 Jauh : 1	Ordinal
8	Aksesibilitas (kemudahan transportasi)	Kemudahan alat transportasi yang digunakan oleh responden hipertensi dalam mencapai pelayanan kesehatan	Wawancara	kuesioner	Mudah : 0 Sulit : 1	Ordinal

		terdekat				
9	Aksesibilitas (kemudahan informasi)	Kemudahan informasi yang diterima oleh responden hipertensi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan terdekat	Wawancara	kuesioner	Jelas : 0 Tidak Jelas : 1	Ordinal
10	Distribusi spasial (Sebaran fasilitas pelayanan kesehatan)	Sebaran fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh penderita hipertensi	Observasi	GPS/Arcgis/Qgis	Pola mengelompok atau bergerombol : 1 Pola acak atau tersebar tidak merata : 2 Pola seragam atau tersebar merata : 3	Interval
11	Distribusi spasial (radius jangkauan pelayanan kesehatan)	Radius pelayanan fasilitas kesehatan dalam keterjangkauan jarak dan waktu pelayanan kesehatan	Observasi	GPS/Arcgis/Qgis	Sangat dekat : 1 Dekat : 2 Sedang : 3 Cukup Jauh : 4 Jauh : 5	Interval
Variabel dependent						
1	Pola Pencarian pengobatan	Jenis fasilitas kesehatan yang sering dimanfaatkan dalam pengobatan oleh penderita hipertensi	Wawancara	Kuesioner	Pola Pengobatan Medis : 0 Pola Pengobatan kombinasi (Tradisional + swamedikasi) : 1	Ordinal

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

1.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observational menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan spasial melalui Sistem Informasi Geografis (SIG) untuk menganalisis dan mengidentifikasi pola pencarian pengobatan penderita hipertensi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan lokasi di wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

1.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Krueng Sabee pada Bulan Mei Tahun 2024

1.3 Populasi dan sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien yang teridentifikasi hipertensi pada desa binaan Puskesmas Krueng Sabee yang berjumlah 2.759 jiwa (Puskesmas Krueng Sabee, 2022)

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi dengan karakteristik tertentu yang akan dijadikan objek penelitian. Sebelum pengambilan sampel dilakukan, standar inklusi dan eksklusi harus ditetapkan bertujuan agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasi yang diinginkan peneliti.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi merupakan kualifikasi objek penelitian yang dapat mewakili populasi dari penelitian dimana kriteria inklusi penelitian yaitu

- 1) Bersedia menjadi responden penelitian
- 2) Berdomisili di wilayah kerja binaan Puskesmas Krueng Sabee Kecamatan Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
- 3) Melakukan pengobatan hipertensi baik pengobatan medis, tradisional maupun swamedikasi

b. Kriteria Eksklusi

kualifikasi sampel yang tidak bisa dijadikan sampel penelitian, karena tidak mewakili populasi penelitian yaitu:

- 1) Tidak bersedia menjadi responden penelitian
- 2) Terdata di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabe tetapi tidak berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabe kec. krueng Sabe kabupaten Aceh Jaya.
- 3) Tidak melakukan pengobatan apapun dalam upaya pengobatan hipertensi baik pengobatan medis, tradisional maupun swamedikasi

Pada penelitian ini jumlah populasi kurang dari 10.000 berdasarkan hal tersebut dalam menentukan besarnya sampel peneliti menggunakan rumus Slovin yaitu:

$$n = \frac{N}{N(d^2) + 1}$$

$$n = \frac{2.759}{2.759(0.05)^2 + 1}$$

$$n = 349 \text{ responden}$$

Keterangan

N = Jumlah Populasi 2.759

d^2 = Presesi (yang ditetapkan 5% dengan tingkat kepercayaan 95%)

n = Jumlah Sampel

Setelah didapatkan sampel sebanyak 349 responden yang teridentifikasi hipertensi maka dilakukan perhitungan untuk pengambilan sampel pada desa binaan wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee dengan pengambilan secara *acak proporsional* menggunakan rumus dari W. Gulo (2005), yaitu:

$$n_i = \frac{n \times N_1}{N}$$

Keterangan:

n = jumlah total penderita hipertensi yang teridentifikasi di setiap desa binaan wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee

N = jumlah seluruh total dari penderita hipertensi yang teridentifikasi

N_1 = besar sampel yang ditarik dari populasi

selanjutnya sampel penelitian yang didapat berdasarkan perhitungan sampel dikategorikan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga jumlah total sampel menjadi 335 sampel setelah dikurangi 14 sampel yang tidak memenuhi kriteria inklusi.

4.4. Metode Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan dan pengolahan data

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah:

a. Data primer

Data yang diperoleh langsung berasal dari hasil wawancara dan observasi pada responden penelitian. Adapun tahap pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) *Colleting* merupakan tahap mengumpulkan data kejadian hipertensi dari laporan data penyakit tidak menular Puskesmas Krueng sabee tahun 2023
- 2) *Cleaning* adalah tahap pemilihan data terkait kejadian hipertensi yang memiliki alamat jelas agar dapat dijadikan data spasial
- 3) *Editing* merupakan tahap pemeriksaan kembali hasil wawancara meminimalkan kesalahan
- 4) *Kodding* merupakan tahap pemberian number/ tanda terhadap data penelitian
- 5) *Skoring* adalah tahap penentuan nilai pada setiap pertanyaan dalam kuesioner penelitian.
- 6) *Entri data* adalah tahap memasukan dan menyusun data hasil penelitian pada perangkat lunak
- 7) *Tabulating* merupakan tahap penyusunan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi
- 8) *Ploting* adalah tahap observasi perekaman dan pencatatan dengan menggunakan lokasi penderita hipertensi yang teridentifikasi

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang berfungsi sebagai data pendukung yang dapat melengkapi penelitian. Dalam penelitian ini, data sekunder yang digunakan berupa data dari puskesmas tentang kejadian hipertensi dan data monografi (profil) dari gampong di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee kecamatan Krueng sabee Kab. Aceh Jaya tahun 2023

2. Teknik penyajian data

Pada penyajian data, peneliti menyajikan dalam bentuk tekstual, tabular dan peta yang mendeskripsikan hasil analisa data

4.5. Uji Validasi dan Reabilitas

1. Uji Validasi

Untuk menguji keabsahan sebuah instrument dalam menggali data pada penelitian diperlukan pengujian validas. Prosedur yang digunakan yaitu dengan mengkolerasikan nilai dari semua butir pertanyaan dengan nilai keseluruhan pertanyaan terhadap informasi dalam kuesioner (Sugiyono, 2017). Parameter dari pengujian validitas adalah pertanyaan dinilai kurang valid jika nilai r hitung kurang dari nilai r tabel dengan alfa 5%. Uji validitas yang dilakukan pada 20 responden yang terpilih didapatkan r tabel yaitu 0.444. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh butir pertanyaan dinyatakan valid karena mempunyai nilai r -hitung $>$ r -tabel.

Tabel 6 Uji validitas pertanyaan Karakteristik

Item Pertanyaan	r Tabel	r Hitung	Keterangan
Jenis Kelamin	0.444	0.6350	Valid
Usia	0.444	0.8895	Valid
Status Hipertensi	0.444	0.8895	Valid

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa hasil perhitungan uji validitas pada variabel karakteristik responden diperoleh nilai r hitung $>$ dari nilai r tabel, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pertanyaan pada kuesioner variabel karakteristik responden yang berjumlah 3 buah pertanyaan dinyatakan valid.

Tabel 7 uji validitas pertanyaan Sosio Ekonomi

Item Pertanyaan	r Tabel	r Hitung	Keterangan
Pendidikan	0.444	0.4608	Valid
Pekerjaan	0.444	0.4608	Valid
Penghasilan	0.444	0.4608	Valid

Sumber data: Data Primer 2024

Tabel diatas menunjukkan jika diperoleh hasil pengujian validasi dimana nilai r hitung > dari pada nilai r tabel sehingga kuesioner variabel sosio ekonomi dengan jumlah 3 pertanyaan dapat disimpulkan valid.

Tabel 8 uji Validitas pertanyaan Aksesibilitas

Item Pertanyaan	r Tabel	r Hitung	Keterangan
Jarak tempuh	0.444	0.5726	Valid
Waktu Tempuh	0.444	0.7016	Valid
Kemudahan Transportasi 1	0.444	0.6213	Valid
Kemudahan Transportasi 2	0.444	0.7573	Valid
Kemudahan Transportasi 3	0.444	0.6712	Valid
Kemudahan informasi 1	0.444	0.6735	Valid
Kemudahan informasi 2	0.444	0.7573	Valid
Kemudahan informasi 3	0.444	0.6590	Valid

Sumber data: Data Primer 2024

Hasil uji validas selanjutnya pada tabel 9 menunjukkan bahwa nilai r hitung lebih > daripada nilai r tabel, dengan demikian kuesioner variabel aksesibilitas dengan 8 pertanyaan dinyatakan valid.

Tabel 9 Uji Validitas Pertanyaan Pola Pencarian Pengobatan

Item Pertanyaan	r Tabel	r Hitung	Keterangan
Pola Pencarian pengobatan 1	0.444	0.9242	Valid
Pola Pencarian pengobatan 2	0.444	0.9242	Valid

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat jika nilai r hitung > dari nilai r tabel, sehingga butir pertanyaan pada variabel pola pencarian pengobatan yang berjumlah 2 pertanyaan dinyatakan valid.

2. Uji Reabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan seberapa dapat diandalkan atau dapat dipercaya suatu alat pengukuran. Saat suatu alat pengukur digunakan dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasilnya relatif konsisten, alat pengukur tersebut dianggap reliabel. Dengan kata lain,

reabilitas menunjukkan konsistensi alat pengukur dalam mengukur gejala yang sama. Untuk mengetahui reliabilitas pertanyaan, yaitu dengan membandingkan nilai r -hasil (*Alpha Cronbach*) dengan r -tabel = 0,60, dimana parameter yang digunakan yaitu bila nilai Cronbach's Alpha > 0,60 maka pertanyaan dinyatakan reliabel dan jika nilai Cronbach's Alpha < 0,60 maka pertanyaan dinyatakan tidak reliabel

Tabel 10 uji reabilitas pertanyaan variabel karakteristik responden

Item Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha hitung	Keterangan
Jenis Kelamin	0.06	0.9107	Reliable
Usia	0.06	0.9056	Reliable
Status Hipertensi	0.06	0.9056	Reliable

Sumber data: Data primer 2024

Hasil perhitungan uji reliabilitas pada variabel karakteristik responden diatas yang dilakukan pada 20 sampel responden menunjukkan bahwa nilai Cronbach's alpha hitung > dari nilai *Cronbach's Alpha* sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan reabel.

Tabel 11 uji reabilitas pertanyaan variabel sosio ekonomi responden

Item Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha hitung	Keterangan
Pendidikan	0.06	0.9140	Reliable
Pekerjaan	0.06	0.9140	Reliable
Penghasilan	0.06	0.9140	Reliable

Sumber data: Data primer 2024

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil uji reabel instrument penelitian yang dilakukan pada 20 sampel responden diketahui bahwa nilai Cronbach's alpha hitung > dari nilai *Cronbach's Alpha* sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan reabel.

Tabel 12 uji reabilitas pertanyaan variabel aksesibilitas responden

Item Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha hitung	Keterangan
Jarak tempuh	0.06	0.9167	Reliable
Waktu Tempuh	0.06	0.9108	Reliable
Kemudahan Transportasi 1	0.06	0.9101	Reliable
Kemudahan Transportasi 2	0.06	0.9057	Reliable
Kemudahan Transportasi 3	0.06	0.9120	Reliable

Item Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha hitung	Keterangan
Kemudahan informasi 1	0.06	0.9092	Reliable
Kemudahan informasi 2	0.06	0.9057	Reliable
Kemudahan informasi 3	0.06	0.9100	Reliable

Sumber data: Data Primer 2024

Uji reabilitas yang dilakukan pada instrument penelitian variabel aksesibilitas kepada 20 sampel responden, diketahui jika nilai *Cronbach's alpha* hitung > dari nilai Cronbach's Alpha sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan reabel.

Tabel 13 uji reabilitas pertanyaan variabel pola pencarian pengobatan

Item Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha hitung	Keterangan
Pola Pencarian pengobatan 1	0.06	0.8975	Reliable
Pola Pencarian pengobatan 2	0.06	0.8975	Reliable

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan tabel 14 dapat diketahui bahwa uji reabilitas instrument pada 20 sampel responden memperoleh nilai Cronbach's alpha hitung > dari nilai *Cronbach's Alpha*, dengan demikian instrument yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan reabel.

4.6. Rancangan Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisa univariat tergantung pada tiap variabel dari hasil penelitian yang pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi atau presentase dari tiap variabel yang dijabarkan dalam tabel distribusi frekuensi (S Notoatmodjo, 2018)

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga mempunyai berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan uji statistik Chi-square dengan menggunakan aplikasi stata versi 17. Syarat *Uji Chi Square* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu nilai observed tidak sama dengan 0, dan nilai *expected* (harapan) <5 tidak lebih dari 20% cell (S Notoatmodjo, 2018).

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, digunakan taraf signifikan yaitu α (0,05):

- a. Jika $p \text{ value} \leq 0,05$ = H_0 ditolak yang berarti ada hubungan signifikan antara variabel independent dengan variabel dependent.
- b. Apabila $p \text{ value} > 0,05$ = H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan signifikan antara variabel independent dengan variabel dependent.

Hasil uji statistik *chi-square* dapat digunakan untuk menyimpulkan ada atau tidaknya hubungan antara dua variabel kategorik, untuk mengetahui derajat hubungan dikenal dengan ukuran risiko relative (RR) dan odds ratio

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah pengembangan atau perluasan dari analisis bivariat. Jika analisis bivariat menemukan hubungan atau korelasi antara dua variabel. Akan tetapi analisis multivariat meneliti hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu atau lebih variabel dependen, biasanya satu variabel dependen (Fauziyah, 2020). Dalam penelitian ini, analisis multivariat akan digunakan untuk mengevaluasi kembali variabel independen yang berhubungan dengan variabel dependen pada analisis bivariat. Uji statistik dalam riset ini menggunakan uji *regresi logistic* dengan menggunakan pemodelan prediksi. Pemodelan prediksi ini bertujuan mendapatkan variabel yang dominan atau paling berhubungan dengan variabel dependen (Notoatmodjo, 2018)

Analisis multivariat dilakukan setelah analisis bivariat. Jika nilai p kurang dari 0,25, maka variabel tersebut dianggap masuk ke dalam nominasi. Dilanjutkan dengan pembuatan model untuk mengetahui variabel independen mana yang paling berhubungan. Pada model *logistic regression*, asumsi atau asas garis paralel, dan proporsional odds harus diperhatikan. Jika asumsi ini tidak terpenuhi, model *penalized/regulasi regression* dapat digunakan (Sihombing, 2022)

4. Analisis Spasial

Analisis spasial adalah sekumpulan teknik yang dapat digunakan dalam pengolahan data SIG memakai perangkat lunak ArcGIS 10.8.1 dan Qgis 3.6.

Hasil analisis data spasial sangat bergantung pada lokasi objek yang bersangkutan. Analisis spasial juga dapat diartikan sebagai teknik-teknik yang digunakan untuk meneliti dan mengeksplorasi data dari perspektif keruangan. Semua teknik atau pendekatan perhitungan matematis yang terkait dengan data keruangan (spasial) dilakukan dengan fungsi analisis spasial tersebut. Analisis spasial ini dilakukan untuk melihat gambaran geografis yang menggunakan peta dasar Kecamatan Krueng Sabee dengan menentukan titik koordinat dengan bantuan alat GPS (*Global Positioning System*) yaitu dengan menentukan setiap titik lokasi yang akan dimasukkan ke dalam aplikasi pengolahan data geografis dengan bantuan alat GPS selanjutnya data akan diproses dengan Arc GIS. Data yang diperoleh dari pengamatan akan diolah dan dianalisa sebagai berikut:

a. *Analisis Nearest Neighbour Analysis*

Dalam penelitian ini, teknik tetangga terdekat (*Nearest Neighbour Analysis*) digunakan untuk menentukan pola persebaran lokasi fasilitas dengan menggunakan bantuan software aplikasi Arcgis 10.8.1. Analisis ini menggunakan perhitungan, luas wilayah, jumlah titik lokasi, dan jarak. Formula perhitungan yaitu:

$$Ju = \frac{\text{jumlah jarak}}{\text{jumlah titik}}, P = \frac{\text{jumlah titik}}{\text{luas wilayah}}, Jh = \frac{1}{2\sqrt{P}} \text{ dan } T = \frac{Ju}{Jh}$$

Luas (A) = p x l

Keterangan:

T : Nilai nearest neighbor

Ju: Jarak rata-rata yang diukur antara suatu titik dengan tetangga terdekat

Jh : Jarak rata-rata yang diperoleh jika semua titik mempunyai pola random

P : Kepadatan titik dalam tiap km persegi

N : jumlah titik /poin/ lokasi

A : luas wilayah

Hasil penelitian ini ditampilkan dalam bentuk indeks (T), dengan nilai antara 0 dan 2,1 yang mana indeks persebaran dikategorikan sebagai berikut:

Kategori I : Skala T menunjukkan nilai 0 - 0,7 dikategorikan pada pola mengelompok atau bergerombol (*Cluster Pattern*)

Kategori II : Skala T menunjukkan nilai 0,8 – 1.4 dikategorikan pada pola acak atau tersebar tidak merata (*Random Pattern*)

Kategori III : Skala T menunjukkan nilai 1,5 – 2.15 dikategorikan pada pola seragam atau tersebar merata (*Uniform /Dispersed Pattern*).

b. *Analisi Buffering*

Analisis buffer digunakan untuk menemukan daerah sekitar fitur geografis. Proses ini menghasilkan daerah cakupan (*range*) di sekitar fitur geografis, yang kemudian dapat digunakan untuk menemukan atau memilih fitur berdasarkan letak objek yang berada di dalam atau di luar batas *buffer*. Salah satu fasilitas perangkat lunak QGIS adalah *buffer*, hasil dari analisis *buffer* ini adalah bentukan poligon di sekitar objek yang memungkinkan kita membuat batasan area tertentu dari obyek. Yang berguna untuk memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan yang memadai dalam jarak yang terjangkau bagi masyarakat, standar minimal SNI No. 03 – 1772 – 2004 menetapkan bahwa Puskesmas harus berada dalam radius 3.000 meter (3 km). Puskesmas pembantu dan balai pengobatan lingkungan 1.500 meter (1.5 km) dan praktek dokter/apotek 4.000 meter (4 km).

Metode Alokasi Lokasi adalah metode yang digunakan untuk menentukan lokasi fasilitas yang ideal untuk memenuhi permintaan pelayanan dari penduduk atau populasi yang ada. Metode ini membutuhkan dataset jaringan yang mengandung informasi tentang batas kecepatan atau waktu tempuh. Data-data ini membantu dalam menentukan lokasi yang efisien dan strategis untuk memberikan pelayanan yang memadai kepada masyarakat setempat. Dengan

mempertimbangkan prinsip jarak dan waktu untuk fasilitas pelayanan masyarakat ada 5 kategori yaitu:

Sangat dekat	: 0 – 300 meter
Dekat	: 300 - 600 meter
Sedang	: 600 - 1200 meter
Jauh	: 1200 – 3000 meter
Sangat jauh	: > 3000 meter

4.7. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan)

Informed Consent diberikan sebelum penelitian dilakukan pada responden penelitian. Responden diberi tahu tentang maksud dan tujuan penelitian. Bila responden bersedia maka selanjutnya menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Responden tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data. Hanya menulis nomor responden atau inisial saja untuk menjamin kerahasiaan identitas

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaan oleh peneliti. Penyajian data atau hasil penelitian hanya digunakan untuk kepentingan akademis

BAB V

HASIL PENELITIAN

1.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

1.1.1. Kondisi Geografis

Secara geografis seluruh kecamatan di Kabupaten Aceh Jaya berbatasan langsung dengan Samudera Indonesia. Kabupaten Aceh Jaya memiliki luas 387.272,36 ha (GIS) atau 3.872.7236 km², dengan koordinat 04°22' hingga 5°16' Lintang Utara dan 95°02' hingga 63°03' Bujur Timur. Kawasan kabupaten Aceh Jaya dari pantai barat menghampar Barat ke Timur dimulai dari kaki gunung Geurutee (perbatasan dengan Aceh Besar) hingga kesisi Cot Paleng (Aceh Barat) memiliki garis pantai sejauh 221,95 kilometer dan luas laut sebesar 2.718,50 kilometer. Sedangkan Puskesmas Krueng sabee yang merupakan salah satu fasilitas Kesehatan yang terdapat di Kabupaten Aceh Jaya, berada di Gampong Keude Krueng Sabee dalam wilayah Kemukiman Krueng Sabe Kecamatan Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya memiliki Luas daerah 344 Km, yang terbagi dalam 11 Desa, 33 dusun dengan ketinggian tanah dari permukaan laut; 2.20 m, suhu udara rata-rata sedang dengan kondisi topografi berada pada dataran tinggi, dataran sedang dan sebagian merupakan dataran rendah, yang memiliki keberadaan sungai dengan batas- batas wilayah administrasi sebagai berikut: (BPS, 2021).

- a. Sebelah Selatan : Laut Hindia
- b. Sebelah Timur : Gampong Kabong
- c. Sebelah Barat : Gampong Mon Mata/Sungai
- d. Sebelah Utara : Gp. Dataran Luas

1.1.2. Demografis

Pertumbuhan penduduk di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee mengalami peningkatan selama lima tahun terakhir yaitu sebanyak (9.324) jiwa Tahun 2018, sebanyak (9.508) jiwa pada tahun 2019, sebanyak (9.909) Jiwa pada tahun 2020,

sebanyak (9.396) tahun 2021 dan sebanyak (9.468) jiwa di tahun 2022. Sedangkan jumlah penduduk perdesa dapat dilihat pada tabel sebagai berikut

Tabel 14 Jumlah Penduduk Per Desa wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2023

No	Desa	Jumlah		Total Penduduk	Jumlah Sasaran Hipertensi
		Laki- Laki	Perempuan		
1	Keude Krueng Sabee	531	547	1078	328
2	Kabong	392	387	779	232
3	Padang Datar	774	800	1574	471
4	Datar Luas	702	686	1388	422
5	Ranto Panyang	242	204	446	136
6	Buntha	227	240	467	139
7	Panggong	350	351	701	122
8	Curek	261	258	519	155
9	Alue Tho	175	176	351	105
10	Mon Mata	569	605	1174	139
11	Paya Seumantok	495	496	991	297
Jumlah		4718	4750	9468	2759

Sumber: Data Primer 2024

Data tersebut menunjukan tingkat kepadatan penduduk yang bervariasi di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee dimana Desa Padang Datar dengan jumlah penduduk sebanyak 1.574 jiwa merupakan desa dengan jumlah penduduk terpadat, sedangkan desa Alue Tho merupakan desa dengan jumlah penduduk paling sedikit dengan jumlah penduduk sebanyak 351 jiwa.

1.2. Hasil Penelitian

1.2.1. Hasil Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden

Analisis univariat merupakan analisis yang menggambarkan distribusi frekuensi variabel penelitian. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee yang meliputi variabel independen yaitu karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin responden, usia responden, dan status hipertensi yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

**Tabel 15 distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian
di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024**

No	Variabel	n	%
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	180	53,7
	Laki- laki	155	46,3
	Jumlah	335	100
2	Usia		
	< 35 tahun	50	14,9
	≥ 35 tahun	285	85,1
	Jumlah	335	100
3	Status Hipertensi		
	Prehipertensi	49	14,6
	Hipertensi	286	85,4
	Jumlah	335	100,0

Sumber data; Data Primer 2024

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 335 responden penelitian diketahui mayoritas responden penelitian berjenis kelamin perempuan sebanyak 180 orang responden (53,7%), pada kategori usia responden, mayoritas responden berusia diatas 35 tahun sebanyak 285 orang (85.1%) sedangkan pada kategori status hipertensi mayoritas responden mempunyai status menderita hipertensi sebanyak 286 orang (85.4%) dan minoritas berstatus prehipertensi sebanyak 49 orang responden (14.6%)

2. Sosio Ekonomi

Hasil penelitian pada variabel independent sosio ekonomi yang terdiri dari tingkat pendidikan responden, jenis pekerjaan responden dan tingkat pendapatan responden diperoleh tabel distribusi frekuensi yang akan diuraikan pada tabel berikut:

**Tabel 16 Distribusi frekuensi sosio ekonomi responden penelitian
di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024**

No	Variabel	n	%
1	Tingkat Pendidikan		
	Tinggi	46	13,7
	Rendah	289	86,3
	Jumlah	335	100
2	Jenis Pekerjaan		
	Tetap	60	17,9
	Tidak tetap	275	82,1
	Jumlah	335	100

3 Tingkat Pendapatan

Sesuai UMR	82	24,5
Tidak sesuai UMR	253	75,5
Jumlah	335	100,0

Sumber data; Data Primer 2024

Berdasarkan tabel 17 diketahui bahwa dari 335 responden penelitian, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 253 responden (75,5%), pada kelompok jenis pekerjaan menunjukkan jika mayoritas responden memiliki jenis pekerjaan tidak tetap sebanyak 275 orang responden (82,1%) sedangkan pada kategori tingkat pendapatan, mayoritas responden penelitian sebanyak 253 orang responden (75,5%) diketahui dengan tingkat pendapatan dibawah UMR.

3. Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan

Hasil penelitian pada variabel independent aksesibilitas fasilitas Kesehatan diantaranya jarak tempuh, waktu tempuh, kemudahan transportasi serta kemudahan informasi didapatkan hasil penelitian sebagai berikut:

Tabel 17 distribusi frekuensi Aksesibilitas fasilitas kesehatan responden Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024

No	Variabel	n	%
1	Jarak Tempuh		
	Terjangkau	124	37,0
	Tidak Terjangkau	211	63,0
	Jumlah	335	100
2	Waktu tempuh		
	Dekat	124	37,0
	Jauh	211	63,0
	Jumlah	335	100
3	Kemudahan Transportasi		
	Mudah	308	91,9
	Sulit	27	8,1
	Jumlah	335	100,0
4	Kemudahan Informasi		
	Tersedia	89	26,6
	Tidak tersedia	246	73,4
	Jumlah	335	100

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa dari 335 responden penelitian, mayoritas memiliki jarak tempuh yang tidak terjangkau sebanyak 211 orang

responden (63,0%), mayoritas responden juga memiliki waktu tempuh yang jauh kefasilitas kesehatan dalam mencari pengobatan hipertensi sebanyak 211 orang responden (63,0%). Sedangkan pada kategori kemudahan transportasi, mayoritas responden memiliki kemudahan transportasi sebanyak 308 orang responden (91,9%) namun pada kategori kemudahan informasi, mayoritas responden menyebutkan jika kemudahan informasi terkait hipertensi tidak jelas sebanyak 246 orang responden (73,4%)

4. Pola Pencarian Pengobatan

Hasil penelitian pada variabel dependent yaitu pola pengobatan diketahui sebagai berikut :

Tabel 18 distribusi frekuensi pola pencarian pengobatan responden Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024

No	Variabel	n	%
1	Pola Pencarian Pengobatan Medis	236	70,4
2	Pola Pencarian Pengobatan kombinasi (Tradisional + Swamedikasi)	99	29,6
Jumlah		335	100

Sumber data: Data Primer 2024

Hasil penelitian pada tabel diatas menunjukkan jika dari 335 responden, mayoritas responden memiliki pola pencarian pengobatan hipertensi yaitu pola pencarian pengobatan medis sebanyak 236 orang responden (70,4%), sedangkan minoritas responden mempunyai pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional dan swamedikasi) terhadap hipertensi yang dideritanya sebanyak 99 orang responden (29,6%).

1.2.2. Hasil Analisa Bivariat

Analisis bivariate merupakan analisis yang bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independent (Karakteristik responden, sosio ekonomi dan aksesibilitas) dengan variabel dependent (Pola pencarian pengobatan) yang dapat diketahui pada tabel berikut:

1. Karakteristik Responden

Tabel 19 Tabulasi Silang antara karakteristik Responden dengan Pola Pencarian pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024

NO	Variabel	Pola Pencarian Pengobatan				Total		RR (95% CI)	p value
		Pola Pencarian Pengobatan Medis		Pola Pencarian Pengobatan Kombinasi (Tradisional + Swamedikasi)					
		n	%	n	%	N	%		
1	Jenis Kelamin								
	Perempuan	124	37,015	56	16,72	180	53,73	0,891 (0,638 - 1,245)	0,500
	Laki- Laki	112	33,43	43	12,84	155	46,27	11,21 (0,802 - 1,566)	
	Jumlah	236	70,448	99	29,55	335	100		
2	Usia								
	< 35 Tahun	16	4,78	34	10,15	50	14,93	0,335 (0,251 - 0,446)	0,000
	> 35 Tahun	220	65,67	65	19,40	285	85,07	29,81 (2.239 - 3.968)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
3	Status Hipertensi								
	PreHipertensi	16	4,78	33	9,85	49	14,63	0.342 (0.256 - 0.456)	0,000
	Hipertensi	220	65,67	66	19,70	286	85,37	29,18 (2,188 -3,891)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		

Sumber data: Data Primer 2024

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 355 responden penelitian, diketahui sebahagian besar responden berpreferensi pada pola pencarian pengobatan medis sebanyak 236 orang responden (70,45%) dengan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 124 orang responden (37,01%), sedangkan sebagian kecil responden dalam penelitian ini berpreferensi pengobatan hipertensi dengan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebanyak 99 orang responden (29,55) dengan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 56 orang (16,72%).

Hasil analisis *uji chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan adalah p-value= 0,500 atau > 0,05. Hal ini membuktikan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik (jenis kelamin) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Dari tabel diatas juga diketahui bahwa dari 355 responden penelitian, mayoritas responden berpreferensi pada pola pencarian pengobatan medis sebagai pola pencarian pengobatan utama sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebahagian besar berada pada kelompok usia > 35 tahun sebanyak 220 orang (65,67%). Sedangkan kelompok minoritas dalam penelitian ini berpreferensi melakukan pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebanyak 99 orang (29,55%) dengan kelompok mayoritas berusia < 35 tahun sebanyak 65 orang (19,40%).

Hasil analisis *uji chi-square* menunjukan nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$. Hal ini menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik (usia) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Dari 355 responden penelitian, diketahui sebahagian besar responden berpreferensi pada pola pencarian pengobatan medis sebagai pola utama pencarian pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebagian besar responden berada pada kriteria hipertensi sebanyak 220 orang (65,67%). Sedangkan kelompok minoritas responden penelitian berada pada kelompok opsi melakukan pencarian pengobatan hipertensi dengan pola kombinasi (tradisional + swamedikasi) dengan mayoritas berstatus hipertensi sebanyak 66 orang (19,70%) ‘

Dari hasil analisis *uji chi-square* menunjukan nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$. Hal ini menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik (Status Hipertensi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

2. Sosio Ekonomi Responden

Tabel 20 Tabulasi Silang antara Sosio Ekonomi Dengan Pola Pencarian Pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024

N O	Variabel	Pola Pencarian Pengobatan				Total		RR (95% CI)	p value
		Pola Pencarian Pengobatan Medis		Pola Pencarian Pengobatan Kombinasi (Tradisional + Swamedikasi)					
		n	%	n	%	N	%		
1	Tingkat Pendidikan								
	Tinggi	39	11,64	7	2,09	46	13,73	20,91 (1,036- 4,223)	0,022
	Rendah	197	58,81	92	27,46	289	86,27	0,478 (0,2367- 0,9652)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
2	Jenis Pekerjaan								
	Tetap	51	15,22	9	2,69	60	17,91	21,81(1,167- 4,079)	0,006
	Tidak Tetap	185	55,22	90	26,87	275	82,09	0,458 (0,245- 0,856)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
3	Tingkat Pendapatan								
	Sesuai UMR	69	20,60	13	3,88	82	24,48	21,44(1,265- 3,633)	0,002
	Tidak Sesuai UMR	167	49,85	86	25,67	253	75,52	0,466 (0,275- 0,7903)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,6	335	100		

Sumber data: Data Primer 2024

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 355 responden penelitian, mayoritas responden memilih pola pencarian pengobatan medis sebagai preferensi pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang (70,45%) dimana sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 197 orang (58,81%). Sedangkan minoritas responden dengan opsi melakukan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisonel + swamedikasi) sebagai pola pengobatan hipertensi yang dideritanya sebanyak 99 orang (29,55%) dengan sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 92 orang (27,46%) Hasil analisis *uji chi-square* menunjukkan nilai signifikan adalah p-value= 0,022 atau < 0,05.

Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (Tingkat Pendidikan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi

di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee. Dari data diatas diketahui bahwa dari 355 responden penelitian, mayoritas berada pada kelompok pola pencarian pengobatan medis sebagai preferensi pola utama pengobatan hipertensi yang mana mayoritas responden mempunyai kategori jenis pekerjaan tidak tetap sebanyak 185 orang (55,22%). Sedangkan minoritas responden berpreferensi melakukan pola pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) terhadap hipertensi yang mereka derita sebanyak 99 orang (29,55%) memiliki jenis pekerjaan dengan kategori tidak tetap sebanyak 90 responden (26,87%).

Hasil analisis *uji chi-square* menjelaskan jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,006$ atau $< 0,05$. Hal ini juga menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (jenis pekerjaan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Data diatas menggambarkan bahwa dari 355 responden penelitian, mayoritas responden dengan preferensi pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebagian besar mempunyai kategori tingkat pendapatan dibawah UMR sebanyak 167 orang (49,85%). Sedangkan kelompok minoritas berada pada opsi melakukan pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) dalam pengobatan hipertensi berjumlah 99 orang (29,55%) dengan mayoritas kategori tingkat pendapatan dibawah UMR sebanyak 86 responden (33,99%).

Berdasarkan analisis *uji chi-square* menunjukan jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,002$ atau $< 0,05$. Hal tersebut menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (Tingkat Pendapatan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee

3. Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan

Tabel 21 Tabulasi Silang antara Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan dengan Pola Pencarian Pengobatan di wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee tahun 2024

NO	Variabel	Pola Pencarian Pengobatan				Total		RR (95% CI)	p value
		Pola Pencarian Pengobatan Medis		Pola Pencarian Pengobatan Kombinasi (Tradisional + Swamedikasi)					
		n	%	n	%	N	%		
1	Jarak Tempuh								0,683
	Terjangkau	89	26,57	35	10,45	124	37,01	10,746 (0,759- 1,5208)	
	Tidak Terjangkau	147	43,88	64	19,10	211	62,99	0,930 (0,657- 1,3169)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
2	Waktu Tempuh								0.683
	Dekat	89	26,57	35	10,45	124	37,01	10,746 (0,759- 1,520)	
	Jauh	147	43,88	64	19,10	211	62,99	0,930 (0,657- 1,316)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
3	Kemudahan Transportasi								0,000
	Mudah	231	68,96	77	22,99	308	91,94	32,593 (2,502- 4,244)	
	Sulit	5	1,49	22	6,57	27	8	0,306 (0,235 -0,399)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		
4	Kemudahan Informasi								0,000
	Jelas	77	22,99	12	3,58	89	26,57	26,22 (1,509 - 4,558)	
	Tidak Jelas	159	47,46	87	25,97	246	73,43	0,381 (0,219- 0,6626)	
	Jumlah	236	70,45	99	29,55	335	100		

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan hasil penelitian dari 355 responden penelitian, diketahui mayoritas responden memiliki preferensi pola pencarian pengobatan medis sebanyak 236 orang (70,45%) dimana sebagian besar responden mempunyai jarak tempuh yang tidak terjangkau sebanyak 147 orang responden (43,88%). Sedangkan

minoritas responden dengan preferensi melakukan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) dalam pengobatan hipertensi yang mereka derita berjumlah 99 orang (29,55%) mempunyai mayoritas jarak tempuh tidak terjangkau sebanyak 64 orang (19,10%). Dari analisis *uji chi-square* diketahui jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,683$ atau $> 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (jarak tempuh) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Tabel diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki preferensi pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi yang diderita mereka sebanyak 236 orang (70,45%) dengan mayoritas responden mempunyai waktu tempuh berkategori jauh sebanyak 147 orang (43,88%). Sedangkan responden berpreferensi melakukan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebagai pola pengobatan hipertensi mereka berjumlah 99 orang (29,55%) dengan mayoritas mempunyai jarak tempuh dengan kategori jauh sebanyak 64 orang (19,10%). *Uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,683$ atau $> 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (jarak tempuh) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Data diatas juga menjelaskan jika mayoritas responden melakukan pola pencarian pengobatan medis sebagai pola pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang responden (70,45%) mayoritas berkategori dengan kemudahan akses transportasi sebanyak 231 orang (68,96%). Sedangkan minoritas responden yang memilih opsi melakukan pola pengobatan kombinasi (tradisional+ swamedikasi) sebagai pola pengobatan hipertensi mereka diketahui mayoritas sebanyak 99 orang (29,55%) mempunyai kategori akses transportasi yang mudah sebanyak 77 orang (22,99%). Hasil analisis *uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$ dengan demikian menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (Kemudahan Transportasi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa dari 355 responden penelitian, sebanyak 236 orang (70,45%) dengan prefensi pola pencarian pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi mayoritas mempunyai akses kemudahan informasi dengan kategori tidak jelas sebanyak 159 orang (47,46%). Sedangkan minoritas responden dalam penelitian ini memilih opsi melakukan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional+ swamedikasi) sebagai pola pengobatan hipertensi mereka dengan mayoritas kemudahan informasi berkategori tidak jelas sebanyak 87 orang (25,97%).

Dari hasil analisis *uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$ sehingga hal tersebut menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (Kemudahan Informasi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee.

1.2.3. Hasil Analisa Multivariat

Dalam penelitian ini, analisis multivariat akan digunakan untuk mengevaluasi kembali variabel independen yang berhubungan dengan variabel dependen pada analisis bivariat. Hasil analisa multivariate akan diuraikan sebagai berikut;

Tabel 22 hasil analisis chi square (0,05) variabel independent yang berhubungan Dengan variabel dependent

Variabel independent	Nilai P value	Keterangan
Jenis Kelamin	0,500	Tidak Berhubungan
Usia	0,000	Berhubungan
Status Hipertensi	0,000	Berhubungan
Tingkat Pendidikan	0,022	Berhubungan
Jenis Pekerjaan	0,006	Berhubungan
Tingkat Pendapatan	0,002	Berhubungan
Jarak Tempuh	0,683	Tidak Berhubungan
Waktu Tempuh	0,683	Tidak Berhubungan
Kemudahan Transportasi	0,000	Berhubungan
Kemudahan Informasi	0,000	Berhubungan

Sumber data: Data Primer 2024

Analisis multivariat lanjutan dilakukan untuk mengetahui variabel independent (jenis kelamin, usia, status hipertensi, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, jarak tempuh, waktu tempuh, kemudahan transportasi dan kemudahan informasi) dominan yang berhubungan dengan variabel

dependent (pola pencarian pengobatan), dimana setelah dilakukan pengujian jika nilai p value kurang dari 0,25, maka variabel tersebut dianggap masuk ke dalam nominasi. Berikut variabel independent yang memenuhi syarat pengujian regresi logistic yaitu:

Tabel 23 hasil analisis multivariate variabel independent terhadap variabel dependent

Variabel independent	Nilai P value	Variance Inflation Factor (VIF)
Usia	0.000	1.04
Kemudahan Transportasi	0.000	1.03
Kemudahan Informasi	0.005	1.00

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan uji syarat diatas diketahui variabel independent memiliki nilai p value < 0,25 dengan nilai Variance Inflation Factor (VIF) 1 - < 5 menunjukan rendahnya tingkat multikolerianitas dari variabel independent, selanjutnya dilanjutkan dengan pembuatan model untuk mengetahui variabel independen mana yang paling berhubungan. Uji statistic dalam riset ini menggunakan uji regresi logistic dengan menggunakan pemodelan prediksi.

Tabel 24 hasil analisis uji regresi logistic

Variabel independent	OR	95% CI	Nilai P value
Usia	0.12006	0.0598144- 0.2409655	0,000
Kemudahan Transportasi	12.5921	4.440145 – 35.71054	0,000
Kemudahan Informasi	2.73470	1.329031 – 5.627094	0.006

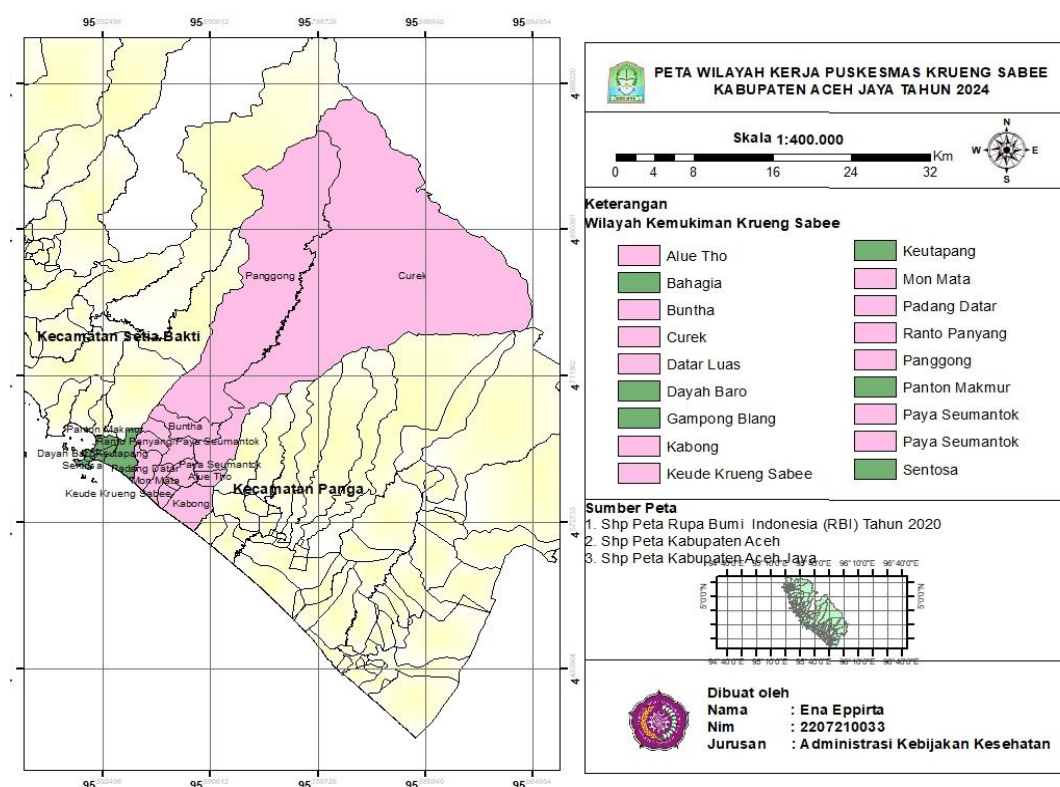
Sumber data: Data Primer 2024

Hasil analisis diatas menunjukan variabel independent yang paling berhubungan dengan variabel dependent adalah variabel kemudahan transportasi dengan nilai P value (0.000) < 0.05 dan nilai OR (12.5921) hal ini menjelaskan bahwa kemudahan transportasi mempunyai hubungan yang positif terhadap pemilihan pola pengobatan hipertensi.

1.2.4. Hasil Analisa Spasial

Untuk mengetahui pola sebaran fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee dengan menggunakan peta 1: 400.00 diperoleh data sebagai berikut:

1. Lokasi Penelitian



Gambar 4 Lokasi Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukan jika wilayah kecamatan krueng sabee terletak pada titik koordinat 4° 49' 12" N, dan 95° 40' 12" E yang berada pada UTM (*universal transverse mercator*) 46N. Dimana wilayah kecamatan krueng sabee terdiri dari 2 kemukiman, yaitu kemukiman krueng sabee 11 jumlah desa defenitif, dan kemukiman calang yang terdiri dari 6 desa secara defenitif.

2. Nearest Neighbour Analysis

Gambaran spasial pola sebaran fasilitas kesehatan dibuat dengan aplikasi ArcGis dan diolah dengan metode *Nearest Neighbour Analyze* (NNA), juga dikenal sebagai Analisis Tetangga Terdekat (ATT). Di mana pola persebaran dihitung dengan mengukur jarak antara pemukiman penelitian dan fasilitas kesehatan di Kecamatan Krueng Sabee. Pola persebaran berikut dihasilkan dengan menggabungkan titik-titik lokasi fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan Pustu yang dianggap sama kedudukannya sebagai fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan jarak antar masing-masing unit terdekatnya, tanpa mempertimbangkan jenis fasilitas kesehatan yang ada.

Average Nearest Neighbor Summary	
Observed Mean Distance:	2791,6865 Meters
Expected Mean Distance:	2304,0463 Meters
Nearest Neighbor Ratio:	1,211645
z-score:	1,717811
p-value:	0,085831
Dataset Information	
Input Feature Class:	analisis_akhir_
Distance Method:	EUCLIDEAN
Study Area:	382221323,825961
Selection Set:	False

Gambar 5 hasil *Nearest Neighbour Analysis*

Berdasarkan analisa diatas menunjukan besarnya nilai *Nearest Neighbour Analysis* yang menjadi acuan dalam menentukan jenis pola sebaran yang dihasilkan. Dimana nilai T yang digunakan sebagai paramenter yaitu jika jumlah T berkisar dari 0 – 0,7, menunjukkan pola mengelompok atau bergerombol (*Cluster Pattern*), (b) jumlah T berkisar dari 0,8 – 1,4, menunjukkan pola acak atau tersebar tidak merata (*Random Pattern*), dan (c) jumlah T berkisar dari 1,5 – 2,15 menunjukkan pola

seragam atau tersebar merata (*Uniform /Dispersed Pattern*). Hasil perhitungan diatas menunjukkan jika nilai *Nearest Neighbor Ratio* sebesar 1, 211645 atau nilai $T = 1, 211645$ dimana nilai $P \text{ value} = 0,0885$ berada diantara $0,01 - 0,10$ hal tersebut dapat diartikan bahwa sebaran fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan pengobatan hipertensi yaitu puskesmas dan puskesmas pembantu yang berada diwilayah kecamatan krueng sabee mempunyai pola acak atau tersebar tidak merata (*Random Pattern*),

3. Analisis buffering

Berdasarkan hasil analisis spasial menggunakan metode buffer maka dapat dijelaskan luas area setiap desa dan jenis fasilitas kesehatan yang digunakan penduduk sebagai preferensi pengobatan hipertensi sebagaimana ditampilkan dalam tabel berikut ini.

