

Evaluasi Program Pengendalian Hipertensi

Fakhrul Nazar^{1*}, Rika Meutia¹ Raden Debby Yelastari¹, Farrah Fahdhienie², Fahmi Ichwasyah²

¹Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh, Indonesia

*Email: fakhrulnazar53@gmail.com

Received: 5-3-2026

Revised: 15-3-2026

Accepted: 30-3-2026

Abstract

One of the major public health challenges in Indonesia is the rising burden of non-communicable diseases (NCDs), particularly hypertension. This study aimed to evaluate the hypertension control program at Lhoksukon Community Health Center (Puskesmas), North Aceh Regency, Aceh Province. A qualitative descriptive case study design was employed, utilizing in-depth interviews, document review, and direct observation. Data were collected from May to June 2025. The program targeted 4,072 hypertensive patients from 2022 to 2024, with a cumulative coverage of 3,660 patients (89.9%). Coverage increased annually: 85.4% in 2022, 89.9% in 2023, and 94.1% in 2024. This indicates improved performance in NCD management, particularly in monitoring and service delivery for hypertensive patients. Strategic interventions such as health education, active case finding, and integration with elderly posyandu contributed to this success. However, 412 patients remained unreached, requiring targeted outreach. The findings suggest that strengthening community-based monitoring and data management can further improve hypertension control.

Keywords: Evaluation; hypertension; non-communicable diseases

Abstrak

Salah satu tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia adalah meningkatnya beban penyakit tidak menular (PTM), khususnya hipertensi. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi program pengendalian hipertensi di Puskesmas Lhoksukon, Kabupaten Aceh Utara, Provinsi Aceh. Metode yang digunakan adalah studi kasus kualitatif deskriptif dengan wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei–Juni 2025. Program menargetkan 4.072 pasien hipertensi selama periode 2022–2024, dengan cakupan kumulatif 3.660 pasien (89,9%). Cakupan meningkat tiap tahun: 85,4% (2022), 89,9% (2023), dan 94,1% (2024). Hal ini mencerminkan peningkatan kinerja program PTM, terutama dalam pemantauan dan pelayanan pasien hipertensi. Intervensi seperti edukasi kesehatan, pendataan aktif, dan integrasi dengan posyandu lansia turut mendukung keberhasilan program. Namun, masih terdapat 412 pasien yang belum terlayani. Perlu strategi lebih intensif untuk menjangkau kelompok pasien yang sulit diakses. Kata kunci: Evaluasi; hipertensi; penyakit tidak menular

Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) masih menjadi tantangan penting dalam pembangunan kesehatan, dan hipertensi merupakan salah satu masalah yang memerlukan pengendalian berkelanjutan di tingkat pelayanan primer. Hipertensi berkaitan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular dan komplikasi lain, sementara banyak penderita tidak merasakan gejala sehingga keteraturan pemeriksaan menjadi penting [1], [8], [10].

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk berusia 18 tahun ke atas mencapai 34,1%, meningkat dibandingkan 25,8% pada 2013 [2]. Temuan tersebut

menunjukkan pentingnya penguatan deteksi dan pengelolaan hipertensi di layanan kesehatan primer.

Hipertensi sering kali tidak bergejala sehingga sebagian penderita tidak menyadari kondisinya dan tidak memperoleh pengelolaan yang memadai. Deteksi dini, pengukuran tekanan darah yang tepat, pengobatan sesuai indikasi, dan pemantauan berkelanjutan diperlukan untuk mengurangi risiko komplikasi [1], [3].

Pengendalian hipertensi di layanan primer membutuhkan kegiatan terintegrasi, termasuk identifikasi pasien, pengukuran tekanan darah, edukasi, tata laksana, tindak lanjut, serta pencatatan dan pelaporan. WHO melalui paket intervensi esensial penyakit tidak menular untuk pelayanan kesehatan primer menekankan penguatan layanan terstandar dan kesinambungan perawatan hipertensi [3].