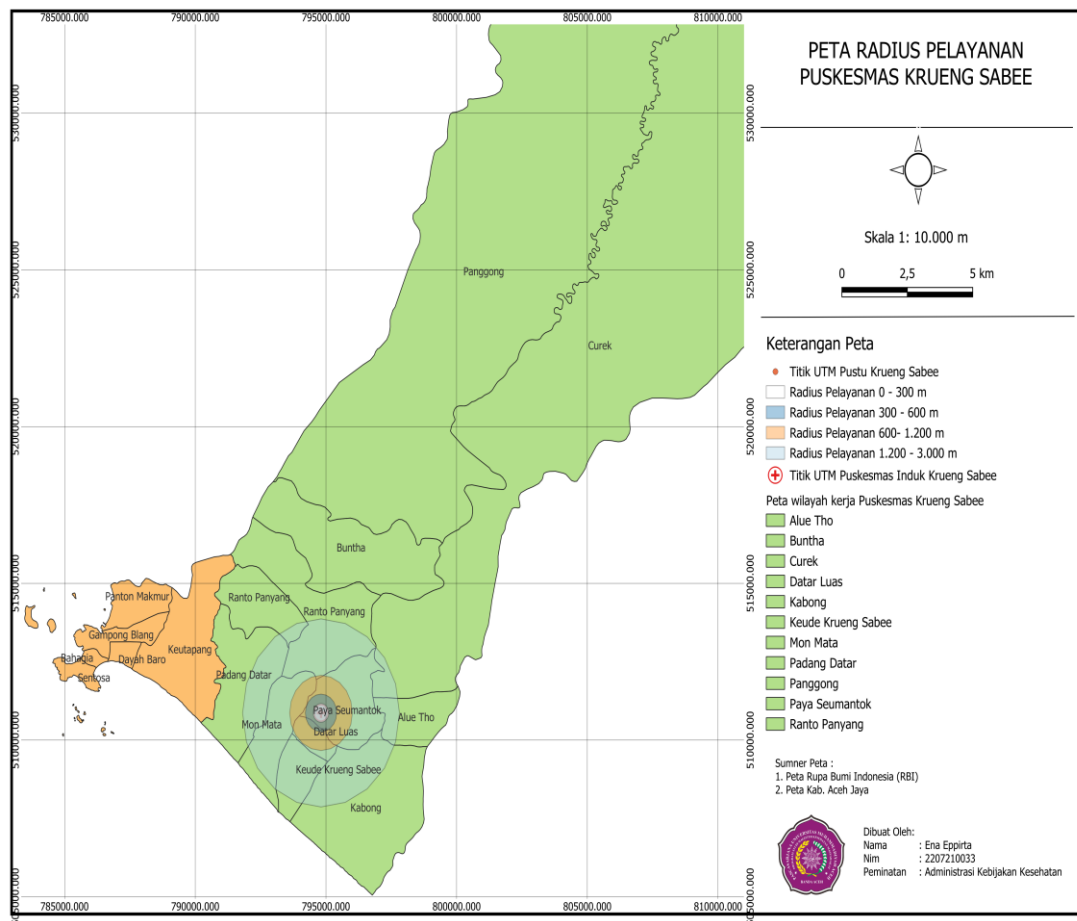
Tabel 25 Luas Wilayah Desa dan Jenis Fasilitas yang Tersedia di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024

No	Desa	Jumlah Penduduk	Luas Wilayah (Km ²)	Rata- Rata Penduduk (Km ²)	Jenis Fasilitas Kesehatan	
					Puskesmas	PUSTU
1	Keude Krueng Sabee	1078	1,1	980		
2	Kabong	779	5,4	144		
3	Padang Datar	1574	9	175		
4	Datar Luas	1388	0,8	173		1
5	Ranto Panyang	446	6,8	66		
6	Buntha	467	1,2	389		1
7	Panggong	701	1,17	599		1
8	Curek	519	7,5	69		
9	Alue Tho	351	5	70		
10	Mon Mata	1174	5,4	217		
11	Paya Seumantok	991	7	142	1	
Jumlah		9468	50,37	4586	1	3

Sumber data: Data Primer 2024

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa desa dengan area terluas yang berada diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee adalah desa Curek yaitu 7,5 Km² dengan rata- rata penduduk 69 jiwa/ Km², dan area terkecil yaitu desa padang datar dengan luas 0,8 Km² yang memiliki rata- rata penduduk 1735 jiwa/ Km² sedangkan Jenis fasilitas kesehatan yang digunakan sebagai pola utama dalam pengobatan

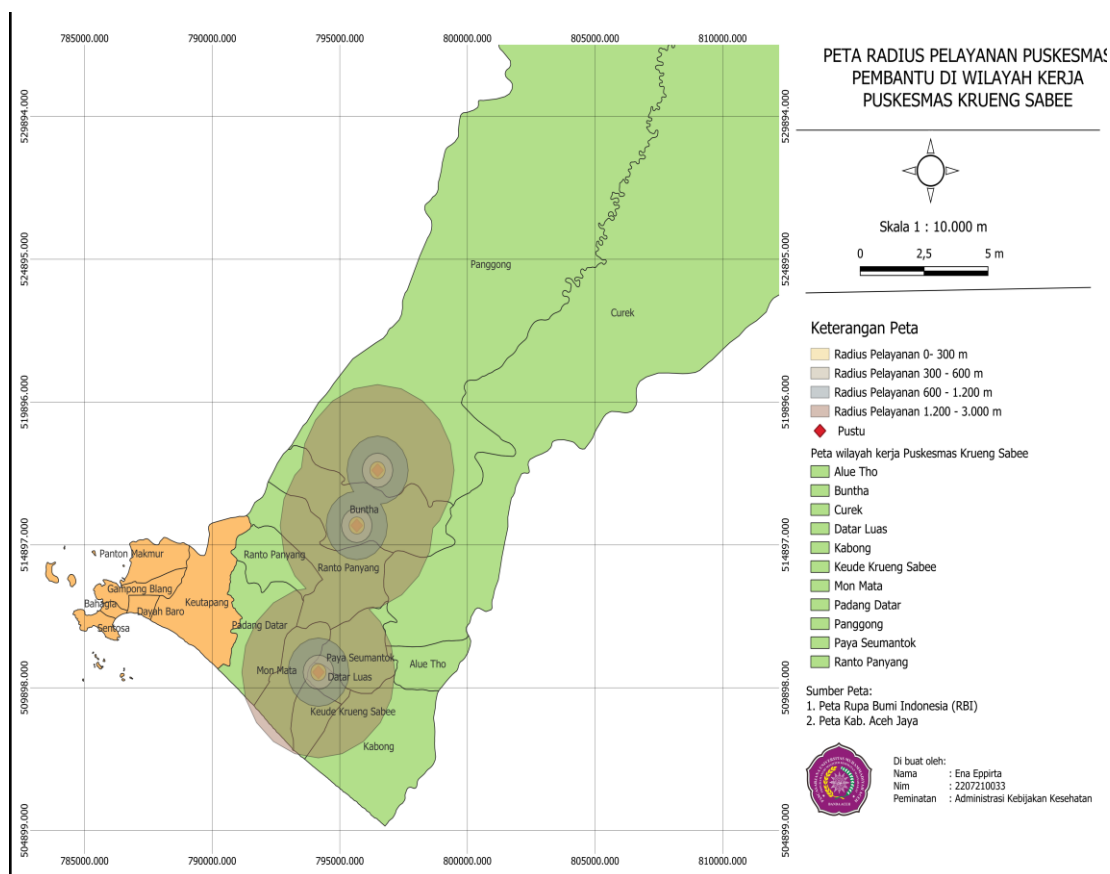
hipertensi adalah Puskesmas Induk yang berada di desa Paya Semantok dan Puskesmas Pembantu yang terletak di desa Panggong, Desa Datar Luas dan Desa Buntha.



Gambar 6 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Puskesmas

Dari hasil analisa spasial menunjukan jika radius jangkauan pelayanan Puskesmas Krueng Sabee dikelompokkan berdasarkan kategori sangat dekat (0 – 300m) dekat (300 – 600m) sedang (>600- 1.200m) dan Jauh (> 1.200- 3000 m) serta sangat jauh (>3000m) dengan metode buffering maka didapatkan informasi area mana saja yang berada dalam jangkauan radius pelayanan Puskesmas diantaranya desa paya semantok, desa padang datar, desa datar luas, desa keude krueng sabee, desa kabong dan desa mon mata. Sedangkan desa yang tidak termasuk dalam klasifikasi keterjangkauan jarak tersebut merupakan desa yang melebihi jangkauan dari pelayanan Puskesmas meliputi desa panggong, desa curek, desa alue tho dan

desa buntha. Namun demikian pada desa yang tidak terjangkau pelayanan puskesmas terdapat puskesmas pembantu yang membantu pelayanan kesehatan dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil. Berdasarkan rentang jarak tersebut menjelaskan sejauh mana penduduk dapat mencapai fasilitas puskesmas dalam mendapatkan pengobatan hipertensi.



Gambar 7 Hasil Analisis Buffer Radius pelayanan Puskesmas Pembantu

Hasil analisa buffer pada radius pelayanan Puskesmas Pembantu, menunjukan pelayanan yang diberikan relative terjangkau dimana mayoritas jangkauan pelayanan fasilitas berada dalam radius 1,5 - 3 Km. Hasil diatas menunjukan jangkauan sebaran pelayanan kesehatan banyak menysar pada 6 desa yang berada di kemukiman Krueng Sabee yaitu desa paya semantok, desa padang datar, desa keude krueng sabee, desa kabong dan desa mon mata dimana pada 4 desa yang termasuk dalam radius keterjangkauan Puskesmas Pembantu yaitu desa paya semantok, desa padang datar, keude krueng sabee dan datar luas merupakan pusat wilayah penduduk krueng sabee dengan 4 fasilitas kesehatan yang saling

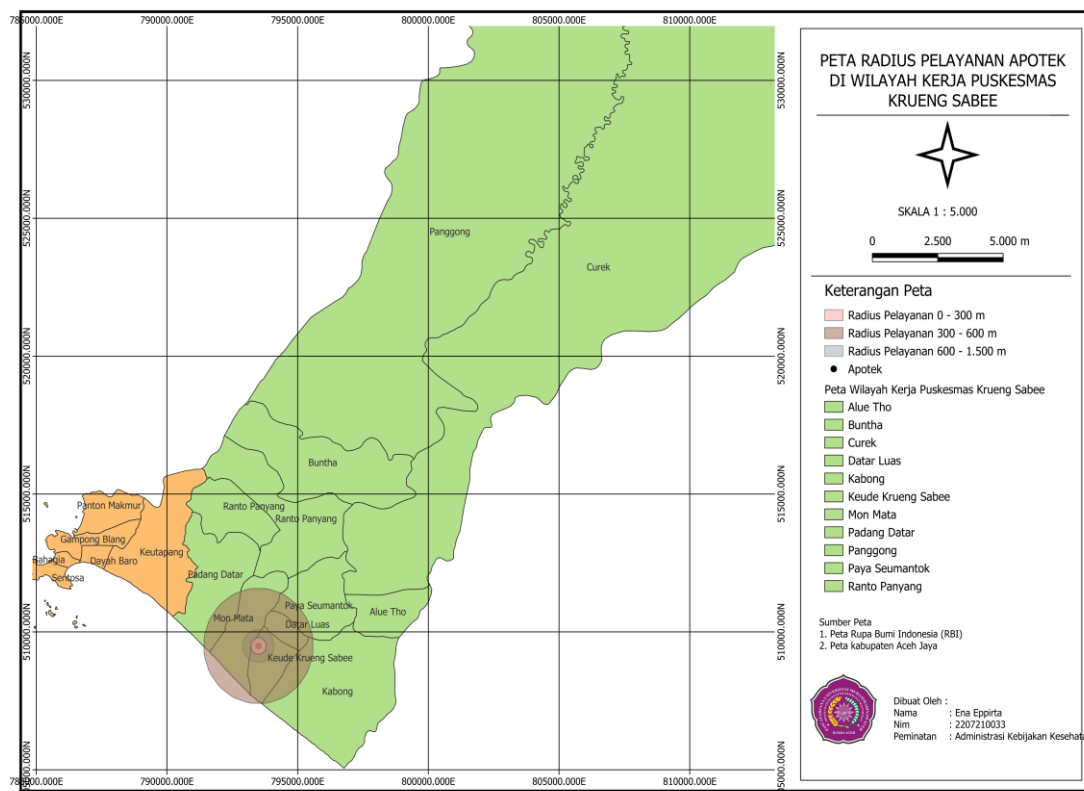
berdekatan. Sedangkan pada desa yang mempunyai wilayah yang luas serta jarak yang jauh dengan Puskesmas sebagai fasilitas utama dalam pengobatan, pelayanan kesehatan hipertensi diberikan di Unit kecil Puskesmas yaitu Puskesmas pembantu.

Tabel 26 Luas Wilayah desa dan fasilitas Apotek serta toko obat yang Tersedia di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee Tahun 2024

No	Desa	Jumlah Penduduk	Luas Wilayah (Km2)	Rata- Rata Penduduk (Km2)	Jenis Fasilitas Kesehatan	
					Apotek	Toko Obat
1	Keude Krueng Sabee	1078	1,1	980	1	
2	Kabong	779	5,4	144		
3	Padang Datar	1574	9	175		
4	Datar Luas	1388	0,8	173		
5	Ranto Panyang	446	6,8	66		
6	Buntha	467	1,2	389		
7	Panggong	701	1,17	599		
8	Curek	519	7,5	69		
9	Alue Tho	351	5	70		
10	Mon Mata	1174	5,4	217		1
11	Paya Seumantok	991	7	142		
Jumlah		9468	50,37	4586	1	1

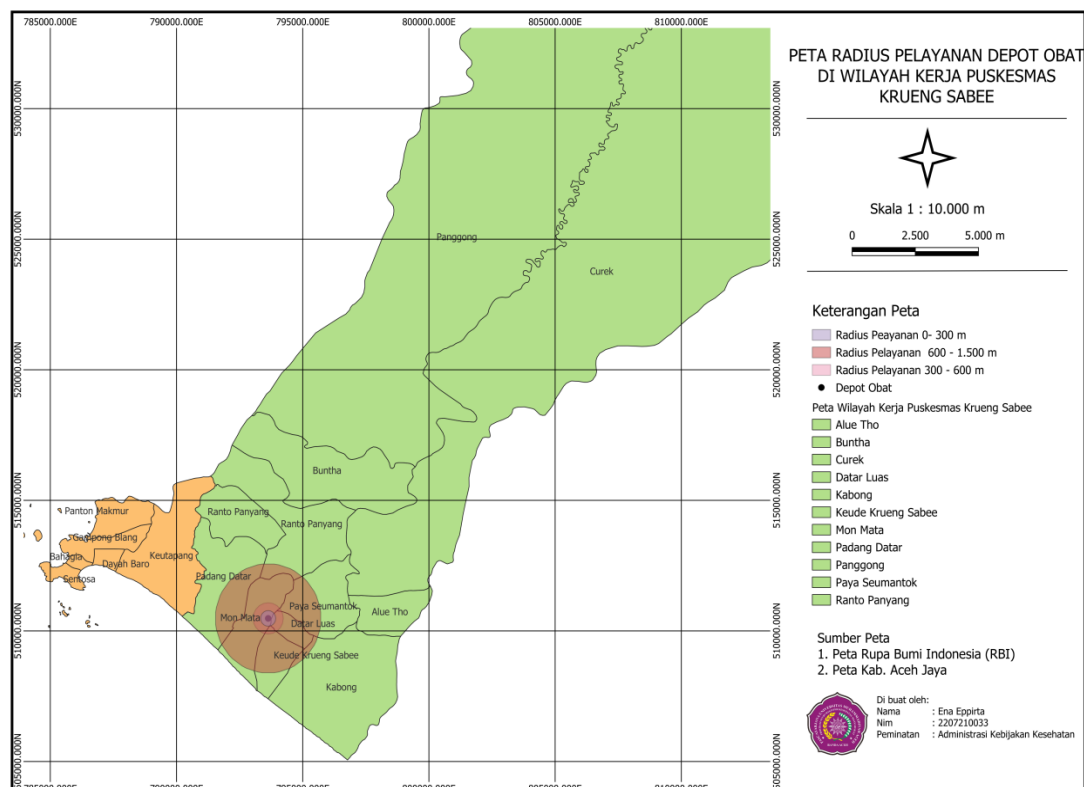
Sumber data; BPS Aceh jaya 2024

Dari tabel diatas menunjukan jika apotek dan depot obat sebagai preferensi fasilitas kesehatan yang digunakan dalam pengobatan hipertensi selain dari preferensi utama yaitu Puskesmas Induk dan Puskesmas Pembantu sebagai pola utama dalam pemilihan pengobatan hipertensi. Data diatas juga menunjukan lokasi Apotek yang berada di Desa Keude Krueng Sabee, sedangkan Depot Obat terletak di Desa Mon Mata



**Gambar 8 Peta Radius Pelayanan Apotek Diwilayah Kerja
Puskesmas Krueng Sabee**

Dari hasil analisa spasial menunjukan jika radius jangkauan pelayanan Apotek yang berada di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee dikelompokkan berdasarkan kategori sangat dekat (0 – 300m) dekat (300 – 600m) dan jauh (> 600m -1.500m) dengan metode buffering maka didapatkan informasi area mana saja yang berada dalam radius keterjangkauan Apotek sebagai preferensi fasilitas pengobatan hipertensi yaitu pada radius sangat dekat sampai dengan kategori dekat yaitu desa keude krueng sabee memiliki jumlah penduduk sebanyak 1078 jiwa, kepadatan penduduk $980/ \text{Km}^2$ dengan luas wilayah $1,1 \text{ Km}^2$ dan desa mon mata dengan jumlah penduduk sebanyak 991 jiwa, tingkat kepadatan penduduk $217/ \text{Km}^2$ dan luas wilayah $5,2 \text{ Km}^2$. Sedangkan pada radius keterjangkauan jauh adalah desa Kabong memiliki jumlah penduduk 779 jiwa, tingkat kepadatan penduduk $144/ \text{Km}^2$ dengan luas wilayah $5,4/ \text{Km}^2$ dan desa datar luas yang memiliki jumlah penduduk sebanyak 1388 jiwa, tingkat kepadatan penduduk $173/\text{Km}^2$ dengan luas wilayah $0,8/\text{Km}^2$.



Gambar 9 Hasil Analisis Buffer Radius Pelayanan Depot Obat

Berdasarkan hasil analisa spasial menunjukan jika radius jangkauan pelayanan Depot obat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Krueng sabee dikelompokkan berdasarkan kategori sangat dekat (0 – 300m) dekat (300 – 600m) dan jauh (> 600m -1.500m) dengan metode buffering sehingga dapat diinformasikan area mana saja yang berada dalam radius keterjangkauan depot obat sebagai preferensi fasilitas pengobatan hipertensi yaitu pada radius sangat dekat sampai dengan kategori dekat yaitu desa datar luas memiliki jumlah penduduk sebanyak 1388 jiwa, tingkat kepadatan penduduk 173/Km² dengan luas wilayah 0,8/Km² dan desa Paya semantok yang memiliki jumlah penduduk 991 jiwa, tingkat kepadatan penduduk 142/Km² dan memiliki luas wilayah 7/Km².

Sedangkan pada radius keterjangkauan jauh adalah desa Keude krueng sabee memiliki jumlah penduduk sebanyak 1078 jiwa, kepadatan penduduk 980/ Km² dengan luas wilayah 1,1 Km² dan desa mon mata dengan jumlah penduduk sebanyak 991 jiwa, tingkat kepadatan penduduk 217/ Km² dan luas wilayah 5,2 Km² serta desa padang datar yang memiliki jumlah penduduk 1574 jiwa, tingkat kepadatan penduduk 175/Km², dengan luas wilayah 9 Km².

BAB VI

PEMBAHASAN

Meningkatnya usia harapan hidup (UHH) di Indonesia diduga ikut berperan dalam pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit degeneratif yang berefek pada peningkatan prevalensi hipertensi. Dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki pengaruh yang sangat krusial. Sehingga kuantitas dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan yang ada harus proporsional.

1.1. Analisis Univariat

Analisa ini bertujuan menjelaskan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel penelitian yaitu variabel karakteristik, sosio ekonomi, aksesibilitas dan pola pencarian pengobatan. Berdasarkan hasil penelitian yang diuraikan pada tabel 16 menunjukkan bahwa karakteristik penelitian mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu 180 orang (53,7%). Jenis kelamin memiliki hubungan terhadap pola pencarian pengobatan hipertensi. Secara umum perempuan lebih peduli dengan kesehatan mereka dibandingkan laki-laki, bahkan jika kondisi kesehatan mereka sudah menderita suatu penyakit tertentu namun mereka masih enggan untuk memeriksakan dan mencari pengobatan untuk kesehatan mereka. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Tambuwun (2021) yang menyebutkan jika perilaku kesehatan laki-laki dan perempuan tampaknya dipengaruhi oleh perbedaan gender. Laki-laki cenderung lebih agresif, sombong, kompetitif, kasar, dominan, independen, dan tidak emosional, sedangkan perempuan lebih ramah, cemas, penuh kasih, bergantung, emosional, lembut, sensitif, dan tunduk. Sehingga membuat perempuan lebih peduli dengan kesehatan mereka dibandingkan laki-laki, yang mengakibatkan lebih banyak perempuan yang mengikuti perawatan hipertensi (Tambuwun *et al.*, 2021).

Pada karakteristik usia hasil penelitian menunjukkan jika mayoritas responden berada pada kelompok usia > 35 tahun yaitu sebanyak 285 orang (85,1%) dan minoritas

responden berada pada kelompok usia < 35 tahun sebanyak 50 orang (14,9%). Salah satu faktor yang mempengaruhi tekanan darah adalah usia. Usia terkait dengan hipertensi dimana seseorang dengan usia lebih tua memiliki resiko lebih besar untuk mengalami hipertensi. Perubahan arteri kemungkinan besar berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh penuaan. Aterosklerosis merupakan proses di mana peningkatan kalsifikasi vaskuler menyebabkan perubahan struktural, seperti penyempitan lumen pembuluh darah dan pengerasan dinding pembuluh darah selama propagasi gelombang tekanan darah (Yunus *et al.*, 2021).

Sedangkan pada karakteristik status hipertensi diketahui dari 355 responden penelitian, mayoritas responden mengalami hipertensi sebanyak 286 orang (85,4%) dan minoritas responden dengan status prehipertensi sebanyak 49 orang (14,6%). Dalam klasifikasi tekanan darah, terdapat empat kategori status hipertensi. Nilai normal tekanan darah sistolik (TDS) kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) kurang dari 80 mmHg. Pasien dengan kecenderungan tekanan darah naik di masa depan dikenal sebagai prehipertensi, kondisi ini tidak termasuk dalam kategori penyakit akan tetapi semua pasien hipertensi pada stage tersebut harus mendapatkan pengobatan (Wahyudi *et al.*, 2017).

Pada variabel sosio ekonomi kategori tingkat pendidikan, mayoritas responden berpendidikan dengan kategori rendah sebanyak 289 orang (86,3%). Tingkat pendidikan responden yang rendah berdampak pada motivasi dan kesadaran untuk mencegah hipertensi. Seseorang yang mengalami hipertensi dengan tingkat pendidikan yang sangat rendah disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dialaminya, yang membuatnya sulit untuk mengontrol masalah kesehatannya. Tingkat pendidikan responden yang sangat rendah juga sangat berpengaruh terhadap hipertensi yang dideritanya, karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan kesehatan yang dialaminya (Suciana *et al.*, 2020). Pada kelompok jenis pekerjaan, mayoritas responden memiliki jenis pekerjaan tidak tetap sebanyak 275 orang (82,1%). Berdasarkan hasil penelitian menunjukan jika responden dengan jenis pekerjaan tetap cenderung lebih rutin dalam melakukan pengobatan hipertensi. Sementara responden dengan

jenis pekerjaan tidak tetap seperti buruh tani, nelayan dan lain – lain kurang rutin dalam melakukan pengobatan hipertensi. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Brew *et al.* (2016) menyebutkan bahwa status pekerjaan memengaruhi kunjungan ke dokter, dimana pekerjaan seperti petani di Australia mengunjungi dokter 0,66 kali lebih sedikit daripada orang bukan dengan jenis pekerjaan petani.

Sedangkan pada kategori tingkat pendapatan, mayoritas responden mempunyai tingkat pendapatan tidak sesuai UMR sebanyak 253 orang (75,5%). Kelompok berpenghasilan tinggi memiliki risiko hipertensi yang lebih kecil dibandingkan dengan kelompok berpenghasilan rendah. Hal yang sama juga dijelaskan dalam penelitian Salasi *et al.* (2021) bahwa orang-orang dengan penghasilan di atas UMR dan orang-orang dengan penghasilan di bawah UMR sama-sama berpeluang mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan public, namun mayoritas responden dengan penghasilan rendah memilih pengobatan ke kesehatan publik dikarenakan biayanya murah dan gratis, sehingga mereka tidak perlu mengeluarkan banyak uang tetapi tetap mendapatkan pengobatan yang sesuai (Salasi *et al.*, 2021).

Menurut Satoto *et al.* (2022) pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi adalah pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Akses terhadap pelayanan kesehatan dapat diukur oleh sumber daya yang tersedia dan karakteristik individu yang mendapatkan layanan tersebut. Dalam penelitian ini keterjangkauan akses diukur dari segi jarak tempuh, waktu tempuh, kemudahan transportasi dan kemudahan informasi. Berdasarkan hasil penelitian pada variabel aksesibilitas fasilitas kesehatan, diketahui bahwa jarak dan waktu tempuh responden penelitian dalam mencari pengobatan hipertensi mayoritas tidak terjangkau sebanyak 211 orang (63,0%) dengan waktu tempuh yang jauh sebanyak 211 orang (63,0%), pada kemudahan transportasi mayoritas responden menyebutkan bahwa mudah dalam mendapatkan transportasi menuju pengobatan hipertensi sebanyak 308 orang responden (91,9%) dan pada kemudahan informasi responden penelitian mayoritas menyebutkan ketidak jelasan informasi terkait pengobatan hipertensi sebanyak 246 orang responden (73,4%).

Hal tersebut menggambarkan bahwa keteraturan berobat akan dipengaruhi oleh jarak rumah pasien dari pusat pelayanan kesehatan dan kendala transportasi. Hal senada juga disebutkan dalam penelitian Tukayo *et al.* (2020) jika ada hubungan yang signifikan antara akses menuju pelayanan kesehatan dengan kepatuhan minum obat. Menurut Makatindu *et al.* (2021) untuk membantu seseorang menjalankan kepatuhan pengobatan, faktor keterjangkauan jarak atau kemudahan dalam menuju tempat tujuan (fasilitas kesehatan) sangat penting. Jarak, waktu tempuh, dan kemudahan transportasi merupakan faktor keterjangkauan akses.

Husaini *et al.* (2017) menjelaskan bahwa terdapat beberapa perilaku dalam mencari pengobatan yaitu mengobati diri sendiri, melakukan pengobatan alternatif (CAM, *Complementary and Alternative Medicine*), menggunakan bantuan medis, atau menggabungkan dua atau tiga pilihan tersebut, beberapa contoh perilaku mencari pengobatan diantara lain mengunjungi tempat pengobatan tradisional, seperti dukun, dan melakukan kerokan dan pijit selanjutnya adalah membeli obat di toko obat atau warung obat kemudian perilaku mencari pengobatan selanjutnya adalah mengunjungi fasilitas kesehatan konvensional yang dimiliki oleh pemerintah atau oleh swasta, seperti balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian pada variabel pola pencarian pengobatan diketahui jika mayoritas responden penelitian melakukan pola pencarian pengobatan medis sebagai pola utama dalam upaya pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang responden (70,4%) dan minoritas melakukan pola pencarian pengobatan hipertensi dengan pola kombinasi (Tradisional + swamedikasi) sebanyak 99 orang (29,6%).

Hasil penelitian yang sama juga dikemukakan oleh Salasi *et al.* (2021) bahwasanya mayoritas responden (44,3%) berobat ke dokter umum atau tempat pengobatan umum seperti puskesmas dan rumah sakit akan tetapi minoritas yaitu 10 dari responden (14,3%) tidak melakukan apa-apa selama penelitian ini. Hal senada juga diungkapkan dalam penelitian Shubham Gupta *et al.* (2020) dimana berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sebagian besar responden memilih untuk berobat di rumah sakit atau pengobatan umum (*public medicine*), tempat kedua adalah toko obat, pengobatan tradisional, dan pengobatan sendiri atau di rumah. Selain itu, diketahui bahwa perilaku pencarian kesehatan untuk penyakit

jangka panjang dan tanpa gejala, seperti hipertensi, menunjukkan tindakan atau perilaku yang tidak baik di mana orang merasa tidak perlu menerima pengobatan karena merasa tidak ada manfaatnya atau karena mereka tidak merasa terganggu oleh penyakitnya.