Puskesmas Lhoksukon, Kabupaten Aceh Utara, dipilih sebagai lokasi penelitian untuk mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian hipertensi selama 2022–2024. Evaluasi difokuskan pada sumber daya, pembiayaan, target dan cakupan pelayanan, serta kegiatan edukasi. Hasil evaluasi diharapkan dapat mengidentifikasi aspek yang perlu dipertahankan dan diperbaiki dalam menjangkau pasien hipertensi. Besarnya masalah hipertensi tidak hanya berkaitan dengan faktor biologis, tetapi juga dengan pola hidup dan kondisi sosial. Penelitian tentang gaya hidup pada penderita hipertensi menunjukkan pentingnya memperhatikan kebiasaan sehari-hari dalam upaya pengendalian tekanan darah [1]. Faktor risiko juga perlu dilihat bersama karakteristik individu dan lingkungan, termasuk usia, jenis kelamin, tingkat ekonomi, serta jenis pekerjaan yang dapat berkaitan dengan akses dan perilaku pencarian layanan kesehatan [5], [11], [14], [15].

Penatalaksanaan hipertensi tidak cukup hanya melalui pengukuran tekanan darah saat kunjungan. Pengendalian memerlukan identifikasi pasien, edukasi, konseling perubahan gaya hidup, pemantauan berkala, pengobatan sesuai indikasi, dan tindak lanjut terhadap pasien yang tidak hadir. Upaya promosi kesehatan dan pencegahan komplikasi perlu disesuaikan dengan kebutuhan pasien serta kemampuan layanan primer [9], [13], [14].

Sejumlah penelitian membahas intervensi nonfarmakologis, seperti relaksasi autogenik dan slow deep breathing, sebagai pendekatan pendamping untuk membantu pengelolaan tekanan darah [2]–[4], [7], [12]. Walaupun pendekatan tersebut bukan satu-satunya komponen pengendalian hipertensi, keberadaan bukti mengenai edukasi dan dukungan perilaku memperlihatkan bahwa pelayanan hipertensi perlu dilaksanakan secara berkelanjutan, bukan hanya berorientasi pada pencatatan jumlah kunjungan. Bukti mengenai program pengelolaan berbasis komunitas juga menekankan pentingnya keterlibatan layanan kesehatan dan masyarakat dalam mendukung pemantauan pasien [16].

Di Indonesia, data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada penduduk berusia 18 tahun ke atas sebesar 34,1%, lebih tinggi dibandingkan angka 25,8% pada 2013 [10]. Kondisi ini memperkuat kebutuhan evaluasi program di fasilitas pelayanan primer, terutama untuk mengetahui apakah

target yang ditetapkan telah dijangkau dan bagaimana sumber daya, pembiayaan, serta edukasi mendukung pelaksanaan program.

Puskesmas Lhoksukon, Kabupaten Aceh Utara, Provinsi Aceh, melaksanakan program pengendalian hipertensi pada periode 2022–2024. Namun, capaian cakupan perlu ditelaah bersama informasi sumber daya petugas dan kader, alokasi dana, jumlah sasaran, pelayanan yang tercatat, serta frekuensi kegiatan edukasi. Selain itu, capaian administratif tidak otomatis menunjukkan keberhasilan pengendalian tekanan darah pada setiap pasien. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian hipertensi di Puskesmas Lhoksukon selama 2022–2024, mengidentifikasi capaian dan kesenjangan pelaksanaan, serta merumuskan area yang perlu diperkuat berdasarkan data program.

Metode

Penelitian ini merupakan evaluasi kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus. Lokus penelitian adalah Puskesmas Lhoksukon, Kabupaten Aceh Utara, Provinsi Aceh, dilaksanakan pada bulan Mei–Juni 2025. Unit analisis meliputi program pengendalian hipertensi dari tahun 2022 hingga 2024.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci (kepala puskesmas, penanggung jawab program PTM, bendahara, dan tim medis), telaah dokumen program, serta observasi langsung terhadap pelaksanaan pelayanan. Data sekunder meliputi laporan bulanan, register pasien, dan rekapitulasi program. Teknik triangulasi digunakan untuk meningkatkan kredibilitas data. Analisis data dilakukan secara tematik melalui reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Etika penelitian diperhatikan dengan memperoleh izin dari pihak puskesmas, informed consent dari informan, serta menjaga kerahasiaan identitas