1.2. Analisis Bivariat

1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Pola pencarian pengobatan hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui sebahagian besar responden berpreferensi pengobatan medis sebanyak 236 orang responden (70,45%) dengan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 124 orang responden (37,01%), sedangkan sebagian kecil responden dalam penelitian ini berpreferensi pengobatan hipertensi dengan pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebanyak 99 orang dengan mayoritas responden berjenis perempuan sebanyak 56 orang (16,72%).

Hal tersebut menunjukan bahwa baik laki- laki maupun perempuan cenderung memilih pola pencarian pengobatan medis menjadi pola utama dalam pengobatan hipertensi. Responden dengan jenis kelamin perempuan mempunyai proporsi lebih tinggi pada pola pencarian pengobatan dengan pengobatan medis dibandingkan dengan responden berjenis kelamin laki- laki, akan tetapi hasil penelitian juga menunjukan jika proporsi responden dengan jenis kelamin laki- laki cenderung 1.027 kali lebih mungkin untuk memilih pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) dalam pengobatan hipertensi dibandingkan responden dengan jenis kelamin perempuan. Hal ini senada dengan pernyataan yang disampaikan oleh Yukha (2022) jika terdapat dua aspek yang mendasari pribadi dalam mencari bantuan salah satunya yaitu jenis kelamin. Perbedaan jenis kelamin akan mempengaruhi siapa yang mencari bantuan. Perempuan cenderung mencari bantuan lebih banyak daripada laki-laki ketika mereka menghadapi masalah. Perempuan biasanya lebih peduli dengan kesehatan mereka, sedangkan laki-laki sering tidak peduli dengan kesehatan mereka dan meremehkan kondisi tubuh mereka, bahkan jika mereka sudah menderita penyakit tertentu, tetap enggan untuk memeriksa kesehatan mereka secara teratur (Tambuwun *et al.*, 2021)

Berdasarkan hasil analisis *uji chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan adalah *p-value* 0,500 atau $< 0,05$ hal ini menjadi indikasi jika ada hubungan signifikan secara statistik pada pola pengobatan antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ama *et al.* (2020) menyebutkan jika responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 69,4% cenderung tidak memilih berobat ke pelayanan kesehatan, sementara pada kelompok responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 38,5% cenderung memilih berobat ke pelayanan kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p* sebesar 0,500 yang artinya nilai *p-value* $> 0,05$ dengan demikian maka disimpulkan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan preferensi dalam pola pemilihan pengobatan hipertensi.

Andi Firmansyah (2018) menjelaskan salah satu penyebab yang memicu terjadinya hipertensi adalah gender, pada umumnya hipertensi jauh lebih banyak diderita pada kelompok pria dibandingkan dengan wanita, hal tersebut dikarenakan pria mempunyai pola hidup yang bisa meningkatkan tekanan darah. Akan tetapi, kejadian hipertensi pada kelompok wanita usia ≥ 45 tahun beresiko menjadi lebih tinggi disebabkan karena hormonal pada saat wanita akan mengalami menopause. Menurut asumsi peneliti, banyak factor yang berhubungan dengan perbedaan pandangan dalam penentuan pemilihan pengobatan hipertensi antara laki-laki dengan perempuan diantaranya adalah persepsi tentang resiko hipertensi. Laki-laki cenderung menganggap gejala hipertensi seperti pusing, lelah bukanlah sebuah hal serius berbeda dengan perempuan. Factor lainnya yaitu dukungan social, secara umum perempuan mempunyai dukungan social yang lebih kuat yang bias membantu perempuan dalam menentukan keputusan pengobatan hipertensi, berbeda dengan laki-laki dimana stereotip gender yang menganggap laki-laki lebih maskulin menyebabkan mengabaikan kondisi kesehatannya dan enggan mencari bantuan pengobatan.

Hasil penelitian juga menguraikan jika mayoritas responden berpreferensi pada pola pencarian pengobatan medis sebagai pola pengobatan utama sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebahagian besar berada pada kelompok usia > 35 tahun sebanyak 220 orang (65,67%). Sedangkan kelompok minoritas dalam

penelitian ini berpreferensi melakukan pola pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebanyak 99 orang (29,55%) dengan kelompok mayoritas berusia < 35 tahun sebanyak 65 orang (19,40%).

Hal penelitian tersebut menggambarkan jika kelompok responden usia >35 tahun keatas 29 kali lebih dominan memilih pola pengobatan medis sebagai pilihan utama, sedangkan kelompok responden usia < 35 tahun kebawah lebih cenderung memilih pola pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebagai pilihan utama dalam pengobatan hipertensi dan 0,33 kali lebih cenderung untuk tidak memilih pola pencarian pengobatan medis. Andi Firmansyah (2018) menyebutkan jika determinan penyebab hipertensi salah satunya adalah usia. Dimana Semakin meningkatnya usia, maka peluang menderita hipertensi menjadi semakin besar. Dikelompok usia lanjut, mayoritas hipertensi yang ditemukan terjadinya dikarenakan kenaikan tekanan darah sistolik. Hal ini menjadi penyebab perubahan struktur pada pembuluh darah besar sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku.

Berdasarkan hasil analisis *uji chi-square* menunjukan nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$. Ini menjelaskan bahwa terdapat perbedaan signifikan dalam pola pengobatan hipertensi antara responden kelompok usia > 35 tahun dengan kelompok responden usia < 35 tahun. Hasil penelitian ini senada dengan pernyataan Noniasri (2021) salah satu faktor yang dapat menyebabkan hipertensi adalah usia dalam penelitiannya tentang karakteristik dan perilaku pencarian pengobatan pada penderita hipertensi, dimana terdapat 45,32% dari responden berusia 45 hingga 54 tahun. Hal yang sama juga disebutkan dalam penelitian Ama *et al.* (2020) usia menjadi salah satu faktor yang mendorong seseorang untuk menentukan perilaku pencarian kesehatan, tetapi usia tidak menjamin kematangan dan kedewasaan seseorang untuk bertindak dan membuat keputusan yang tepat tentang pencarian kesehatan, begitu pula sebaliknya.

Dari hasil penelitian dan teori, menurut asumsi peneliti terdapat beberapa factor yang berhubungan dengan perbedaan pemilihan pengobatan hipertensi pada dua kelompok usia responden penelitian diantaranya adalah perbedaan pengetahuan tentang perilaku kesehatan, dimana kelompok usia <35 tahun kurang

pemahaman tentang pencegahan dan pengobatan dini penyakit kronis seperti hipertensi. Kelompok usia <35 tahun juga beranggapan jika hipertensi merupakan penyakit orang tua, sehingga kelompok ini cenderung mengabaikan dan merasa tidak perlu melakukan pengobatan pada fasilitas kesehatan.

Hasil penelitian pada karakteristik status hipertensi dari 355 responden penelitian, diketahui sebahagian besar responden berpreferensi pengobatan medis sebagai pola utama pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebagian besar responden berada pada kriteria hipertensi sebanyak 220 orang (65,67%). Sedangkan kelompok minoritas responden penelitian berada pada kelompok opsi memilih pola pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) mayoritas berstatus hipertensi sebanyak 66 orang (19,70%). Berdasarkan hasil analisis *uji chi-square* menunjukan nilai signifikan adalah p-value 0,000 atau < 0,05. Hal ini menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik (Status Hipertensi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi.

Dari hasil penelitian dapat dijelaskan jika responden dengan kriteria hipertensi cenderung lebih memilih pola pengobatan hipertensi dengan pola pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan, berbeda halnya responden penelitian dengan kriteria prehipertensi dimana mayoritas lebih memilih pola pengobatan kombinasi (tradisional+swamedikasi) yang mana responden dengan status Prehipertensi 0,34 kali cenderung lebih memilih tidak memilih pola pencarian pengobatan medis dalam pengobatan hipertensi yang mereka derita dibandingkan dengan responden status hipertensi.

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Lydia *et al.* (2021) yang menemukan bahwa sebanyak 32,5% orang dewasa di Indonesia memiliki tekanan darah prehipertensi berdasarkan data dari Survei Family Life Indonesia dari 13 provinsi pada tahun 2014-2015. Hal yang sama juga ditunjukkan dalam penelitian Rafan *et al.* (2018) yang menemukan bahwa 37,1% orang dewasa di wilayah Malaysia mengalami prehipertensi. (Wirmando *et al.*, 2022) menjelaskan jika prehipertensi adalah fase sebelum terjadinya hipertensi. Pada fase ini, prehipertensi berpeluang besar menjadi penyakit hipertensi apabila tidak dilakukan control atau pengobatan.

Berdasarkan tinjauan naratif Widayanti *et al.* (2020) menyebutkan bahwa sebagian besar penduduk Indonesia memilih untuk mengobati diri mereka sendiri daripada memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk penderita hipertensi sangat penting memperhatikan bagaimana penderita hipertensi mencari pengobatan karena perilaku ini menentukan kondisi mereka menjadi lebih buruk atau sebaliknya. Hal tersebut didukung oleh pernyataan yang menyebutkan faktor lain yang berkontribusi pada peningkatan tekanan darah adalah perilaku mencari pertolongan. Perilaku ini sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong. Tidak melakukan apa-apa, mengobati diri sendiri, melakukan pengobatan medis, herbal, tradisional, spiritual, atau komplementer.

Menurut asumsi peneliti, terjadinya hubungan yang signifikan antara kondisi prehipertensi dengan hipertensi dalam pola pencarian pengobatan dikarenakan perbedaan persepsi individu, dimana kondisi hipertensi dipandang sebagai kondisi serius dengan kejadian komplikasi beresiko tinggi sehingga status dengan hipertensi lebih cenderung memilih pengobatan medis menjadi pola utama dalam pengobatan hipertensi sedangkan kondisi prehipertensi dianggap sebagai sebuah kondisi resiko rendah dengan gejala sangat ringan dimana dampak dari prehipertensi belum terasa. Secara psikologis hipertensi dengan gejala yang berat menyebabkan kecemasan yang tinggi sehingga penderita hipertensi cenderung lebih aktif dalam melakukan pengobatan. Berbeda halnya dengan kondisi prehipertensi sebahagian penderita masih menganggap sebagai hal normal atau belum parah sehingga mempengaruhi motivasi penderita prehipertensi untuk mencari pengobatan.

2. Hubungan Sosio ekonomi Responden dengan Pola Pencarian Pengobatan Hipertensi

Hasil penelitian menunjukan dari 355 responden penelitian, mayoritas responden memilih pola pencarian pengobatan medis sebagai pola utama sebanyak 236 orang (70,45%) dimana sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 197 orang (58,81%). Sedangkan minoritas responden dengan opsi memilih pola pencarian pengobatan kombinasi sebagai pola pengobatan hipertensi yang dideritanya berjumlah 99 orang (29,55%) dengan sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah.

WHO menjelaskan jika factor pendukung yang bisa meningkatkan risiko hipertensi adalah pendidikan, pendapatan, wilayah tempat tinggal, dan urbanisasi (WHO, 2019). Pendidikan merupakan Kemampuan manusia dalam memahami informasi yang diperoleh dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan juga berkaitan dengan kesadaran untuk mau melakukan upaya pencegahan hipertensi dan komplikasinya dengan mengetahui gejala-gejalanya (Notoatmodjo, 2017).

Hastuti & Habibah (2022) menyebutkan bahwa pemicu utama tidak terkontrolnya tekanan darah, terutama pada penderita hipertensi di Asia, adalah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang hipertensi. Hal senada juga disebutkan dalam penelitian Hanum *et al.* (2019) tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang, hal ini dibuktikan dimana mayoritas responden dengan tingkat pendidikan tinggi mempunyai pengetahuan tentang hipertensi dengan kategori yang baik. Senada dengan Lu *et al.* (2018) yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah menentukan dan menerima informasi. Semakin banyak informasi yang diperoleh, semakin banyak pula pengetahuan yang diperoleh.

Hasil analisis *uji chi-square* diketahui bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,022$ atau $< 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (Tingkat Pendidikan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi. Pola pencarian pengobatan medis menjadi pilihan utama dalam pengobatan hipertensi baik pada kelompok responden dengan tingkat pendidikan tinggi maupun pada kelompok responden dengan tingkat pendidikan rendah. Hasil penelitian juga menjelaskan jika responden dengan tingkat pendidikan tinggi 20 kali lebih cenderung memilih pengobatan medis sebagai pola pengobatan hipertensi utama dibandingkan dengan kelompok responden dengan pendidikan rendah. Hal ini sejalan dengan teori yang disebutkan Yukha (2022) jika tingkat pendidikan merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi *Help-Seeking Behavior* individu. Hal tersebut dikarena mereka dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki lebih banyak pengetahuan daripada orang dengan tingkat pendidikan rendah, mereka cenderung mencari bantuan lebih cepat.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Mardiana *et al.* (2021) dalam penelitiannya bahwa ditemukan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan kepatuhan pasien hipertensi di puskesmas Karangrayung II terhadap penggunaan obat dengan nilai koefisien korelasi (0,850). Rosa & Natalya (2023) mengemukakan hal yang sama dalam penelitiannya bahwa pasien hipertensi dengan berpendidikan tinggi berpeluang lebih besar untuk melakukan pemeriksaan rutin hipertensi sebelas kali lebih banyak daripada pasien yang tidak memiliki tingkat pendidikan dasar. Tingkat pendidikan juga menentukan seberapa mudah seseorang menyerap dan memahami apa yang mereka pelajari; umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik pengetahuannya.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan responden dengan tingkat pendidikan rendah mempunyai akses terbatas tentang informasi kesehatan sehingga menyebabkan kesulitan dalam memahami manfaat dari pengobatan medis, responden dengan tingkat pendidikan rendah menganggap pengobatan secara alami sama efektifnya dengan pengobatan medis, hal ini menjadi motivasi untuk mencari alternative pengobatan lain yang dianggap lebih sederhana. Responden dengan tingkat pendidikan rendah mempunyai persepsi jika pengobatan alami dampak resiko lebih rendah dibandingkan dengan pengobatan medis.

Berdasarkan variabel jenis pekerjaan hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berada pada kelompok pola pencarian pengobatan medis sebagai preferensi pola utama pengobatan hipertensi yang mana mayoritas responden mempunyai kategori jenis pekerjaan tidak tetap sebanyak 185 orang (55,22%). Sedangkan minoritas responden berpreferensi pada pola pencarian pengobatan kombinasi terhadap hipertensi mereka sebanyak 99 orang (29,55%) dengan mayoritas berkategori jenis pekerjaan tidak tetap.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nugroho (2019) bahwa salah satu faktor penyebab hipertensi adalah tingkat ekonomi dan jenis pekerjaan seseorang. Windarsih & Devianto (2017) juga menyebutkan hal senada tentang hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan kejadian hipertensi, di mana tingkat ekonomi juga mempengaruhi jenis pekerjaan, mayoritas responden, yaitu 17 dari responden, atau 23,9%, termasuk dalam

kategori sedang. Hasil uji statistik menunjukkan hubungan signifikan, antara tingkat sosial ekonomi dan kejadian hipertensi.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh konsep yang dijelaskan Lestari & Nugroho (2019) bahwa pekerjaan merupakan rangkaian tugas yang harus diselesaikan dan dibayar dengan kompensasi atau kompensasi yang disesuaikan dengan kualifikasi individu dan kesulitan pekerjaan yang dilakukan. Jenis pekerjaan merupakan salah satu factor yang meningkatkan risiko hipertensi pada pekerja, pekerjaan yang mengandalkan aktivitas fisik juga dapat berdampak pada tekanan darah (Irani, 2023).

Hasil analisis *uji chi-square* menjelaskan jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,006$ atau $< 0,05$, ini menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (jenis pekerjaan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi. Hasil tersebut juga menjelaskan jika responden dengan jenis pekerjaan tetap 21 kali lebih cenderung memilih pola pencarian pengobatan medis sebagai pola pengobatan hipertensi mereka dibandingkan responden dengan jenis pekerjaan tidak tetap. Menurut asumsi peneliti, pengobatan medis cenderung menjadi pilihan utama dalam pengobatan hipertensi oleh responden dengan jenis pekerjaan tetap dikarenakan stabilitas finansial dimana kestabilan finansial cenderung memiliki akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan. Kestabilan finansial juga memungkinkan responden penelitian lebih memprioritaskan kesehatan utama dibandingkan dengan kebutuhan dasar hidup. Kestabilan finansial juga memotivasi responden untuk menjaga kontinuitas dalam melakukan pengobatan hipertensi, dengan kestabilan finansial juga meningkatkan jaringan social sehingga dukungan untuk menjalani pengobatan hipertensi dengan pengobatan medis lebih kuat.

Hasil penelitian pada variabel tingkat pendapatan dari 355 responden penelitian, mayoritas responden dengan preferensi pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi sebanyak 236 orang (70,45%) yang mana sebagian besar mempunyai kategori tingkat pendapatan dibawah UMR sebanyak 167 orang (49,85%). Sedangkan kelompok minoritas responden secara keseluruhan mempunyai kategori tingkat pendapatan dibawah UMR berada pada opsi memilih

pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional+swamedikasi) dalam pengobatan hipertensi berjumlah 99 orang (29,55%)

Secara umum responden dengan pendapatan sesuai UMR cenderung memilih pengobatan medis menjadi pilihan utama dalam pola pengobatan hipertensi. Sedangkan responden dengan pendapatan tidak sesuai dengan UMR cenderung memilih pengobatan alternatif selain pengobatan medis bahkan responden dengan pendapatan tidak sesuai UMR lebih cenderung tidak melakukan pengobatan apapun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Leng et al. bahwa status sosial ekonomi rendah dapat dikaitkan dengan tekanan darah tinggi, dan hubungan ini signifikan dengan tingkat pendapatan. Penelitian yang dilakukan oleh Vathesatogkit et al. menemukan bahwa status sosial ekonomi rendah dapat dikaitkan dengan tekanan darah tinggi.

Menurut SULTHAN ALIF (2022) tingkat pendapatan merupakan penghasilan bulanan yang diterima dari semua sektor baik formal, informal, dan subsistem yang dihitung dalam rupiah. Tingkat pendapatan dapat dikaitkan dengan daya beli seseorang. Pendapatan yang tinggi mampu memberikan daya beli dengan kualitas yang terjamin, terutama untuk kebutuhan sehari-hari. Sebaliknya, pada pendapatan keluarga yang rendah terutama untuk kebutuhan keluarga, sering terjadi seperti kurangnya konsumsi buah dan sayur yang kurang lengkap dan variatif hal ini dapat berkontribusi pada peningkatan prevalensi hipertensi. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Binti Utari & Nurul Rochmah (2019) bahwa biaya yang harus ditanggung oleh orang yang menderita hipertensi mencakup banyak biaya tambahan selain biaya pengobatan. Karena biaya pengobatan yang cukup besar dan harus dilakukan selama waktu yang cukup lama bahkan sampai seumur hidup dan karena biaya pengobatan terus meningkat setiap tahun, pengobatan hipertensi dapat menyebabkan beban ekonomi bagi penderita hipertensi, yang paling sering terjadi pada masyarakat dengan status ekonomi menengah ke bawah.

Berdasarkan analisis uji chi-square menunjukkan jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,002$ atau $< 0,05$. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel sosio ekonomi (Tingkat Pendapatan) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi. Hasil penelitian juga menggambarkan jika

responden dengan tingkat pendapatan sesuai UMR 21 kali cenderung lebih memilih pengobatan medis sebagai pola pengobatan hipertensi dibandingkan responden dengan tingkat pendapatan dibawah UMR. Dari hasil penelitian dan teori, menurut pendapat peneliti, responden dengan tingkat pendapatan dibawah UMR cenderung tidak memilih pengobatan medis menjadi pola pengobatan hipertensi mereka dikarenakan responden dengan tingkat pendapatan dibawah UMR tidak memiliki kestabilan finansial, sehingga responden dengan pendapatan tidak sesuai UMR lebih memprioritaskan kebutuhan dasar seperti makan dan hunian daripada kesehatan mereka. Hal tersebut menyebabkan responden penelitian dengan tingkat pendapatan dibawah UMR lebih memilih pengobatan selain pengobatan medis menjadi solusi pengobatan hipertensi untuk mengurangi biaya pengobatan.

3. Hubungan Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan dengan Pola Pencarian Pengobatan Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian variabel aksesibilitas fasilitas kesehatan pada jarak tempuh diketahui mayoritas responden memiliki preferensi pengobatan medis sebanyak 236 orang (70,45%) dimana sebagian besar responden mempunyai jarak tempuh yang tidak terjangkau sebanyak 147 orang responden (43,88%). Sedangkan minoritas responden dengan preferensi pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional+swamedikasi) dalam pengobatan hipertensi berjumlah 99 orang (29,55%) mempunyai jarak tempuh dengan kategori jauh.

Sejalan dengan penelitian Sari *et al.* (2022) dimana ditemukan Sebagian besar responden memiliki aksesibilitas terjangkau dalam mencari pelayanan kesehatan, sebanyak 66 orang, di mana 43 orang (65,2%) mencari pelayanan kesehatan dan 23 orang (34,8%) tidak mencari. Ada juga responden dengan aksesibilitas kurang terjangkau, sebanyak 26 orang, di mana 17 orang (65,4%) mencari pelayanan kesehatan dan 9 orang (34,6%) tidak mencari pelayanan kesehatan ketika mereka sakit.

Menurut Zulaikha & Rahma (2023) jarak antara rumah dengan puskesmas maupun rumah sakit acapkali mempunyai andil terhadap rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan. Jangkauan pelayanan dapat diartikan seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada,

fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan (SNI, 2004).

Dari analisis uji chi-square diketahui jika nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,683$ atau $> 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (jarak tempuh) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee. Hasil penelitian juga menjelaskan jika responden dengan jarak terjangkau mempunyai 10,7 kali memilih pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi yang mereka derita dibandingkan dengan responden yang mempunyai kategori jarak tempuh tidak terjangkau dan responden dengan kategori tidak terjangkau mempunyai 0,93 kali memilih pola pencarian pengobatan medis terhadap hipertensi yang mereka derita dibandingkan dengan responden yang berkategori jarak tempuh terjangkau. Senada dengan hasil penelitian dalam penelitian Sari *et al.* (2022) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara aksesibilitas dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa 43 orang dengan aksesibilitas terjangkau (65,2%) mencari pelayanan kesehatan, dan 17 orang dengan aksesibilitas tidak terjangkau (65,4%).

Menurut teori, aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka butuhkan. Hak formal untuk pelayanan kesehatan saja tidak cukup, masyarakat yang membutuhkan harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jangka waktu yang wajar. Tingkat aksesibilitas wilayah dapat ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya sistem jaringan transportasi, ketersediaan jalan, sarana transportasi, kualitas dan kuantitas jalan, dan tata guna lahan (Laksono, 2016). Berdasarkan hasil penelitian dan teori, menurut asumsi peneliti banyak faktor yang menyebabkan aksesibilitas (jarak tempuh) tidak berhubungan secara signifikan dengan preferensi pola pengobatan hipertensi yaitu diantaranya adalah transportasi atau mobilitas responden. Dimana berdasarkan hasil observasi peneliti, mayoritas responden mempunyai kendaraan pribadi untuk menuju fasilitas kesehatan. Demikian pula hal penunjang lainnya seperti infrastruktur jalan. Dimana

jalan yang baik memungkinkan perjalanan menuju tempat pengobatan lebih cepat dan nyaman sehingga hal tersebut mengurangi hambatan yang kemungkinan ditimbulkan oleh jarak.

Berdasarkan hasil penelitian pada variabel aksesibilitas (waktu tempuh) diketahui mayoritas responden memiliki preferensi pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi yang diderita mereka sebanyak 236 orang (70,45%) dengan mayoritas responden mempunyai waktu tempuh berkategori jauh sebanyak 147 orang (43,88%). Sedangkan responden berpreferensi tidak melakukan pengobatan menjadi pola pengobatan hipertensi mereka berjumlah 99 orang (29,55%) dengan mayoritas mempunyai jarak tempuh dengan kategori jauh sebanyak 64 orang (19,10%).

Hasil analisis *uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,683$ atau $> 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (jarak tempuh) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi. Dari hasil penelitian juga dapat dijelaskan jika responden dengan waktu tempuh yang jauh cenderung memilih pengobatan medis sebagai preferensi pola pengobatan hipertensi akan tetapi responden dengan waktu tempuh kategori jauh juga mempunyai 0,93 kali kecenderungan untuk memilih pola pencarian pengobatan medis terhadap hipertensi yang mereka derita dibandingkan dengan responden yang berkategori waktu tempuh lebih dekat.