Hasil dan Pembahasan

1. Hasil

Tabel 1. Jumlah dan Kualifikasi Petugas Kesehatan yang menangani Program Hipertensi 2022-2024 di Puskesmas Lhoksukon

Petugas Kesehatan	2022	2023	2024	Keterangan
Dokter	7	7	7	
Perawat	20	20	20	
Kader Kesehatan	84	84	84	Tersebar di 42 Desa Binaan

Tabel 2. Alokasi Dana untuk Program Hipertensi di Puskesmas Lhoksukon 2022-2024

Tahun	APBN	APBD	keterangan
2022	Rp 35.000.000	-	Dana untuk Program Hipertensi dan Prolanis
2023	Rp 27.940.000	-	Dana untuk Program Hipertensi dan Prolanis
2024	Rp 58.560.000		Dana untuk Program Hipertensi dan Prolanis

Tabel 3. Jumlah Pasien Hipertensi Yang Menjadi Target Program

Tahun	P	L	Total	P	L	Total	P	L	Total
2022	869	443	1312	-	-	-	-	-	-
2023	-	-	-	879	478	1357			
2024	-	-	-	-	-	-	885	518	1403
Jumlah							-	-	4072

Tabel 4. Jumlah Pasien Hipertensi yang datang untuk Pemeriksaan dan Jumlah Populasi

Tahun	Target	Cakupan	
		N	%
2022	1.312	1.120	85,4%
2023	1.357	1.220	89,9%
2024	1.403	1.320	94,1%
Jumlah	4.072	3.660	89,9%

Tabel 5. Frekuensi dan Edukasi Program Hipertensi

Program	2022	2023	2024
Penyuluhan	24	24	24
Konseling/Kampanye	12	12	12

Tabel 6. Jumlah Pasien Hipertensi yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Tahun	Jumlah Pasien Hipertensi
2022	1.120
2023	1.220
2024	1.320

Pembahasan

Cakupan pelayanan yang tercatat di Puskesmas Lhoksukon meningkat dari 85,4% pada 2022 menjadi 89,9% pada 2023 dan 94,1% pada 2024. Pola ini menunjukkan peningkatan proporsi sasaran yang tercatat menerima pelayanan. Meski demikian, cakupan merupakan indikator proses dan tidak dapat disamakan dengan keberhasilan klinis, seperti tekanan darah yang terkontrol atau berkurangnya komplikasi. Evaluasi program hipertensi karena itu idealnya memantau indikator proses bersama indikator hasil klinis dan kesinambungan tindak lanjut [9], [16].

Kenaikan cakupan dapat dibaca sebagai sinyal positif dari sisi jangkauan layanan, tetapi penjelasan mengenai penyebab kenaikan harus tetap hati-hati. Data yang tersedia belum menguraikan perubahan strategi penjangkauan dari tahun ke tahun, perubahan definisi sasaran, atau kemungkinan pemutakhiran register. Dengan demikian, peningkatan persentase tidak dapat langsung dinyatakan sebagai akibat dari satu kegiatan tertentu. Penguatan pencatatan, pemutakhiran daftar pasien, dan pemantauan pasien yang tidak kembali perlu dipandang sebagai bagian dari sistem evaluasi, bukan sekadar kegiatan administratif [9], [16].

Secara kumulatif, 3.660 dari 4.072 pasien sasaran tercatat memperoleh pelayanan, sedangkan 412 pasien belum tercakup dalam laporan program. Angka tersebut merupakan kesenjangan antara target dan jumlah pelayanan yang tercatat; angka ini belum memastikan bahwa seluruh 412 orang tidak pernah mengakses layanan lain. Langkah awal yang disarankan adalah memverifikasi identitas dan status pasien, memperbarui nomor kontak serta alamat, dan mencocokkan register dengan catatan pelayanan yang tersedia. Setelah verifikasi, pasien dapat dikelompokkan berdasarkan alasan belum hadir, misalnya kendala akses, kurangnya pemahaman, atau hambatan jadwal, agar tindak lanjut lebih tepat sasaran [8], [9].