Hal ini senada dengan konsep yang disampaikan Fahmi (2023) bahwa Akses pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk transportasi yang tersedia, waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke fasilitas kesehatan, biaya perjalanan, jarak tempuh dari rumah ke fasilitas kesehatan, dan faktor lainnya. Meskipun jarak dari rumah ke fasilitas kesehatan sangat jauh, respons tetap dapat dilakukan. Rukmana (2019) menjelaskan jika keterjangkauan fasilitas kesehatan diukur dari faktor mode transportasi yang pakai dan waktu tempuh dan ongkos yang dibayarkan untuk sampai ketempat pelayanan kesehatan. Mode transportasi yang digunakan untuk pergi ke fasilitas kesehatan dapat berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, atau sepeda motor

Namun hasil berbeda disampaikan oleh Fatimah (2019) dalam hal faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas, ditemukan bahwa ada hubungan antara aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kagok ($p = 0,000$). Jarak tempuh dan waktu yang singkat untuk mencapai fasilitas kesehatan juga menyebabkan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut responden lain, masyarakat kurang memanfaatkan layanan kesehatan seperti puskesmas karena kendala transportasi dan jarak rumah masyarakat yang sebagian jauh dari fasilitas kesehatan. Hasil serupa juga ditemukan dalam penelitian Kawulur *et al.* (2018) bahwa ada korelasi yang signifikan antara perilaku mencari kesehatan (perilaku mencari kesehatan).

Menurut asumsi peneliti, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan waktu tempuh tidak berhubungan secara signifikan dengan pola pencarian pengobatan. Faktor tersebut bisa berupa dukungan social seperti dukungan dari keluarga maupun lingkungan social terhadap penyediaan transportasi untuk melakukan pencarian pengobatan. Faktor infrastruktur ketersediaan akses jalan yang baik mempercepat waktu tempuh menuju fasilitas pengobatan. Pengetahuan dan tingkat kesadaran kebutuhan akan pengobatan penyakit hipertensi mempengaruhi preferensi pengobatan sehingga responden tidak menjadikan waktu tempuh yang jauh menjadi sebuah hambatan dalam mendapatkan pengobatan hipertensi. Hasil yang sama juga disampaikan dalam penelitian Zafasia *et al.* (2021) hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai $p > \alpha$, sehingga H_0 gagal ditolak. Oleh karena itu, tidak ada hubungan antara waktu yang dihabiskan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan selama pandemi.

Hal ini sesuai dengan konsep bahwa tingkat aksesibilitas wilayah ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya sistem jaringan transportasi, ketersediaan jalan, sarana transportasi, kualitas dan kuantitas jalan, dan tata guna lahan (Laksono, 2016). Jangkauan pelayanan juga mampu diartikan sebagai seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada, fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan (SNI, 2004).

Hasil penelitian pada variabel kemudahan transportasi diketahui jika mayoritas responden melakukan pencarian pengobatan hipertensi dengan melakukan pengobatan medis sebanyak 236 orang responden (70,45%) mayoritas berkategori dengan kemudahan akses transportasi sebanyak 231 orang (75,00%). Sedangkan minoritas responden yang memilih opsi pola pencarian pengobatan kombinasi (tradisional + swamedikasi) sebagai pola pengobatan hipertensi mereka diketahui mayoritas sebanyak 99 orang (29,55%) mempunyai kategori akses transportasi yang mudah sebanyak 77 orang (22,99%).

Berdasarkan analisis *uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$ dengan demikian menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (Kemudahan Transportasi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi. Hasil penelitian juga menunjukkan jika responden dengan kategori transportasi mudah lebih cenderung memilih pola pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi dibandingkan dengan responden memiliki kategori transportasi sulit, akan tetapi responden dengan kategori transportasi sulit cenderung 0,30 kali berpreferensi tidak memilih pola pencarian pengobatan medis sebagai pola pengobatan hipertensi mereka dibandingkan dengan responden berkategori transportasi mudah.

Hal senada disampaikan dalam penelitian Luthfiana *et al.* (2024) yang mana disebutkan jika jarak yang tidak terlalu jauh dan sarana transportasi yang tersedia membuat penderita ingin mendapatkan pengobatan terhadap penyakit hipertensinya. Sebaliknya, jarak yang terlalu jauh dan sarana transportasi yang sulit dijangkau untuk ke puskesmas membuat penderita mengurungkan niatnya untuk mendapatkan pengobatan terhadap penyakit hipertensinya. Berbeda halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartikasari *et al.* (2022) bahwa kondisi akses ke layanan kesehatan tidak mempengaruhi preferensi responden untuk mendapatkan perawatan kesehatan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi keputusan responden untuk mendapatkan perawatan kesehatan adalah kenyamanan dan kecocokan dengan layanan yang mereka terima. Menurut Kemenkes RI (2019) Jangkauan pelayanan juga mampu diartikan sebagai seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas

terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada, fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan (Kemenkes RI, 2019; SNI, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang ada, peneliti berpendapat jika kemudahan transportasi berhubungan secara signifikan dengan pola pengobatan dikarenakan transportasi yang mudah memungkinkan responden penelitian memilih pelayan kesehatan berkualitas, dengan transportasi yang mudah responden juga dapat mencari pengobatan tepat waktu serta meningkatkan kepatuhan berobat. Dengan kemudahan transportasi juga memungkinkan frekuensi kunjungan responden untuk melakukan pencegahan atau pemantauan kesehatan lebih sering dan continue. Kemudahan transportasi merupakan hal yang penting bagi responden dengan finansial terbatas dimana kemudahan transportasi yang cepat dan efisien membantu dalam penghematan waktu dan beban biaya pengobatan.

Hasil penelitian pada variabel kemudahan informasi menunjukkan bahwa dari 355 responden penelitian, mayoritas sebanyak 236 orang (70,45%) dengan preferensi pola pencarian pengobatan medis sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi mayoritas mempunyai akses kemudahan informasi dengan kategori tidak jelas sebanyak 159 orang (47,46%). Sedangkan minoritas responden dalam penelitian ini memilih opsi pada pola pencarian pengobatan kombinasi sebagai pola pengobatan hipertensi mereka dengan kemudahan informasi berkategori tidak jelas sebanyak 87 orang (25,97%).

Dari hasil analisis *uji chi-square* menunjukkan bahwa nilai signifikan adalah $p\text{-value} = 0,000$ atau $< 0,05$ sehingga hal tersebut menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel aksesibilitas (Kemudahan Informasi) dengan pola pencarian pengobatan hipertensi di wilayah kerja di Puskesmas Krueng Sabee. Hasil penelitian juga menggambarkan jika responden dengan informasi yang jelas cenderung 26 kali berpeluang memilih pengobatan medis sebagai pola pengobatan utama dalam pengobatan hipertensi sedangkan responden dengan kategori informasi yang tidak jelas cenderung kali berpreferensi tidak melakukan

pengobatan apapun sebagai pola pencarian pengobatan hipertensi dibandingkan dengan responden berkategori informasi yang jelas.

Menurut Leavel dan Clark, pencegahan mencakup segala kegiatan yang dilakukan untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Ini berkaitan dengan masalah kesehatan atau penyakit tertentu dan mencakup perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2017). Maulany & Dianingati (2021) menjelaskan jika menurut menurut McGarthy, jenis pelayanan, kualitas pelayanan, dan akses terhadap informasi mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan, bukan hanya jarak, waktu, alat transportasi, dan kondisi jalan.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori, peneliti berasumsi jika informasi yang jelas berhubungan secara signifikan dengan pola pencarian pengobatan karena kejelasan informasi memberikan pengetahuan tentang pengobatan hipertensi yang dibutuhkan oleh responden penelitian. Kejelasan informasi juga mengurangi resiko kecemasan, terhadap dampak pengobatan. Kejelasan informasi juga membantu mempercepat proses pengambilan keputusan dalam menentukan pola pengobatan hipertensi yang efektif dan efisien. Peneliti juga berpendapat, jika responden dengan kategori kejelasan informasi cenderung lebih aktif dalam mencari pengobatan hipertensi dibandingkan dengan responden dengan kategori informasi tidak jelas. Responden dengan kategori informasi yang jelas lebih cenderung patuh dalam melakukan pengobatan hipertensi berbeda dengan responden yang berkategori informasi tidak jelas, dimana responden masih belum mempunyai kesadaran akan kebutuhan pengobatan.

1.3. Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil multivariate diketahui jika nilai Prob > chi2 (0.0000) hal tersebut menunjukan bahwa model secara keseluruhan signifikan pada tingkat kepercayaan 99% sedangkan nilai Pseudo R2 (0.2034) menggambarkan bahwa 20,3 % variasi dalam variabel dependent bisa dijelaskan oleh variabel independent dalam model ini. Hasil penelitian menjelaskan jika variabel usia dengan nilai OR 0,120055 (CI 0.0598144 - 0.2409655) dengan nilai p value (0,00) > 0.05 mempunyai hubungan yang tidak signifikan terhadap pola pencarian pengobatan dimana responden

dengan usia > 35 tahun 12 kali lebih cenderung memilih pola pencarian pengobatan medis dibandingkan dengan responden dengan kategori usia < 35 tahun.

Hal tersebut dapat diartikan jika pola pengobatan medis merupakan preferensi utama pada kelompok responden umur > 35 tahun dalam pengobatan hipertensi dari pada pola pengobatan hipertensi yang lainnya. Hal senada disampaikan oleh Ellita *et al.* (2019) dalam penelitiannya dimana usia rata-rata responden yang mencari pengobatan diabetes militus di RSZA mempunyai perbedaan signifikan. Secara statistik, umur responden yang mencari pola pengobatan I (medis) lebih tinggi daripada umur responden yang mencari pola pengobatan II (kombinasi). Andi Firmansyah (2018) menyebutkan jika determinan penyebab hipertensi salah satunya adalah usia.

Dimana Semakin meningkatnya usia, maka peluang menderita hipertensi menjadi semakin besar. Dikelompok usia lanjut, mayoritas hipertensi yang ditemukan terjadinya dikarenakan kenaikan tekanan darah sistolik. Hal ini menjadi penyebab perubahan struktur pada pembuluh darah besar sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku. Ama *et al.* (2020) juga menjelaskan jika usia menjadi salah satu faktor yang mendorong seseorang untuk menentukan perilaku pencarian kesehatan, tetapi usia tidak menjamin kematangan dan kedewasaan seseorang untuk bertindak dan membuat keputusan yang tepat tentang pencarian kesehatan, begitu pula sebaliknya.

Hal ini dapat diasumsikan bahwa adanya perbedaan usia dalam preferensi pola pengobatan hipertensi menunjukkan jika usia individu menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pencarian pola pengobatan. Perbedaan dalam pemilihan pola pengobatan juga didasari oleh kebutuhan individu. Menurut peneliti responden kelompok usia > 35 tahun mayoritas mempunyai banyak masalah kesehatan yang kronis yang membutuhkan perawatan medis yang lebih kompleks berbeda dengan kebutuhan responden kelompok usia < 35 tahun yang hanya berfokus pada layanan kesehatan pencegahan.

Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2017) menyebutkan bahwa perilaku kesehatan adalah reaksi organisme terhadap faktor-faktor seperti sistem perawatan kesehatan, makanan dan minuman, lingkungan,

dan penyakit dan stimulus. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*) mencakup upaya atau tindakan yang dilakukan seseorang saat menderita penyakit atau kecelakaan dan mencari pengobatan termasuk perilaku untuk menghindari penyakit, menyembuhkan diri saat sakit, dan pemulihan setelah sembuh dari penyakit, perilaku meningkatkan kesehatan karena kesehatan sangat dinamis dan relative dan perilaku gizi (makanan) dan minuman dimana makanan dan minuman dapat membantu seseorang tetap sehat, tetapi juga dapat menyebabkan mereka sakit.

Menurut asumsi peneliti, terdapat beberapa alasan yang memotivasi responden dalam pola pencarian pengobatan hipertensi yang diderita, salah satunya adalah tingkat pengetahuan responden tentang perilaku kesehatan. Menurut peneliti kelompok usia <35 tahun kurang pemahaman tentang pencegahan dan pengobatan dini penyakit kronis seperti hipertensi. Kelompok usia <35 tahun juga beranggapan jika hipertensi merupakan penyakit orang tua, sehingga kelompok ini cenderung mengabaikan dan merasa tidak perlu melakukan pengobatan pada fasilitas kesehatan.

Variabel kemudahan transportasi menunjukan hasil OR 12.59206 (CI 4.440145 - 35.71054) dengan nilai P value (0.000) < 0.05 menjelaskan jika terdapat hubungan signifikan antara variabel kemudahan transportasi dengan pola pencarian pengobatan yang dapat diartikan bahwa responden dengan kategori kemudahan transportasi cenderung 12 kali lebih tinggi memilih pola pengobatan medis. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Budiman (2017) yang menyebutkan jika Pendapatan, akses transportasi, dan lokasi tinggal terkait dengan akses masyarakat ke fasilitas kesehatan.

Hal senada juga disampaikan oleh Davy et al (2016) bahwa salah satu hambatan bagi masyarakat dalam mengakses fasilitas kesehatan adalah masalah transportasi. Dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kendaraan, responden yang memiliki kendaraan lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan. Lokasi tempat tinggal terkait dengan akses ke fasilitas kesehatan. Dibandingkan dengan masyarakat di desa, masyarakat diperkotaan memiliki akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan kemudahan transportasi cenderung memilih pola pengobatan medis menjadi preferensi pola pengobatan utama cenderung karena lebih mandiri dalam mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan dibandingkan responden dengan kesulitan transportasi dimana mereka dengan transportasi yang sulit lebih mengandalkan orang lain dalam membantu pencarian pengobatan seperti mengantar ketempat pengobatan. Responden dengan transportasi yang sulit, juga cenderung lebih susah dalam berkompromi dengan waktu operasional layanan kesehatan dengan waktu ketersediaan transportasi.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pernyataan yang menyebutkan jika Aksesibilitas ke fasilitas layanan kesehatan dipengaruhi oleh ketersediaan transportasi. Akses ke perawatan kesehatan sangat penting bagi masyarakat. Untuk memastikan bahwa masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan yang mereka butuhkan, idealnya akses ke fasilitas kesehatan harus mudah. Biaya transportasi yang terlalu tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup masyarakat, karena sebagian dari biaya hidup harus dialokasikan untuk transportasi. Akses kesehatan masyarakat berkorelasi negatif dengan biaya transportasi fasilitas kesehatan (Nainggolan, 2016).

Pada variabel kemudahan informasi diketahui nilai OR 2.7347 (CI 1,329031-5,627094) dengan nilai p value (0.006) < 0.05 menunjukan jika terdapat hubungan yang signifikan antara kemudahan informasi terhadap pola pencarian pengobatan dimana responden dengan kategori informasi yang jelas memiliki kecenderungan 2,73 kali lebih tinggi untuk memilih pola pencarian pengobatan medis dibandingkan dengan responden yang tidak mempunyai informasi yang jelas. Perbedaan pemilihan pola pengobatan antara responden dengan informasi yang jelas dengan responden dengan informasi yang tidak jelas menunjukan jika informasi tentang kesehatan menjadi faktor yang mempengaruhi keputusan seseorang dalam keputusan dalam menentukan pola pencarian pengobatan hipertensi

Menurut Maulany & Dianingati (2021) akses terdiri dari tiga komponen: akses geografis, ekonomi, dan sosial. Akses geografis menggambarkan seberapa mudah mendapatkan layanan kesehatan berdasarkan jarak, waktu tempuh, jenis

transportasi, dan prasarana jalan. Akses ekonomi menggambarkan seberapa mampu masyarakat untuk membelanjakan uang untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan. Namun, pendekatan sosial berfokus pada komunikasi, budaya, keramahan, dan tingkat kepuasan pelayanan.

Asumsi peneliti responden penelitian yang mempunyai kejelasan informasi tentang pengobatan hipertensi cenderung lebih proaktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan medis seperti screening dan layanan preventif lainnya, berbeda dengan responden yang tidak mempunyai kejelasan informasi terkait kesehatan. Responden yang tidak mempunyai kejelasan informasi tentang kesehatan cenderung kesulitan dalam mengajukan pertanyaan atau tidak tahu apa yang harus ditanyakan terkait kondisi kesehatan mereka. Responden dengan ketidakjelasan informasi juga cenderung lebih memilih pola pengobatan berdasarkan rekomendasi umum tanpa pemahaman yang mendalam. Hal sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Yudhawasthi *et al.* (2018) jika informasi merupakan data yang telah diubah menjadi bentuk yang bermanfaat bagi orang yang menerimanya dan bermanfaat bagi pengambil keputusan saat ini dan yang akan datang.

1.4. Analisis spasial

Pola persebaran lokasi fasilitas kesehatan di kemukiman krueng sabee dengan pendekatan pola persebaran spasial secara kuantitatif dan dengan bantuan Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat dilakukan dengan metode analisis statistik berbasis jarak, yaitu teknik analisis tetangga terdekat atau Nearest Neighbor Area. Berdasarkan hasil analisis NNA, (*Nearest Neighbor Analysis*) dengan bantuan software ArcGis 10.8. menunjukkan pola distribusi/persebaran spasial lokasi fasilitas kesehatan di Kemukiman krueng sabee yang termasuk dalam kategori pola acak atau tersebar tidak merata (*Random Pattern*), dimana hasil perhitungan analisa menunjukkan jika nilai *Nearest Neighbor Ratio* sebesar 1, 212 atau nilai $T = 1, 2112$ sedangkan nilai $P \text{ value} = 0.088$ berada diantara $0.01 - 0.10$. Hasil analisis menunjukkan pola sebaran fasilitas kesehatan mempunyai pola persebaran acak dimana lokasi fasilitas kesehatan yang dekat dengan pemukiman padat penduduk mengakibatkan pola sebaran yang tidak terkonsentrasi dan acak di suatu wilayah.

Hasil yang sama juga ditunjukkan dalam penelitian Rahmah *et al.* (2023) analisis yang dilakukan pada fasilitas kesehatan menemukan jika sebaran fasilitas kesehatan mempunyai pola persebaran acak. Hasil penelitian tersebut digunakan sebagai penentuan seberapa jauh masyarakat terhubung dengan fasilitas kesehatan. Pola sebaran yang tidak terkonsentrasi dan acak di suatu wilayah disebabkan oleh lokasi fasilitas kesehatan yang dekat dengan pemukiman padat penduduk. Hal tersebut juga didukung oleh Dhewi & Kuspriyanto (2019) dari analisis *Nearest Neighbor Ratio* dengan bantuan aplikasi arcmap 10.2.2, diketahui jika pola persebaran puskesmas tersebar secara acak di seluruh kecamatan dengan nilai 1,52, yang menunjukkan bahwa 93 desa tidak dapat menjangkau pelayanan puskesmas karena lokasi puskesmas cukup jauh.

Hasil penelitian ini didukung oleh data observasi lapangan, dimana pola sebaran fasilitas kesehatan hampir sebanding dengan pola kepadatan penduduk yang biasanya berada di lokasi yang sama, hal ini dapat dilihat pada beberapa desa yang menjadi pusat pemukiman mempunyai keterjangkauan lebih dari 1 fasilitas kesehatan. Akan tetapi hal berbeda ditemukan di desa dengan sedikit jumlah pemukiman mempunyai lebih sedikit keterjangkauan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Asumsi peneliti, hal ini menjadi indikasi bahwa pusat pemukiman mempengaruhi arah sebaran pola fasilitas kesehatan. Faktor lain yang menyebabkan hal tersebut adalah jarak antara lokasi fasilitas kesehatan dengan pemukiman yang tidak beraturan serta kondisi geografis berbeda dari masing – masing desa menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keterjangkauan fasilitas kesehatan.

Secara teori Keterjangkauan fasilitas kesehatan dengan pemukiman merupakan kondisi jauh atau dekatnya pelayanan kesehatan yang dihitung berdasarkan radius meter. Jangkauan pelayanan juga mampu diartikan sebagai seberapa jauh radius pelayanan suatu fasilitas terhadap suatu wilayah. Sesuai dengan standar yang ada, fasilitas pelayanan kesehatan juga mempertimbangkan penempatan sarana dengan jangkauan radius area layanan untuk menjawab keterbutuhan dan ketercapaian masyarakat terhadap sarana kesehatan (SNI, 2004). Namun demikian, menurut peneliti jarak lokasi sebuah fasilitas kesehatan tidak

menjadi berarti jika aspek penghambat seperti kondisi jalan yang baik, jaringan jalan yang mudah dilalui, serta pelayanan kesehatan yang selalu tersedia menjadi faktor pendorong masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil analisa multivariate yang menyebutkan jika kemudahan transportasi menjadi variabel yang paling berhubungan dengan pola pencarian pengobatan hipertensi.

Berdasarkan analisa *spasial buffering* diketahui bahwa desa dengan area terluas yang berada diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee adalah desa Curek yaitu 7,5 Km² dengan rata- rata penduduk 69 jiwa/ Km² , dan area terkecil yaitu desa padang datar dengan luas 0,8 Km² yang memiliki rata- rata penduduk 1735 jiwa/ Km² sedangkan Jenis fasilitas kesehatan yang digunakan sebagai pola utama dalam pengobatan hipertensi adalah Puskesmas Induk yang berada di desa Paya Semantok dan Puskesmas Pembantu yang terletak di desa Panggong, Desa Datar Luas dan Desa Buntha. Pada radius jangkauan pelayanan Puskesmas menunjukan jika radius pelayanan Puskesmas melingkupi desa paya semantok, desa padang datar, desa datar luas, desa keude krueng sabee, desa kabong dan desa mon mata desa yang mempunyai jarak lebih dekat dengan Puskesmas. Sedangkan desa yang tidak termasuk dalam klasifikasi keterjangkauan jarak tersebut merupakan desa yang melebihi jangkauan dari pelayanan Puskesmas meliputi desa panggong, desa curek, desa alue tho dan desa buntha.

Hasil penelitian senada juga disampaikan oleh Salsabilah *et al.* (2023) bahwa permukiman yang dekat dengan fasilitas kesehatan puskesmas dan berada di daerah jalan arteri dan kolektor diklasifikasikan sebagai area sangat dekat. Permukiman yang jauh dari fasilitas kesehatan puskesmas diklasifikasikan sebagai area jauh, karena mereka membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mencapainya. Dalam hal keterjangkauan fasilitas, dapat diketahui bahwa keterjangkauan pemilihan penduduk dalam menentukan Puskesmas ditentukan oleh beberapa faktor, seperti distribusi populasi, lokasi layanan, dan cara masyarakat berpindah ke layanan kesehatan. Ramadan *et al.* (2021) dalam penelitiannya menyebutkan jika Keterjangkauan adalah seberapa mudah suatu lokasi dapat diakses dari lokasi lainnya. Dengan kata lain, ketika digunakan dalam kehidupan sehari-hari, termasuk sarana dan prasarana, keterjangkauan adalah hasil

sisntesis dari konsep lokasi dan jarak. Kemungkinan ada area yang tidak dapat dijangkau oleh FKTL atau Rumah Sakit karena tidak adanya informasi spasial. Keterjangkauan adalah seberapa mudah suatu lokasi dijangkau dari lokasi lain, yang diukur dengan jarak, biaya, waktu, dan hambatan. Radius rumah sakit di Kota Jambi adalah 3000 m, menurut keterjangkauan standar SNI 03-1733-2004.

Menurut pendapat peneliti hasil penelitian ini menjelaskan jika luas suatu daerah mempengaruhi keterjangkauan layanan kesehatan, dimana semakin dekat area pemukiman dengan fasilitas kesehatan maka akan semakin mudah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan, luas area pemukiman juga berpengaruh terhadap jarak tempuh dan pemilihan transportasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Jarak yang dekat dapat menawarkan beberapa keuntungan, seperti akses cepat, sehingga pasien dengan kondisi darurat dapat dengan mudah mendapatkan perawatan medis dan penanganan darurat secara cepat dan efisien serta efektif. Fasilitas yang dapat ditempuh dengan berjalan kaki juga memudahkan penduduk yang tidak mempunyai kendaraan pribadi dalam mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan. Kedekatan radius pelayanan kesehatan juga memudahkan masyarakat dalam mengakses informasi kesehatan secara langsung dari tenaga medis. Keterjangkauan radius pelayanan kesehatan cenderung lebih meningkatkan interaksi antara petugas kesehatan dengan masyarakat sehingga mendorong masyarakat untuk lebih mengoptimalkan upaya preventif seperti melakukan pengukuran tekanan darah secara rutin.

Hasil analisa *buffer* pada radius pelayanan Puskesmas Pembantu, menunjukan jangkauan sebaran pelayanan kesehatan banyak menyasar pada 6 desa yang berada di kemukiman Krueng Sabee dimana dalam 4 desa tersebut yaitu desa paya semantok, padang datar, keude krueng sabee dan datar luas menjadi pusat wilayah penduduk krueng sabee dengan 2 fasilitas kesehatan yang saling berdekatan. Hal ini dikarenakan wilayah tersebut merupakan pusat kegiatan ekonomi kegiatan aktivitas social masyarakat sehingga mempunyai aksesibilitas yang baik karena dilalui transportasi utama yang menghubungkan beberapa desa. Sedangkan pada desa yang mempunyai jarak tempuh yang jauh dengan Puskesmas Induk pelayanan kesehatan hipertensi diberikan di Unit kecil Puskesmas yaitu Puskesmas pembantu.

Keterjangkauan fasilitas kesehatan puskesmas pembantu tertinggi dengan radius 1500m menunjukkan keterjangkauan yang merata dikemukiman Krueng Sabee dimana pembangunan Pustu (Puskesmas Pembantu) diperuntukan sebagai pendukung cakupan pelayanan puskesmas dan pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah yang jauh dengan Puskesmas induk. Keterjangkauan pelayanan Puskesmas Pembantu tertinggi berada pada Puskesmas Datar Luas, hal ini disebabkan karena kedekatan antara Pustu (Puskesmas pembantu) dengan Puskesmas induk, berbeda halnya dengan Pustu Buntha dan Pustu Panggong yang mempunyai sebagian besar luas wilayah tidak terjangkau.

Asumsi peneliti, hal tersebut disebabkan wilayah desa Buntha dan desa Panggong bukan merupakan pusat kegiatan ekonomi yang tidak jalur utama transportasi. Wilayah tersebut juga mempunyai area yang luas dengan kepadatan penduduk yang rendah. pendapat peneliti, area yang luas mempunyai dampak multi dimensi terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan. Area yang luas biasanya sering mempunyai pola pemukiman yang tersebar sehingga menyulitkan pelayanan kesehatan kepada semua kelompok populasi secara efisien, wilayah yang luas juga menyulitkan dalam hal koordinasi dan komunikasi sehingga menyebabkan keterlambatan informasi kesehatan yang mempengaruhi respons penduduk terhadap masalah kesehatan yang akut. Hasil ini mendukung ini hasil analisa multivariate yang menjelaskan jika kemudahan informasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola pencarian pengobatan hipertensi. Menurut Ramadan *et al.* (2021) besarnya satu wilayah juga memengaruhi kebijakan yang dibuat oleh penentu kebijakan di daerah tentang berapa banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Oleh karena itu, jika satu wilayah cukup luas, mungkin ada lebih dari satu rumah sakit di satu kecamatan dan fasilitas kesehatan lainnya seperti dokter gigi, puskesmas, dan poliklinik. Ini dilakukan untuk meningkatkan jangkauan fasilitas kesehatan sehingga masyarakat dapat mendapatkan layanan medis terbaik. Namun demikian luasnya area tidak menjadi sebuah hambatan yang besar jika akses transportasi dan jaringan jalan serta sistem komunikasi yang baik tersedia.

Analisis buffer pada radius keterjangkauan Apotek dan depot obat sebagai pola preferensi dalam pengobatan hipertensi menggambarkan jika jangkauan sebaran pelayanan hanya menasar pada 5 desa yang berada diwilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee yaitu kelompok pelayanan apotek pada radius sangat dekat sampai dengan kategori radius dekat melingkupi desa Keude Krueng Sabee dan desa Mon Mata, sedangkan kelompok pelayanan depot obat pada radius sangat dekat sampai dengan kategori radius dekat adalah desa Datar Luas dan desa Paya Semantok. Pada Kelompok pelayanan apotek dengan kategori radius sangat jauh adalah desa Kabong dan desa Datar Luas sedangkan sedangkan pada kelompok pelayanan depot obat pada kategori radius jauh adalah desa Krueng Sabee, Mon Mata, dan desa Padang Datar.

Hal ini menunjukan masih terdapat ketimpangan dalam sebaran jumlah sarana dengan jumlah penduduk sebagai penerima layanan. Menurut Manan *et al.* (2021) minimnya keberadaan apotek didaerah pedesaan sehingga jumlah apotek tidak sebanding dengan populasi penduduk. Rifa'ah Mahmudah Bulu (2022) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal, Organisasi Kesehatan Dunia menyarankan rasio satu apoteker per penduduk adalah 1:2000. Ini berarti bahwa rasio satu apoteker: 2000 penduduk sama dengan 1 apotek: 2000 penduduk. Dengan menggunakan indikator WHO 1:2 000, data tersebut menunjukkan distribusi yang belum ideal.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Silverman *et al.* (2019) menemukan bahwa meningkatnya mordibiditas dan mortalitas masyarakat dapat disebabkan oleh kurangnya akses untuk terpenuhinya obat-obatan, sehingga ketersediaan apotek menjadi salah satu titik utama akses obat dalam kepatuhan pengobatan. Apotek tidak hanya menjual obat-obatan tetapi juga sering kali menawarkan layanan lain, seperti layanan perawatan primer dan layanan konsultasi tentang penyakit umum, yang membantu meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Obat-obatan sangat penting untuk perawatan kesehatan masyarakat, dan banyak program pencegahan penyakit bergantung pada ketersediaan obat (Rifa'ah Mahmudah Bulu, 2022).

Menurut asumsi peneliti, untuk mendapatkan obat hipertensi, masyarakat cenderung mencari fasilitas kesehatan terdekat. Jarak yang terlalu jauh dapat menghambat intensitas perawatan, terutama pada orang tua. Ketersediaan obat di suatu wilayah dipengaruhi oleh apotek atau depot obat yang tersebar. Ada kemungkinan bahwa akses ke obat hipertensi akan lebih sulit di daerah dengan keterjangkauan apotek yang rendah. Namun keberadaan apotek dan depot obat di desa keude Krueng Sabee dan desa Mon Mata berada di lokasi desa yang merupakan jalur transportasi utama yang menghubungkan antara kecamatan dengan kabupaten. Kedua desa tersebut juga merupakan pusat kegiatan ekonomi dengan jumlah penduduk dan wilayah yang luas sehingga ketersediaan akses transportasi yang baik memungkinkan pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan secara teratur.

Hasil observasi ini mendukung analisa multivariate yang menjelaskan jika Kemudahan transportasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola pencarian pengobatan hipertensi. Apotek dan Depot Obat dengan kemudahan transportasi mendorong konsumen dengan keluhan ringan untuk melakukan swamedikasi pengobatan hipertensi. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Susilo & Meinisasti (2022) yang menyebutkan jika swamedikasi umum dilakukan disebagian negara berkembang karena merupakan solusi yang murah, cepat, dan nyaman tanpa perlu pergi ke dokter dengan kemudahan akses informasi dan transportasi menyebabkan meningkatnya praktek swamedikasi.

Senada dengan pernyataan Nainggolan (2022) dimana jangkauan juga terpengaruh dari ketersediaan transportasi pengguna menuju area pelayanan. Kemudahan menuju sarana tersebut dapat membantu menempuh jarak yang jauh dan menunjukan aksesibilitas lokasi sarana. Akses fasilitas kesehatan non UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat), beberapa indikator menyatakan aksesibilitas pelayanan fasilitas kesehatan diantaranya waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

1.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Variabel Karakteristik yaitu jenis Kelamin (0,500) tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi sedangkan variabel Usia (0,000) dan status hipertensi (0,000) mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi.
2. Variabel Sosio ekonomi yaitu tingkat pendidikan (0,022), jenis pekerjaan (0,006) dan tingkat pendapatan (0,002) mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi
3. Variabel Aksesibilitas jarak tempuh (0,683) dan waktu tempuh (0,683) tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi.
4. Variabel aksesibilitas kemudahan transportasi (0,000) dan kemudahan informasi (0,000) mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi.
5. Dari variabel- variabel yang berhubungan dengan variabel pola pencarian pengobatan hipertensi diantaranya variabel usia, kemudahan transportasi dan kemudahan informasi. Variabel kemudahan transportasi merupakan variabel independent yang paling dominan berhubungan dengan variabel pola pencarian pengobatan (OR =12.5921)
6. Berdasarkan analisa spasial ditemukan nilai T= 1, 212 dan p value 0. 089 yang menjelaskan bahwa pola sebaran fasilitas kesehatan mempunyai pola sebaran tersebar tidak merata atau mempunyai pola acak (*Random Pattern*). Pola acak menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan tersebar tidak merata di seluruh wilayah yang diteliti. Ini berpengaruh pada aksesibilitas layanan kesehatan,

karena di beberapa area cenderung memiliki akses yang lebih baik ke layanan kesehatan daripada area lain.

1.2. Saran

1. Peneliti selanjutnya

Dari penelitian yang telah dilakukan, penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian terkait variabel prediktif wilayah beresiko tinggi hipertensi berdasarkan faktor geografis dan perilaku sosial.

2. Puskesmas

Meningkatkan layanan proaktif dengan layanan mobile kewilayah yang teridentifikasi mempunyai aksesibilitas yang rendah berdasarkan analisis sebaran pasien hipertensi dan melakukan monitoring serta evaluasi berkala dengan menggunakan analisis spasial untuk mendukung perencanaan kebijakan kesehatan yang lebih optimal termasuk alokasi sumber daya yang dapat meningkatkan efektivitas distribusi fasilitas kesehatan dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat dengan memastikan bahwa layanan kesehatan memenuhi kebutuhan masyarakat sehingga mengurangi prevalensi hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Krueng Sabee.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. **Heart Disease and Stroke Statistics At-a-Glance**; 2017.
- Ama P.G.B., Wahyuni D. & Kurniawati Y., **Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Preferensi dalam Memilih Pelayanan Kesehatan pada Mahasiswa Perantau**, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 2020;9(01):35-42.
- Andi Firmansyah E., **FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN PENDERITA HIPERTENSI DALAM MENJALANI PENGOBATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMAMAUNG KOTA MAKASSAR**, Makasar: DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN; 2018.
- Andriyani A., **DETERMINAN KEJADIAN HIPERTENSI LANSIA DI RSU KOTA TANGERANG SELATAN TAHUN 2019**: Universitas Respati Indonesia; 2020.
- Anik Vega Vitianingsih S.K.M.T., Himawan S.K.M.K., Robert Marco S.T.M.T., Anastasia Lidya Maukar S.T.M.S.M.M.T. & Seftin Fitri Ana Wati S.K.M.K., **Sistem Informasi Geografis Berbasis Web (Teori dan Implementasi Aplikasi)**: Deepublish; 2023.
- Aprella Q.A.P., **Pengaruh Pola Sebaran Sarana dan Prasarana Kesehatan Terhadap Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Tegal Tahun 2016**, Semarang: Universitas Negeri Semarang; 2017.
- Avila A.A., **Analisis Pola Spasial Persebaran dan Aksesibilitas Area Pelayanan Prasarana Kesehatan di Kota Makassar**, *Skripsi Fakultas Teknik Universitas Hasanuddin. Kota Makassar*, 2018.
- Bangun D.F., **Analisis Pola Persebaran Pusat Oleh-Oleh Khas Lampung Menggunakan Metode Average Nearest Neighbor**, 2021.
- Binti Utari A. & Nurul Rochmah T., **THE ANALYSIS OF HYPERTENSION BURDEN DISEASE IN THE COMMUNITY OF KEDIRI DISTRICT**, 2019.
- Brew B., Inder K., Allen J., Thomas M. & Kelly B., **The health and wellbeing of Australian farmers: a longitudinal cohort study**, *BMC public health*, 2016;16:1-11.
- Budiman R., **Analisis Spasial Fasilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Terhadap Permukiman di Kota Blitar**: Institut Teknologi Sepuluh Nopember; 2017.
- Darmansyah D., **Analisis pelaksanaan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) pada Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya**, *Jurnal SAGO Gizi dan Kesehatan*, 2021;3(1):85-94.
- Dewi N.K.R.K., **PENGUNAAN ANTIHIPERTENSI PADA PASIEN HIPERTENSI DI RUMAH SAKIT CITRA HUSADA JEMBER**, Jember: PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER; 2023.
- Dhewi R. & Kuspriyanto M.K., **Studi Pola Persebaran Pusat Kesehatan Masyarakat Wilayah Kabupaten Tuban**, 2019.

- Diana S.S., **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tercapainya SPM Kesehatan pada Pelayanan Penderita Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul**, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 2023;12(1).
- Dinkes Aceh. **LAPORAN KINERJA DINAS KESEHATAN ACEH 2023**.
- Dinkes Aceh Jaya. **Profil Kesehatan**, Calang: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Jaya; 2021.
- Ellita E., Ismail N. & Abdullah A., **Perilaku Pola Pencarian Pengobatan Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Ibu dan Anak Pemerintah Aceh**, *Jurnal Kesehatan Cehadum*, 2019;1(1):1-10.
- EVIA L., Lagora R., Darwis D., Ervina L. & Ningsih L., **Hubungan Kepatuhan Pencegahan Komplikasi dengan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2022**: Poltekkes Kemenkes Bengkulu; 2022.
- Ezenwa H.C., Iheme G.O., Okonkwo E.M. & Chisom Q., **Prevalence of Hypertension and Health-Seeking Behaviours of Market Women in Abia State Nigeria**, *Journal of Dietitians Association of Nigeria (JDAN)*, 2022;13(1).
- Fahmi N., **HUBUNGAN AKSES LAYANAN KESEHATAN DENGAN HEALTH SEEKING BEHAVIOR ORANG DENGAN HIV/AIDS**: Universitas Islam Sultan Agung Semarang; 2023.
- Fatimah A., **PEMETAAN POLA SEBARAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT II MENGGUNAKAN METODE NEAREST NEIGHBOUR ANALYSIS DI KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2022**, 2023.
- Fatimah S., **Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas**, *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2019;3(1):121-131.
- Fauziyah D.R.N., **Analisis Data Menggunakan Multiple Linear Regression Test di Bidang Kesehatan Masyarakat dan Klinis Dr. Rr. Nur Fauziyah, SKM, MKM, RD Penerbit: Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung; 2020**.
- Gunawan D., **Pengaruh Promosi Kesehatan Dengan Media Video Terhadap Pengetahuan Hipertensi Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu: Promosi Kesehatan**, *Jurnal Prosehatku*, 2023;2(1):38-44.
- Gupta S., Virk A., Mittal A. & Agarwal B., **Patterns and determinants of healthcare-seeking behavior among hypertensive patients in a rural population of north India: A mixed-method study**, *Journal of family medicine and primary care*, 2020;9(6):2830-2836.
- Gupta S., Virk A., Mittal A. & Agarwal B.K., **Patterns and determinants of healthcare-seeking behavior among hypertensive patients in a rural population of north India: A mixed-method study**, *J Family Med Prim Care*, 2020;9(6):2830-2836.
- Hanum S., Puetri N.R., Marlinda M. & Yasir Y., **Hubungan antara pengetahuan, motivasi, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi di Puskesmas Peukan Bada Kabupaten Aceh Besar**, *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*, 2019;10(1):30-35.

- Hariyanti T., Harsono H. & Prabandari Y.S., **Health Seeking Behaviour pada Pasien Stroke**, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 2015;28(3):242-246.
- Haslindah. **ANALISIS DETERMINAN KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA HIPERTENSI DI DAERAH URBAN DAN RURAL PROVINSI SULAWESI SELATAN** MAKASSAR: PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN; 2021.
- Hastuti D. & Habibah K.R., **2. Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Pengobatan Hipertensi Di Dusun Grojogan Wirokerten Banguntapan Bantul (Dwi Hastuti)**, 2022.
- Hayati Fhitri A., **ANALISIS POLA PERSEBARAN DAN AKSESIBILITAS PELAYANAN FASILITAS KESEHATAN DI KOTA TANJUNGPINANG**, Tanjung Pinang: PROGRAM STUDI PERENCANAAN WILAYAH DAN KOTA FAKULTAS TEKNIK UNIVERSITAS ISLAM RIAU; 2022.
- Husaini S., Husaini S., Fauzie Rahman S., Fauzie Rahman S., Lenie Marlinae S., MKL L.M., *et al.*, **Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan**: Tim Penyusun; 2017.
- Irani D.U., **Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada pekerja sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Tahun 2022**: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta-FIKES; 2023.
- Irwan. **Etika dan Perilaku Kesehatan**: Absolute Media; 2020.
- Kartikasari K., Rejeki D.S.S. & Pramutama S., **Literature Review: Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Hipertensi di Berbagai Wilayah Indonesia**, *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 2022;6(2):11665-11676.
- Kawulur M., Kolibu F. & Tucunan A., **Hubungan antara Pendidikan, Pekerjaan, dan Jarak Tempuh dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Teling Atas Manado**, *J Kesmas*, 2018;7(2).
- Kemenkes RI. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat**, Jakarta 2019.
- Kemenkes RI. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit** Jakarta 2020.
- Laksono A.D., **Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia**, Daerah Istimewa Yogyakarta: PT Kanisius; 2016.
- Lestari Y.I. & Nugroho P.S., **Hubungan tingkat ekonomi dan jenis pekerjaan dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Palaran Tahun 2019**, *Borneo Studies and Research*, 2019;1(1):269-273.
- Lu C.-H., Tang S.-T., Lei Y.-X., Zhang M.-Q., Lin W.-Q., Ding S.-H. & Wang P.-X., **Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies**, *BMC public health*, 2018;15:1-9.
- Luthfiana E.N., Heriyani F. & Al Audhah N., **HUBUNGAN KEJENUHAN DAN JARAK KE FASILITAS KESEHATAN DENGAN KEPATUHAN KONTROL**, *Homeostasis*, 2024;7(1):57-64.

- Lydia A., Setiati S., Soejono C.H., Istanti R., Marsigit J. & Azwar M.K., **Prevalence of prehypertension and its risk factors in midlife and late life: Indonesian family life survey 2014–2015**, *BMC public health*, 2021;21:1-10.
- Makatindu M.G., Nurmansyah M. & Bidjuni H., **Identifikasi Faktor Pendukung Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Tatelu Kabupaten Minahasa Utara**, *Jurnal Keperawatan*, 2021;9(1):19-26.
- Manan A., Utami P.I. & Siswanto A., **Profil distribusi apotek di Kabupaten Banyumas berdasarkan sistem informasi geografi dan korelasinya dengan jumlah kunjungan dan resep tahun 2019**, *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 2021:142-155.
- Mardiana S.S., Faridah U., Subiwati S. & Wibowo B.D., editors. Hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Karangrayung II. Prosiding University Research Colloquium; 2021.
- Maulany R.F. & Dianingati R.S., **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akses Kesehatan**, *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*, 2021;4(2).
- Melya A., **Analisis dan Pemetaan Sebaran Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Lampung Barat Tahun 2015**, Bandar Lampung: Universitas Lampung; 2017.
- Musinguzi G., Anthierens S., Nuwaha F., Van Geertruyden J.P., Wanyenze R.K. & Bastiaens H., **Factors Influencing Compliance and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study**, *Int J Hypertens*, 2018;2018:8307591.
- Nainggolan B., & Inaswara, F., **Rancang Bangun Sepeda Listrik Menggunakan Panel: Politeknologi**; 2016.
- Nainggolan I.H.S., **Analisis Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Pasangan Suami Istri dalam Pelaksanaan Program KB di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Amplas**, *Jurnal Ilmu Psikologi dan Kesehatan (SIKONTAN)*, 2022;1(2):49-52.
- Nasrudin J., **Relasi agama, magi, sains dengan sistem pengobatan tradisional-modern pada masyarakat pedesaan**, *Hanifiya: Jurnal Studi Agama-Agama*, 2019;2(1):42-58.
- Nendya O., **HUBUNGAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN DENGAN PEMELIHARAAN KESEHATAN ANAK JALANAN DI KABUPATEN MAGETAN: STIKES BHAKTI HUSADA MULIA**; 2017.
- Nonasri F.G., **Perilaku mencari pengobatan (health seeking behavior) pada penderita hipertensi**, *Jurnal Medika Utama*, 2021;2(02 Januari):680-685.
- Noor Alis Setiyadi S.K.M.M.K.M.D.P.H., Sri Darnoto S.K.M.M.P.H. & Miftahul Arozaq S.S.M.P., **Sistem Informasi Geografis (SIG) Kesehatan Masyarakat**: Muhammadiyah University Press; 2021.
- Notoatmodjo, **Metodologi penelitian kesehatan**, 2018.
- Notoatmodjo S., **Promosi kesehatan dan ilmu perilaku**, Jakarta: Rineka Cipta, 2017:57-68.
- Notoatmodjo S., **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta; 2018.

- Oktadoni Saputra K.A., **Gaya Hidup sebagai Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat Pesisir Pantai**, *Majority* 2016;5(3).
- Okuyama K., Akai K., Kijima T., Abe T., Isomura M. & Nabika T., **Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension**, *PLoS One*, 2019;14(3):e0213098.
- Permenkes RI. **Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan**
Jakarta: Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia 2019.
- Puskesmas Krueng Sabee. **Profil Kesehatan**: Puskesmas Krueng Sabee; 2022.
- Rachmadani A., **POLA PENCARIAN PENGOBATAN PADA MASYARAKAT ETNIS DAYAK DI KOTA SAMARINDA**: Universitas Hasanuddin; 2020.
- Rafan S.N., Zakaria R., Ismail S.B. & Muhamad R., **Prevalence of prehypertension and its associated factors among adults visiting outpatient clinic in Northeast Malaysia**, *Journal of Taibah University medical sciences*, 2018;13(5):459-464.
- Rahmah I.M., Anggraeni F.N. & Andita W.A.N., **Analisis Pola Sebaran dan Keterjangkauan Fasilitas Kesehatan Terhadap Pemukiman Dengan Analisis Buffering dan Near Neighbour Analysis di Kecamatan Pulo Gadung**, *Jurnal Sains Geografi*, 2023;1(1):104-116.
- Ramadan G., Maishella A., Darmajaya E., Ammaturohman M. & Widayani P., editors. **Analisis Keterjangkauan Fasilitas Kesehatan Menggunakan Pemodelan Network Analysis Di Kota Yogyakarta**. Seminar Nasional Geomatika; 2021.
- Ramadhani S., Sutiningsih D. & Purnami C.T., **Kendala Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada Penderita Hipertensi di Puskesmas: Literature Review**, *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 2023;6(4):553-560.
- Rasyidah A.S., **GAMBARAN SPASIAL KASUS KONFIRMASI COVID-19 DI KABUPATEN KOLAKA TAHUN 2020**, Makasar: JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR; 2021.
- Rifa'ah Mahmudah Bulu, **Analisis Distribusi Apotek berdasarkan Informasi Geografi dan Jumlah Penduduk Kota Palopo**, *Journal of Health, Education and Literacy (J-Healt)*, 2022;5(1):621-9301.
- Riskesdas. **Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)**, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.
- Riskesdas R., **Riset Kesehatan Dasar**, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- Rosa R.D. & Natalya W., editors. **Hubungan usia dan pendidikan klien hipertensi dengan pengetahuan mengenai diet rendah natrium**. PROSIDING SEMINAR NASIONAL PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (SNPPM) UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH METRO; 2023.

- Rukmana O., **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan K4 Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas VI Koto Selatan Kecamatan Kinali Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019**, 2019.
- Safrina. **Upah Minimum Provinsi Aceh Tahun 2023 Rp.3.413.66, Naik 7,8 Persen** Banda Aceh: Pemerintah Aceh; 2022 [cited 2024 2 Februari].
- Salasi A., Deli H. & Amir Y., **Gambaran Health Seeking Behavior Penderita Hipertensi Di Masa Pandemi Covid-19**, *BIMIKI (Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia)*, 2021;9(2):82-90.
- Salasi A., Deli H. & Amir Y., **Gambaran Health Seeking Behavior Penderita Hipertensi Di Masa Pandemi Covid-19**, *Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia*, 2021;9(2):82-90.
- Salsabilah I., Arie F.C., Pusporini N. & Afrianto F., **Pemodelan Network Analysis terhadap Keterjangkauan Fasilitas Puskesmas Kota Malang**, *Jurnal Solma*, 2023;12(2):522-535.
- Santi N., **Peran Usaha Mikro Kecil Dan Menengah (UMKM) Sektor Industri Pengolahan Terhadap Kesejahteraan Masyarakat Di Kota Banda Aceh**: UIN Ar-Raniry; 2022.
- Sari W., Parinduri S.K. & Arsyati A.M., **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Health Seeking Behavior pada Ibu Rumah Tangga di RW 03 Desa Cikarawang Selama Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2021**, *PROMOTOR*, 2022;5(4):370-379.
- Sari Y.N.I., **Berdamai dengan hipertensi.**, Jakarta: Bumi medika; 2017.
- Satoto S.W., Prasetyo N.A., Ulfah N., Nurmansyah M., Pangestu D., Hafizhsyach M.F.N., *et al.*, **Desain Rencana Umum Klinik Apung Generasi II sebagai Sarana Pelayanan Kesehatan Masyarakat Lintas Hinterland Batam**, *Wave: Jurnal Ilmiah Teknologi Maritim*, 2022;16(1):23-32.
- Sciene b.d., **Teknik Triangulasi dalam Pengolahan Data Kualitatif**. : <https://www.dqlab.id/teknik-triangulasi-dalam-pengolahan-data-kualitatif>; 2021 [cited 2023 4 Maret].
- Setyawan D.A., **Pengantar Sistem Informasi Geografis (Manfaat SIG dalam Kesehatan Masyarakat)**, *Program Studi Diploma Iv Kebidanan Komunitas Politeknik Kesehatan Surakarta*, 2014.
- Shintia N. & Abbas S., **Penetapan Upah Minimum Di Provinsi Aceh**, *Jurnal Justisia: Jurnal Ilmu Hukum, Perundang-Undangan Dan Pranata Sosial*, 2019;3(1):164-182.
- Sihombing P., **Aplikasi Stata Untuk Statistisi Pemula**, Depok: Gemala, 2022.
- Silverman R., Keller J., Glassman A. & Chalkidou K., **Tackling the triple transition in global health procurement**, *Center for Global Development*, 2019.
- Simanjuntak E.Y., & Situmorang, H., **Pengetahuan Dan Sikap Tentang Hipertensi Dengan Pengendalian Tekanan Darah**, *Indogenius*, 2021.
- SNI. **Standar Nasional Indonesia tentang Perencanaan Lingkungan Perumahan diperkotaan**, Jakarta: Badan Standarisasi Indonesia; 2004.

- Solihin N.S., **Kesesuaian Persebaran dan Aksesibilitas Peserta Didik Terhadap Sistem Zonasi Sekolah SMP Negeri di Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan Berbasis WebGIS**: Jakarta: FITK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2023.
- Suciana F., Agustina N.W. & Zakiatul M., **Korelasi lama menderita hipertensi dengan tingkat kecemasan penderita hipertensi**, *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 2020;9(2):146-155.
- SULTHAN ALIF A.S., **Tinjauan atas Penerapan Akuntansi Pendapatan PT AirAsia Indonesia Tbk terhadap PSAK 72 Selama Masa Pandemi Covid-19**: Politeknik Keuangan Negara STAN; 2022.
- Susilo A.I. & Meinisasti R., **Analisa Praktik Swamedikasi Di Kota Bengkulu**, *Journal of Nursing and Public Health*, 2022;10(2):242-254.
- Tambuwun A.A., Kandou G.D. & Nelwan J.E., **Hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan berobat pada penderita hipertensi di Puskesmas Wori Kabupaten Minahasa Utara**, *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 2021;10(4).
- Trenggana S., **The accessibility level of Cigudeg Village as prospective capital city of West Bogor Regency**, *Int. J. Environ. Agric. Biotechnol*, 2019;4:561-580.
- Tukayo I.J.H., Hardyanti S. & Madeso M.S., **Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat anti tuberkulosis pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Waena**, *Jurnal Keperawatan Tropis Papua*, 2020;3(1):145-150.
- Virani SS A.A., Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al., **Heart disease and stroke statistics: A report from the American Heart Association**; 2020.
- Wahyudi C.T., Ratnawati D. & Made S.A., **Pengaruh demografi, psikososial, dan lama menderita hipertensi primer terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi**, *Jurnal Jkft*, 2017;2(2):14-28.
- Walcott S.M., **Thimphu**, *Cities*, 2009;26(3):158-170.
- Wangelamo V.A., **PENGobatan TRADISIONAL PENYAKIT DADA BURUNG PADA MASYARAKAT DESA FRITU KECAMATAN WEDA UTARA KABUPATEN HALMAHERA TENGAH**, *HOLISTIK, Journal of Social and Culture*, 2023.
- Wartono J.A., Asrifuddin, A., & Kandou, G. D., **Analisis Spasial Kejadian Penyakit Pneumonia Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado Tahun 2017.**, 2017.
- WHO. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases**, Geneva 2019.
- WHO. **Hypertension**: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>; 2019 [cited 2023].
- Widayanti A.W., Green J.A., Heydon S. & Norris P., **Health-seeking behavior of people in Indonesia: A narrative review**, *Journal of epidemiology and global health*, 2020;10(1):6-15.

- Wirmando W., Payung D.L. & Atbar F., **Edukasi dan Deteksi Dini Krisis Hipertensi pada Masyarakat Penderita Hipertensi di Kelurahan Batua, Kecamatan Manggala Makassar**, *Karya Kesehatan Siwalima*, 2022;1(1):14-20.
- Yudhawasthi C.M., Damayani N.A. & Yusuf P.M., editors. Museum as a communication system. International Conference on Media and Communication Studies (ICOMACS 2018); 2018: Atlantis Press.
- Yukha F.I., **Pada Orang Tua Anak Tunagrahita Di Help-Seeking Behaviour SLB Putra Asih: IAIN Kediri**; 2022.
- Yunus M., Chandra Aditya W. & Robbiardy Eksa D., **Hubungan usia dan jenis kelamin dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Haji Pemanggilan Kecamatan Anak Tuha Kab. Lampung tengah. J Ilmu Kedokt Dan Kesehat 2021; 8: Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan**,; 2021.
- Zafasia A., Deli H., Keperawatan I., Keperawatan F. & Riau U., **Hubungan Jarak Rumah dan Waktu Tempuh dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Selama Pandemi**, *JOM FKp*, 2021;9(2):161-168.
- Zulaikha S. & Rahma D.A., **Hubungan Faktor Predisposisi, Pendukung dan Kebutuhan dengan Pemanfaatan Puskesmas oleh Penderita Hipertensi**, *JlIP-Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan*, 2023;6(5):3462-3468.

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN/ INFORMEN CONSENT

Nama : Ena Eppirta

NPM : 2207210033

Judul : POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA TAHUN 2023

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian ini sebagai responden dengan mengisi kuesioner yang disediakan oleh peneliti. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pernyataan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan suka rela, tanpa ada paksaan dari siapapun, saya menyatakan setuju menjadi responden dalam Penelitian ini.

Aceh Jaya, 2024

Peneliti

Responden

(Ena Eppirta)

()

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN POLA Pencarian Pengobatan Hipertensi dan Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya

Hari/tanggal :

Pukul :

No Responden :

Alamat :

LU/ LS :

Sejak kapan hipertensi :

I. Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang telah tersedia.

1. Jenis kelamin anda :
2. Berapa Usia anda saat ini.....Tahun
3. Berapa tekanan darah anda.....mmhg

II. Sosial Ekonomi

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang telah tersedia.

4. Pendidikan terakhir anda
 - a. S1
 - b. D3
 - c. SMA
 - d. SD/ SMP
5. Apa jenis pekerjaan anda
 - a. PNS
 - b. Karyawan swasta/ Pedagang
 - c. Petani/ Buruh/ Nelayan
 - d. Tidak Bekerja
6. Berapa jumlah penghasilan anda dalam satu bulan Rp.....
 - a. > Rp 3.000.000
 - b. > Rp 2.000.000 – 3.000.000
 - c. Rp 1.000.000 – 2.000.000
 - d. < Rp 1.000.000

III. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan (jarak, waktu tempuh, kemudahan transportasi dan kemudahan informasi)

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang telah tersedia.

7. Berapa jarak antara rumah (dalam m) anda dengan fasilitas pengobatan hipertensi terdekatmeter
 - a. < 500 m
 - b. > 500 – 1.500 m
 - c. >1.500 m – 2.000 m
 - d. > 2.000 m
8. Berapa lama waktu tempuh yang anda butuhkan dari rumah menuju fasilitas pengobatan hipertensi terdekat.....menit
 - a. 5 – 10 menit
 - b. >10 – 20 menit
 - c. >20- 30 menit
 - d. > 30 menit
9. Alat transportasi apa yang anda gunakan dan yang tersedia saat akan menuju ketempat fasilitas pengobatan hipertensi terdekat
 - a. Bisa ditempuh Berjalan kaki/ sepeda dan bisa mengendarai sendiri
 - b. Tersedia Sepeda motor/mobil, bisa mengendarai sendiri ataupun diantar keluarga
 - c. Kendaraan umum, namun tersedia pada jam tertentu
 - d. Menumpang kendaraan milik orang lain
10. Bagaimana kondisi jalan yang dilalui menuju tempat pengobatan hipertensi terdekat
 - a. Baik, jalan mulus mudah dilalui
 - b. Baik, area tertentu rusak namun bisa dilalui
 - c. Sulit, banyak area rusak dan sukar dilalui
 - d. Sangat sulit, banyak area yang rusak ,banjir jika hujan dan sangat susah dilalui
11. Apa alasan utama anda dalam memilih tempat pengobatan hipertensi
 - a. Lokasi dekat dengan rumah (mudah dijangkau)
 - b. ketersediaan obat
 - c. Biaya murah, meskipun jauh dengan lokasi tempat tinggal
 - d. Kualitas Pelayanan, meskipun jauh dari lokasi rumah
12. Dari mana anda mendapatkan informasi tentang fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan pengobatan hipertensi
 - a. Keluarga
 - b. Media informasi (Hp, televisi, radio)
 - c. Tetangga/ kader kesehatan
 - d. Mencari tahu sendiri
13. Bagaimana informasi tentang pengobatan hipertensi yang anda dapatkan selama ini
 - a. Mudah dan jelas

- b. Mudah tapi kurang jelas
- c. Susah dan kurang jelas
- d. Sangat susah dan tidak jelas

14. Dari sumber informasi pengobatan hipertensi yang anda ketahui berapa kali dalam setahun anda harus melakukan pemeriksaan tekanan darah atau mengontrol tekanan darah
- a. Setiap bulan
 - b. 4 – 6 kali dalam setahun
 - c. 2 – 4 kali dalam setahun
 - d. 1 x dalam setahun

IV. Pola Pencarian Pengobatan Hipertensi

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang telah tersedia.

15. Apa jenis fasilitas pengobatan yang anda kunjungi saat mengetahui bahwa anda menderita hipertensi
- a. Puskesmas/ Pustu/ Polindes/ poskesdes
 - b. Praktik mandiri dokter
 - c. Pengobatan Tradisional (ramuan herbal)
 - d. Pengobatan alternative (pijat, bekam, puasa dll)
 - e. Praktek mandiri bidan/ Praktik mandiri mantri/ perawat
 - f. Apotik / Depot obat
 - g. Hanya Istirahat saja/ tidak melakukan aktivitas
 - h. Tidak melakukan pengobatan/ dibiarkan saja
16. Dimana biasanya anda melakukan pengobatan hipertensi
- a. Puskesmas/ Pustu/ polindes/ poskesdes
 - b. Praktik mandiri dokter
 - c. Pengobatan tradisional (minum ramuan herbal dirumah)
 - d. Ditempat pengobatan alternative
 - e. Praktik mandiri bidan/ praktik mantri/ perawat
 - f. Apotek/ depot obat
 - g. Hanya istirahat dirumah
 - h. Tidak melakukan pengobatan

Lampiran 4**Lembar Observasi****V. Distribusi Spasial**

Petunjuk pengisian : Berdasarkan observasi lapangan dan perhitungan GIS

1. Sebaran Sarana kesehatan
 - a. Nilai T : 0 – 1.7
 - b. Nilai T : 0.8 – 1,4
 - c. Nilai T : 1.5 – 2.15
2. Radius Keterjangkauan sarana kesehatan berdasarkan Jarak dan waktu tempuh (berdasarkan Sumber: SNI, 2004)
 - a. Sangat dekat (0- 300m)
 - b. Dekat (300-600m);
 - c. Sedang (600-1200m)
 - d. Jauh (1200-3000m)
 - e. Sangat jauh (>3000m)
3. Radius Keterjangkauan Depot Obat dan Apatek (berdasarkan Sumber: SNI, 2004)
 - a. Sangat dekat (0- 300m)
 - b. Dekat (300-600m);
 - c. Jauh (600-1500m)

Lampiran 5

Tabel Score Variabel Penelitian

No	Variabel penelitian	No Urut Pertanyaan	bobot Scor		Rentang		
			a	b			
1	Karakteristik Responden (Jenis Kelamin)	1	2	1	2- 1 = 1 Laki - laki : > 1 Perempuan : ≤1		
2	Karakteristik Responden (Usia)	2	2	1	2- 1 = 1 < 35 tahun : > 1 ≥ 35 Tahun : ≤1		
3	Karakteristik Responden (status hipertensi)	3	2	1	2-1 = 1 Pre hipertensi : >1 Hipertensi : ≤1		
No	Variabel penelitian	No Urut Pertanyaan	bobot Scor				Rentang
			a	b	c	d	
4	Sosial -ekonomi (Tingkat Pendidikan)	4	4	3	2	1	4- 1 = 3 Tinggi : ≥ 3 Rendah : <3
5	Sosial -ekonomi (Jenis Pekerjaan)	5	4	3	2	1	4- 1 = 3 Tetap : ≥ 3 Tidak Tetap : < 3
6	Sosial -ekonomi (Tingkat pendapatan)	6	4	3	2	1	4- 1 = 3 Sesuai UMR ≥ 3 dibawah UMR : < 3
7	Aksesibilitas (jarak tempuh)	7	4	3	2	1	4- 1 = 3 Terjangkau : ≥ 3 Tidak terjangkau : <3
8	Aksesibilitas (waktu tempuh)	8	4	3	2	1	4- 1 = 3 Dekat : ≥ 3 Jauh : <3
9	Aksesibilitas (kemudahan transportasi)	9	4	3	2	1	12 -3 = 9
		10	4	3	2	1	Tersedia : ≥ 9
		11	4	3	2	1	Tidak tersedia : < 9
10	Aksesibilitas (kemudahan informasi)	12	4	3	2	1	12 -3 = 9
		13	4	3	2	1	Tersedia : ≥ 9
		14	4	3	2	1	Tidak tersedia : < 9

No	Variabel penelitian	No Urut Pertanyaan	bobot Skor								Rentang
			a	b	c	d	e	f	g	h	
11	Pola Pencarian Pengobatan	15	4	4	3	3	2	2	1	1	8- 2 = 6 Pengobatan Medis : ≤ 8 Pengobatan tradisional : ≤ 6 Melakukan pengobatan sendiri : ≤ 4 Tidak melakukan pengobatan : ≤ 2
		16	4	4	3	3	2	2	1	1	

Uji Validitas dan Reabilitas

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
jenis_kelamin	20	-	0.6350	0.5995	.2633333	0.9107
usia	20	+	0.8895	0.8768	.2538095	0.9056
status_hipertensi	20	+	0.8895	0.8768	.2538095	0.9056
pendidikan	20	+	0.4608	0.4128	.2693233	0.9140
pekerjaan	20	+	0.4608	0.4128	.2693233	0.9140
penghasilan	20	+	0.4608	0.4128	.2693233	0.9140
jarak_tempuh	20	+	0.5726	0.4708	.2456892	0.9167
waktu_tempuh	20	+	0.7016	0.6193	.2328571	0.9108
transportasi1	20	+	0.6213	0.5709	.2572932	0.9101
transportasi2	20	+	0.7573	0.7018	.2362657	0.9057
transportasi3	20	+	0.6712	0.6502	.2694486	0.9120
informasi1	20	+	0.6735	0.6051	.2432581	0.9092
informasi2	20	+	0.7573	0.7018	.2362657	0.9057
informasi3	20	+	0.6590	0.6238	.261604	0.9100
pola_pengobatan1	20	+	0.9242	0.9001	.2141103	0.8975
pola_pengobatan2	20	+	0.9242	0.9001	.2141103	0.8975
Test scale					.249364	0.9142

Uji Univariat

. tab jenis_kelamin

Jenis_Kelamin	Freq.	Percent	Cum.
Perempuan	180	53.73	53.73
laki-laki	155	46.27	100.00
Total	335	100.00	

. tab usia

Usia	Freq.	Percent	Cum.
< 35 tahun	50	14.93	14.93
> 35 tahun	285	85.07	100.00
Total	335	100.00	

. tab status_hipertensi

Status_Hipertensi	Freq.	Percent	Cum.
Prehipertensi	49	14.63	14.63
Hipertensi	286	85.37	100.00
Total	335	100.00	

. tab tingkat_pendidikan

Tingkat_Pendidikan	Freq.	Percent	Cum.
Tinggi	46	13.73	13.73
Rendah	289	86.27	100.00
Total	335	100.00	

. tab jenis_pekerjaan

Jenis_Pekerjaan	Freq.	Percent	Cum.
Tetap	60	17.91	17.91
Tidak Tetap	275	82.09	100.00
Total	335	100.00	

. tab tingkat_pendapatan

Tingkat_Pendapatan	Freq.	Percent	Cum.
Sesuai UMR	82	24.48	24.48
Dibawah UMR	253	75.52	100.00
Total	335	100.00	

. tab jarak_tempuh

Jarak_Tempuh	Freq.	Percent	Cum.
Terjangkau	124	37.01	37.01
Tidak Terjangkau	211	62.99	100.00
Total	335	100.00	

. tab waktu_tempuh

Waktu_Tempu h	Freq.	Percent	Cum.
Dekat	124	37.01	37.01
Jauh	211	62.99	100.00
Total	335	100.00	

. tab kemudahan_transportasi

Kemudahan_T ransportasi	Freq.	Percent	Cum.
Mudah	308	91.94	91.94
Sulit	27	8.06	100.00
Total	335	100.00	

. tab kemudahan_informasi

Kemudahan_I nformasi	Freq.	Percent	Cum.
Jelas	89	26.57	26.57
Tidak Jelas	246	73.43	100.00
Total	335	100.00	

. tab pola_pengobatan

Pola_Pengobatan	Freq.	Percent	Cum.
Pola Pencarian Pengobatan Medis	236	70.45	70.45
Pola Pencarian Pengobatan Kombinasi (Tr	99	29.55	100.00
Total	335	100.00	

Uji Bivariat

```
. tab jenis_kelamin pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i> <i>expected frequency</i>

Jenis_Kelamin	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Perempuan	124 126.8	56 53.2	180 180.0
laki- laki	112 109.2	43 45.8	155 155.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab jenis_kelamin pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Jenis_Kelamin	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Perempuan	124 68.89	56 31.11	180 100.00
laki- laki	112 72.26	43 27.74	155 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 0.4541 Pr = 0.500

```
. cs pola_pengobatan jenis_kelamin
```

	Jenis_Kelamin		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	43	56	99
Noncases	112	124	236
Total	155	180	335
Risk	.2774194	.3111111	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.0336918		-.1313748 .0639913
Risk ratio	.8917051		.6382674 1.245775
Prev. frac. ex.	.1082949		-.2457755 .3617326
Prev. frac. pop	.0501066		

chi2(1) = 0.45 Pr>chi2 = 0.5004

```
. cs pola_pengobatan jenis_kelamin_rev
```

	jenis_kelamin_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	56	43	99
Noncases	124	112	236
Total	180	155	335
Risk	.3111111	.2774194	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.0336918		-.0639913 .1313748
Risk ratio	1.121447		.8027129 1.566741
Attr. frac. ex.	.1082949		-.2457755 .3617326
Attr. frac. pop	.0612577		

```
chi2(1) = 0.45 Pr>chi2 = 0.5004
```

```
. tab usia pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Usia	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
< 35 tahun	16 35.2	34 14.8	50 50.0
> 35 tahun	220 200.8	65 84.2	285 285.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab usia pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Usia	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
< 35 tahun	16 32.00	34 68.00	50 100.00
> 35 tahun	220 77.19	65 22.81	285 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

```
Pearson chi2(1) = 41.7306 Pr = 0.000
```

```
. cs pola_pengobatan usia
```

	Usia		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	65	34	99
Noncases	220	16	236
Total	285	50	335
Risk	.2280702	.68	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.4519298		-.5901001 -.3137595
Risk ratio	.3353973		.2519805 .4464288
Prev. frac. ex.	.6646027		.5535712 .7480195
Prev. frac. pop	.5654083		

chi2(1) = 41.73 Pr>chi2 = 0.0000

```
. cs pola_pengobatan usia_rev
```

	usia_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	34	65	99
Noncases	16	220	236
Total	50	285	335
Risk	.68	.2280702	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.4519298		.3137595 .5901001
Risk ratio	2.981538		2.239999 3.968561
Attr. frac. ex.	.6646027		.5535712 .7480195
Attr. frac. pop	.2282474		

chi2(1) = 41.73 Pr>chi2 = 0.0000

```
. tab status_hipertensi pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Status_Hipertensi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Prehipertensi	16 34.5	33 14.5	49 49.0
Hipertensi	220 201.5	66 84.5	286 286.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab status_hipertensi pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Status_Hipertensi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Prehipertensi	16 32.65	33 67.35	49 100.00
Hipertensi	220 76.92	66 23.08	286 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 39.3803 Pr = 0.000

```
. cs pola_pengobatan status_hipertensi
```

	Status_Hipertensi		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	66	33	99
Noncases	220	16	236
Total	286	49	335
Risk	.2307692	.6734694	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.4427002	-.5827876	-.3026127
Risk ratio	.3426573	.2569832	.4568939
Prev. frac. ex.	.6573427	.5431061	.7430168
Prev. frac. pop	.561194		

chi2(1) = 39.38 Pr>chi2 = 0.0000

```
. cs pola_pengobatan status_hipertensi_rev
```

	status_hipertensi_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	33	66	99
Noncases	16	220	236
Total	49	286	335
Risk	.6734694	.2307692	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.4427002	.3026127	.5827876
Risk ratio	2.918367	2.188692	3.891305
Attr. frac. ex.	.6573427	.5431061	.7430168
Attr. frac. pop	.2191142		

chi2(1) = 39.38 Pr>chi2 = 0.0000

```
. tab tingkat_pendidikan pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i> <i>expected frequency</i>

Tingkat_Pe ndidikan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Tinggi	39 32.4	7 13.6	46 46.0
Rendah	197 203.6	92 85.4	289 289.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab tingkat_pendidikan pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Tingkat_Pe ndidikan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Tinggi	39 84.78	7 15.22	46 100.00
Rendah	197 68.17	92 31.83	289 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 5.2630 Pr = 0.022

```
. cs pola_pengobatan tingkat_pendidikan
```

	Tingkat_Pendidikan		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	92	7	99
Noncases	197	39	236
Total	289	46	335
Risk	.3183391	.1521739	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.1661652		.0492951 .2830353
Risk ratio	2.091943		1.036067 4.22388
Attr. frac. ex.	.5219754		.0348117 .7632509
Attr. frac. pop	.4850681		

chi2(1) = 5.26 Pr>chi2 = 0.0218

```
. cs pola_pengobatan tingkat_pendidikan_rev
```

	tingkat_pendidikan_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	7	92	99
Noncases	39	197	236
Total	46	289	335
Risk	.1521739	.3183391	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.1661652		-.2830353 -.0492951
Risk ratio	.4780246		.2367491 .9651883
Prev. frac. ex.	.5219754		.0348117 .7632509
Prev. frac. pop	.0716742		

chi2(1) = 5.26 Pr>chi2 = 0.0218

```
. tab jenis_pekerjaan pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Jenis_Pekerjaan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Tetap	51 42.3	9 17.7	60 60.0
Tidak Tetap	185 193.7	90 81.3	275 275.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab jenis_pekerjaan pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Jenis_Pekerjaan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Tetap	51 85.00	9 15.00	60 100.00
Tidak Tetap	185 67.27	90 32.73	275 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 7.4347 Pr = 0.006

```
. cs pola_pengobatan jenis_pekerjaan
```

	Jenis_Pekerjaan		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	90	9	99
Noncases	185	51	236
Total	275	60	335
Risk	.3272727	.15	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.1772727		.0712606 .2832849
Risk ratio	2.181818		1.167009 4.079086
Attr. frac. ex.	.5416667		.1431087 .754847
Attr. frac. pop	.4924242		

chi2(1) = 7.43 Pr>chi2 = 0.0064

```
. cs pola_pengobatan jenis_pekerjaan_rev
```

	jenis_pekerjaan_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	9	90	99
Noncases	51	185	236
Total	60	275	335
Risk	.15	.3272727	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.1772727		-.2832849 -.0712606
Risk ratio	.4583333		.245153 .8568913
Prev. frac. ex.	.5416667		.1431087 .754847
Prev. frac. pop	.0970149		

chi2(1) = 7.43 Pr>chi2 = 0.0064

```
. tab tingkat_pendapatan pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Tingkat_Pen dapatan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Sesuai UMR	69 57.8	13 24.2	82 82.0
Dibawah UMR	167 178.2	86 74.8	253 253.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab tingkat_pendapatan pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Tingkat_Pen dapatan	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Sesuai UMR	69 84.15	13 15.85	82 100.00
Dibawah UMR	167 66.01	86 33.99	253 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 9.7866 Pr = 0.002

```
. cs pola_pengobatan tingkat_pendapatan
```

	Tingkat_Pendapatan		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	86	13	99
Noncases	167	69	236
Total	253	82	335
Risk	.3399209	.1585366	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.1813844		.0831176 .2796511
Risk ratio	2.144117		1.265343 3.633194
Attr. frac. ex.	.5336075		.2097005 .7247601
Attr. frac. pop	.4635378		

chi2(1) = 9.79 Pr>chi2 = 0.0018

```
. cs pola_pengobatan tingkat_pendapatan_rev
```

	tingkat_pendapatan_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	13	86	99
Noncases	69	167	236
Total	82	253	335
Risk	.1585366	.3399209	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.1813844		-.2796511 -.0831176
Risk ratio	.4663925		.2752399 .7902995
Prev. frac. ex.	.5336075		.2097005 .7247601
Prev. frac. pop	.1306144		

chi2(1) = 9.79 Pr>chi2 = 0.0018

```
. tab jarak_tempuh pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i> <i>expected frequency</i>

Jarak_Tempuh	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Terjangkau	89 87.4	35 36.6	124 124.0
Tidak Terjangkau	147 148.6	64 62.4	211 211.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab jarak_tempuh pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Jarak_Tempuh	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Terjangkau	89 71.77	35 28.23	124 100.00
Tidak Terjangkau	147 69.67	64 30.33	211 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 0.1664 Pr = 0.683

```
. cs pola_pengobatan jarak_tempuh
```

	Jarak_Tempuh		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	64	35	99
Noncases	147	89	236
Total	211	124	335
Risk	.3033175	.2822581	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.0210595		-.0795552 .1216741
Risk ratio	1.074611		.759339 1.520781
Attr. frac. ex.	.0694304		-.3169349 .342443
Attr. frac. pop	.0448843		

chi2(1) = 0.17 Pr>chi2 = 0.6834

```
. cs pola_pengobatan jarak_tempuh_rev
```

	jarak_tempuh_rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	35	64	99
Noncases	89	147	236
Total	124	211	335
Risk	.2822581	.3033175	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.0210595		-.1216741 .0795552
Risk ratio	.9305696		.657557 1.316935
Prev. frac. ex.	.0694304		-.3169349 .342443
Prev. frac. pop	.0256996		

chi2(1) = 0.17 Pr>chi2 = 0.6834

```
. tab waktu_tempuh pola_pengobatan, expected
```

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Waktu_Tempuh	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Dekat	89	35	124
	87.4	36.6	124.0
Jauh	147	64	211
	148.6	62.4	211.0
Total	236	99	335
	236.0	99.0	335.0

```
. tab waktu_tempuh pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Waktu_Tempuh	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Dekat	89	35	124
	71.77	28.23	100.00
Jauh	147	64	211
	69.67	30.33	100.00
Total	236	99	335
	70.45	29.55	100.00

Pearson chi2(1) = 0.1664 Pr = 0.683

. cs pola_pengobatan waktu_tempuh

	Waktu_Tempuh Exposed Unexposed		Total
Cases	64	35	99
Noncases	147	89	236
Total	211	124	335
Risk	.3033175	.2822581	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.0210595		-.0795552 .1216741
Risk ratio	1.074611		.759339 1.520781
Attr. frac. ex.	.0694304		-.3169349 .342443
Attr. frac. pop	.0448843		
chi2(1) = 0.17 Pr>chi2 = 0.6834			

. cs pola_pengobatan waktu_tempuh_rev

	waktu_tempuh_rev Exposed Unexposed		Total
Cases	35	64	99
Noncases	89	147	236
Total	124	211	335
Risk	.2822581	.3033175	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.0210595		-.1216741 .0795552
Risk ratio	.9305696		.657557 1.316935
Prev. frac. ex.	.0694304		-.3169349 .342443
Prev. frac. pop	.0256996		
chi2(1) = 0.17 Pr>chi2 = 0.6834			

. tab kemudahan_transportasi pola_pengobatan, expected

Key
<i>frequency</i>
<i>expected frequency</i>

Kemudahan_ Transportasi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Mudah	231 217.0	77 91.0	308 308.0
Sulit	5 19.0	22 8.0	27 27.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

```
. tab kemudahan_transportasi pola_pengobatan, chi2 row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Kemudahan_ Transportasi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola Penc	Pola Penc	
Mudah	231 75.00	77 25.00	308 100.00
Sulit	5 18.52	22 81.48	27 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 38.0386 Pr = 0.000

```
. cs pola_pengobatan kemudahan_transportasi
```

	Kemudahan_Transportasi		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	22	77	99
Noncases	5	231	236
Total	27	308	335
Risk	.8148148	.25	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.5648148		.4105201 .7191095
Risk ratio	3.259259		2.502758 4.244426
Attr. frac. ex.	.6931818		.6004408 .7643969
Attr. frac. pop	.1540404		

chi2(1) = 38.04 Pr>chi2 = 0.0000

```
. cs pola_pengobatan kemudahan_transportasi_rev
```

	kemudahan_transportasi _rev		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	77	22	99
Noncases	231	5	236
Total	308	27	335
Risk	.25	.8148148	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.5648148		-.7191095 -.4105201
Risk ratio	.3068182		.2356031 .3995592
Prev. frac. ex.	.6931818		.6004408 .7643969
Prev. frac. pop	.6373134		

chi2(1) = 38.04 Pr>chi2 = 0.0000

. tab kemudahan_informasi pola_pengobatan, expected

Key
<i>frequency</i> <i>expected frequency</i>

Kemudahan_Informasi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Jelas	77 62.7	12 26.3	89 89.0
Tidak Jelas	159 173.3	87 72.7	246 246.0
Total	236 236.0	99 99.0	335 335.0

. tab kemudahan_informasi pola_pengobatan, chi2 row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Kemudahan_Informasi	Pola_Pengobatan		Total
	Pola	Penc	
Jelas	77 86.52	12 13.48	89 100.00
Tidak Jelas	159 64.63	87 35.37	246 100.00
Total	236 70.45	99 29.55	335 100.00

Pearson chi2(1) = 15.0323 Pr = 0.000

. cs pola_pengobatan kemudahan_informasi

	Kemudahan_Informasi		Total
	Exposed	Unexposed	
Cases	87	12	99
Noncases	159	77	236
Total	246	89	335
Risk	.3536585	.1348315	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	.2188271		.1260667 .3115874
Risk ratio	2.622967		1.509212 4.558644
Attr. frac. ex.	.6187524		.3374024 .7806365
Attr. frac. pop	.5437521		

chi2(1) = 15.03 Pr>chi2 = 0.0001

```
. cs pola_pengobatan kemudahan_informasi_rev
```

	kemudahan_informasi_rev		
	Exposed	Unexposed	Total
Cases	12	87	99
Noncases	77	159	236
Total	89	246	335
Risk	.1348315	.3536585	.2955224
	Point estimate		[95% conf. interval]
Risk difference	-.2188271		-.3115874 -.1260667
Risk ratio	.3812476		.2193635 .6625976
Prev. frac. ex.	.6187524		.3374024 .7806365
Prev. frac. pop	.164385		

chi2(1) = 15.03 Pr>chi2 = 0.0001

Uji Multivariat

```
. regress pola_pengobatan usia kemudahan_transportasi kemudahan_informasi
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	335
Model	17.3906083	3	5.79686944	F(3, 331)	=	36.65
Residual	52.3526753	331	.158165182	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.2494
				Adj R-squared	=	0.2425
Total	69.7432836	334	.208812226	Root MSE	=	.3977

pola_pengobatan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
usia	-.4294341	.0611074	-7.03	0.000	-.5496418	-.3092263
kemudahan_transportasi	.5071173	.0811332	6.25	0.000	.3475157	.666719
kemudahan_informasi	.1415922	.0500776	2.83	0.005	.0430818	.2401026
_cons	.5160145	.0686969	7.51	0.000	.380877	.6511521

```
. estat vif
```

Variable	VIF	1/VIF
kemudah~masi	1.04	0.965038
kemudah~tasi	1.03	0.967931
usia	1.00	0.995758
Mean VIF	1.02	

```
. pwcorr pola_pengobatan usia kemudahan_transportasi kemudahan_informasi, sig
```

	pola_p~n	usia kem~tasi kem~masi
pola_pengo~n	1.0000	
usia	-0.3529 0.0000	1.0000
kemudah~tasi	0.3370 0.0000	-0.0299 0.5861
kemudah~masi	0.2118 0.0001	-0.0623 0.2557
		0.1781 0.0011
		1.0000

```
. logit pola_pengobatan usia kemudahan_transportasi kemudahan_informasi, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -203.35256
Iteration 1: log likelihood = -162.82911
Iteration 2: log likelihood = -161.99559
Iteration 3: log likelihood = -161.99431
Iteration 4: log likelihood = -161.99431
```

Logistic regression

Number of obs = 335

LR chi2(3) = 82.72

Prob > chi2 = 0.0000

Log likelihood = -161.99431

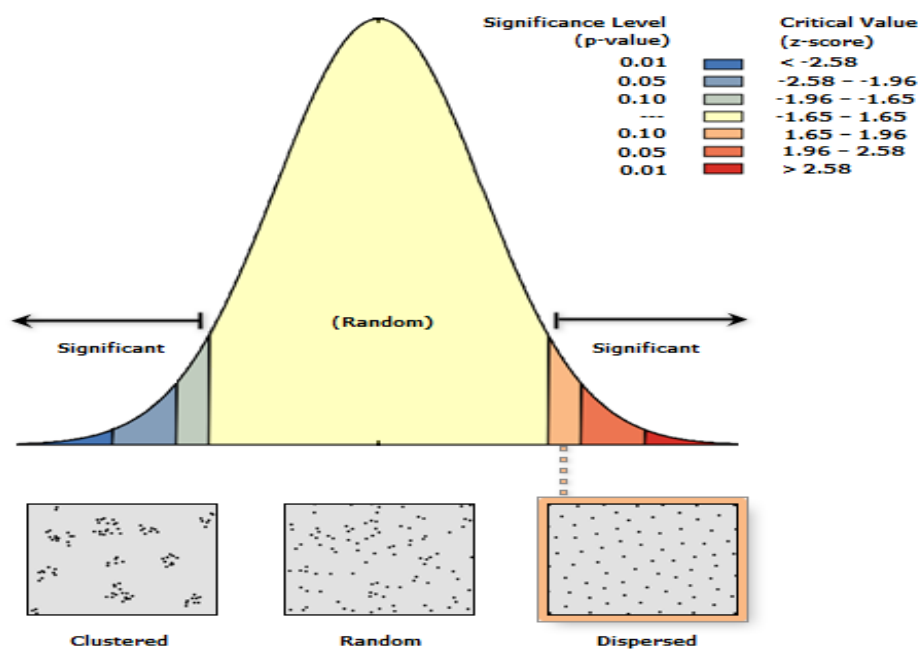
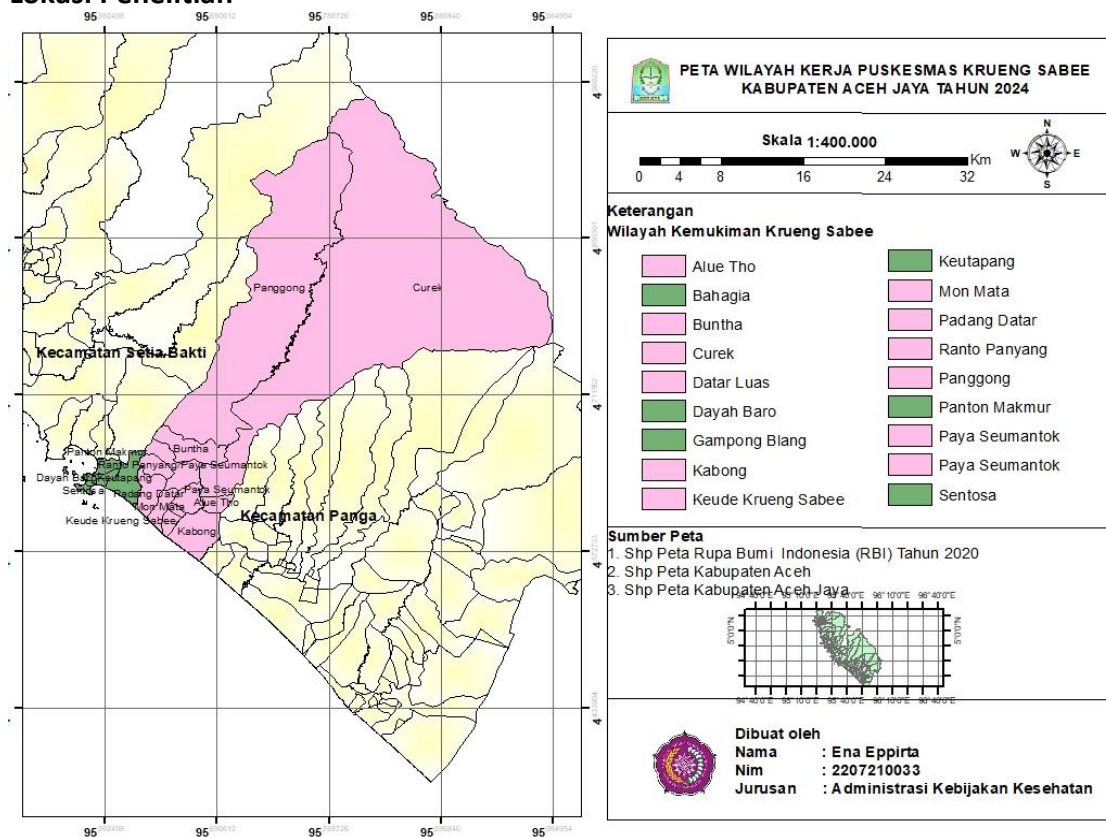
Pseudo R2 = 0.2034

pola_pengobatan	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
usia	.120055	.0426757	-5.96	0.000	.0598144	.2409655
kemudahan_transportasi	12.59206	6.69691	4.76	0.000	4.440145	35.71054
kemudahan_informasi	2.7347	1.006795	2.73	0.006	1.329031	5.627094
_cons	.8584221	.3602821	-0.36	0.716	.3770937	1.954126

Note: **_cons** estimates baseline odds.

Analisis Spasial

Lokasi Penelitian

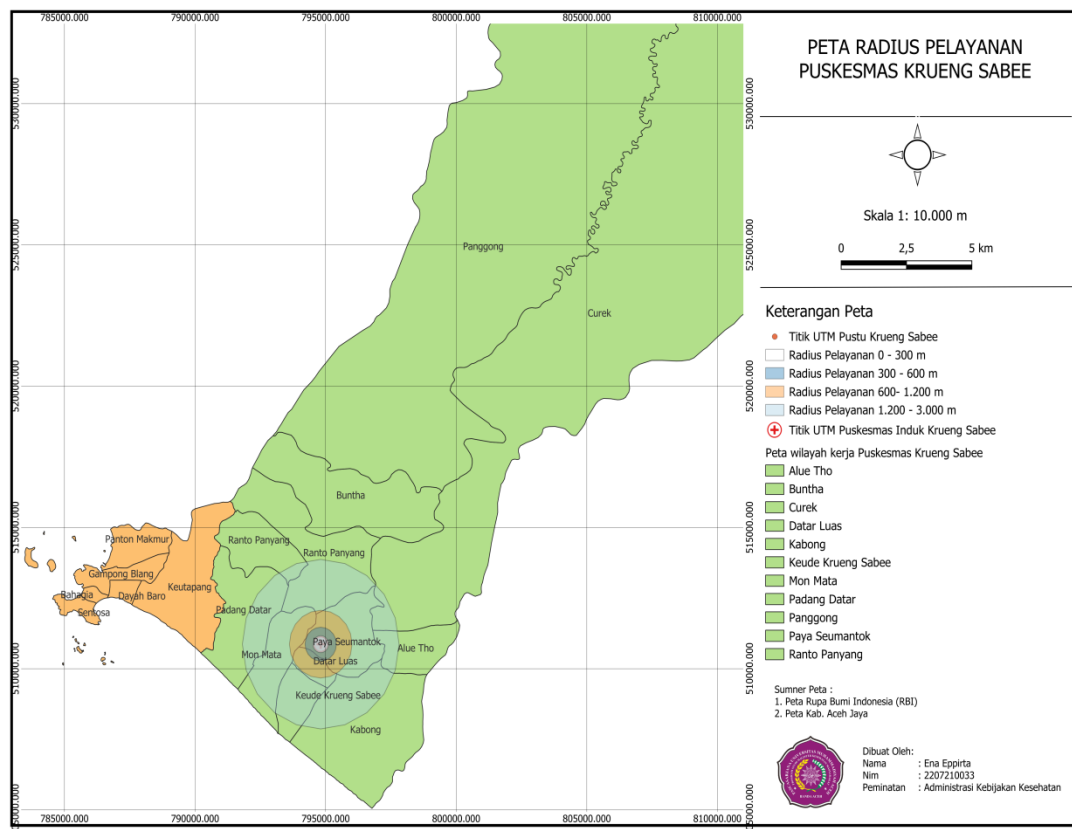


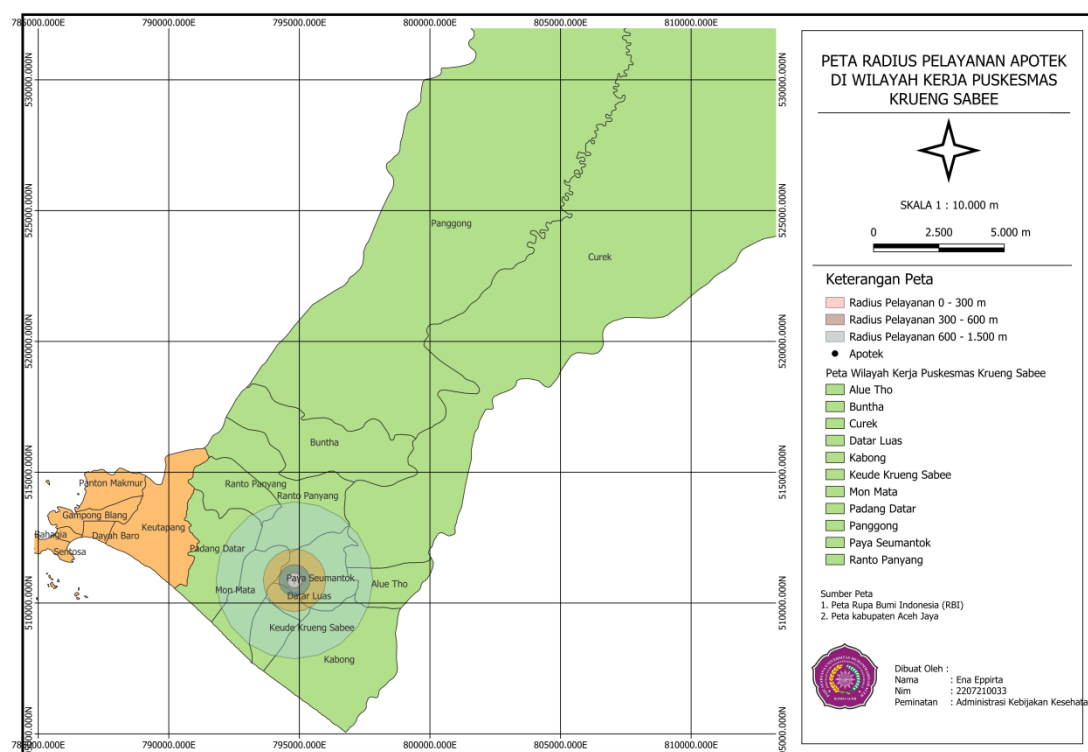
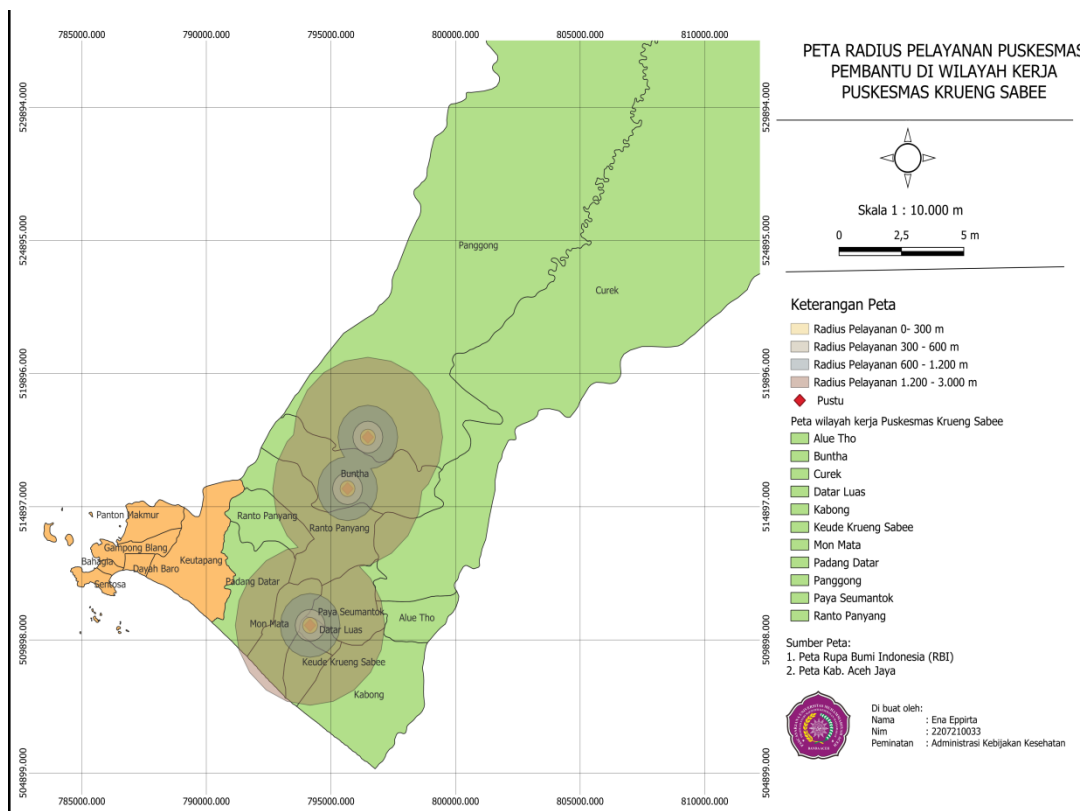
Average Nearest Neighbor Summary

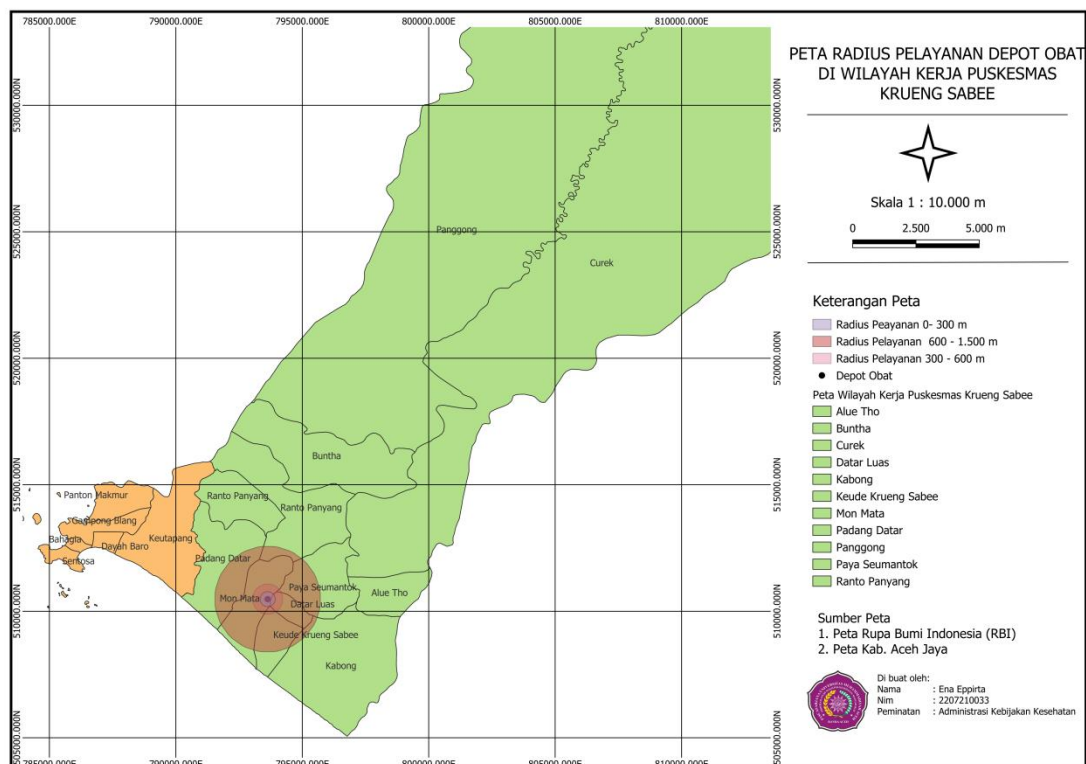
Observed Mean Distance:	2791,6865 Meters
Expected Mean Distance:	2304,0463 Meters
Nearest Neighbor Ratio:	1,211645
z-score:	1,717811
p-value:	0,085831

Dataset Information

Input Feature Class:	analisis_akhir_
Distance Method:	EUCLIDEAN
Study Area:	382221323,825961
Selection Set:	False









PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
 TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021
 Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245
 Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053
 Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: mkm@unmuha.ac.id

No : 193/UM.MKM.M/V/2024
 Lamp : -
 Hal : Permohonan Izin Penelitian

Banda Aceh, 17 Mei 2024

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya
 di

Tempat

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Dengan Hormat,

- Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Ena Eppirta**
 NPM : 2207210033
 Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan
 Judul Tesis : **"POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSESIBILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEE KABUPATEN ACEH JAYA"**

- Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatian bapak/ibu kami ucapkan terima kasih.

Asnawi Abdullah

 Prof. Asnawi Abdullah, PhD, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, PhD

NIP. 19710703 199503 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN ACEH JAYA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS KRUENG SABEE
Jln. Krueng Sabee-Curek Km. 165 Gampong Paya Seumantok
Email : puskesmaskruengsabee@yahoo.co.id
KRUENG SABEE



KodePos : 23654

Nomor : 440 / 485 / VI / 2024
Lamp : -
Hal : **Selesai Penelitian**

Krueng Sabee, 11 Juni 2024
Kepada Yth ;
Pasca Sarjana Universitas
Muhammadiyah Aceh
di_
Tempat.

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat dari Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Aceh Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Nomor : 193/UM.MKM.M/V/2024, Perihal Permohonan Izin Penelitian yang diajukan oleh :

Nama : Ena Eppirta
NPM : 2207210033
Program Studi : Administrasi Kebijakan Kesehatan.
Judul Penelitian : **"POLA PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI DAN AKSEBILITAS FASILITAS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS KRUENG SABEEKABUPATEN ACEH JAYA"**

Telah selesai melakukan Penelitian di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya dari Tanggal 20 Mei s/d 08 Juni 2024.

Demikianlah surat ini kami keluarkan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan terima kasih.

Kepala UPTD Puskesmas Krueng Sabee
Kabupaten Aceh Jaya

dr. Syarifah Rahmah
Penata TK I
Nip. 19820801 201412 2 001