Dari sisi sumber daya manusia, laporan mencatat 7 dokter, 20 perawat, dan 84 kader kesehatan pada setiap tahun pengamatan, dengan kader tersebar di 42 desa binaan. Ketersediaan sumber daya tersebut merupakan modal untuk memperkuat edukasi, pengingat kunjungan, dan penelusuran pasien di komunitas. Namun, jumlah petugas belum menjelaskan apakah distribusi tugas, pelatihan, beban kerja, dan supervisi sudah memadai. Evaluasi berikutnya perlu mendokumentasikan peran tiap unsur, alur rujukan, dan mekanisme komunikasi antara kader dengan petugas puskesmas sehingga kontribusi sumber daya terhadap jangkauan program dapat dinilai lebih jelas [9], [16].

Alokasi dana program tercatat sebesar Rp35.000.000 pada 2022, Rp27.940.000 pada 2023, dan Rp58.560.000 pada 2024. Peningkatan alokasi pada 2024 berlangsung bersamaan dengan peningkatan cakupan, tetapi data deskriptif ini tidak cukup untuk menyimpulkan bahwa perubahan anggaran menyebabkan peningkatan cakupan. Naskah belum menyajikan realisasi belanja, komponen pembiayaan, atau biaya per pasien yang dilayani. Karena itu, pembahasan efisiensi sebaiknya ditunda sampai data perencanaan dan realisasi anggaran dapat dibandingkan dengan kegiatan dan hasil pelayanan.

Kegiatan penyuluhan tercatat sebanyak 24 kali per tahun, sedangkan konseling/kampanye tercatat 12 kali per tahun. Frekuensi tersebut menunjukkan bahwa edukasi telah direncanakan sebagai kegiatan rutin, tetapi jumlah kegiatan belum menggambarkan jumlah peserta yang dijangkau, kualitas komunikasi, pemahaman pasien, maupun perubahan perilaku. Hal ini penting karena faktor gaya hidup dan faktor sosial dapat memengaruhi pengelolaan hipertensi, sementara promosi kesehatan harus disesuaikan dengan karakteristik pasien [1], [11], [14], [15]. Untuk memperkuat evaluasi, pencatatan edukasi dapat dilengkapi jumlah peserta unik, topik, metode, hasil pemahaman singkat, serta rencana tindak lanjut setelah sesi edukasi.

Penatalaksanaan pasien hipertensi juga perlu dipahami sebagai rangkaian layanan, mulai dari deteksi, penilaian risiko, konseling, pemantauan, hingga penyesuaian tata laksana oleh tenaga kesehatan. Literatur yang membahas relaksasi autogenik dan slow deep breathing memberi contoh bahwa edukasi perilaku dan strategi nonfarmakologis dapat menjadi bagian pendamping dari pengelolaan pasien tertentu, tetapi tidak menggantikan penilaian klinis dan terapi sesuai indikasi [2]–[4], [7], [12]. Dalam konteks evaluasi program ini, data belum menunjukkan apakah pasien menerima intervensi tersebut; karena itu, literatur ini lebih tepat digunakan untuk menegaskan perlunya layanan yang komprehensif, bukan untuk menyatakan bahwa intervensi tersebut telah dilakukan di Puskesmas Lhoksukon.

Hasil penelitian memiliki implikasi praktis bagi pengelolaan program. Pertama, puskesmas dapat melakukan audit berkala terhadap kesesuaian antara daftar sasaran, register kunjungan, dan rekapitulasi laporan. Kedua, daftar pasien yang belum tercakup dapat dibahas dalam pertemuan rutin program untuk menentukan penanggung jawab dan batas waktu tindak lanjut. Ketiga, laporan program sebaiknya membedakan pasien yang baru ditemukan, pasien yang menjalani kunjungan berulang, pasien yang dirujuk, serta pasien dengan hasil pengukuran tekanan darah terkendali. Pemisahan indikator ini akan membuat evaluasi lebih informatif dan membantu manajemen menentukan prioritas perbaikan [9], [16].

Interpretasi hasil perlu mempertimbangkan keterbatasan penelitian. Data cakupan berasal dari laporan program dan belum disertai verifikasi individual terhadap status diagnosis, kunjungan berulang, keteraturan pengobatan, atau hasil pengukuran tekanan darah. Selain itu, desain studi kasus di satu puskesmas membatasi penerapan temuan pada fasilitas lain. Penelitian berikutnya dapat menggabungkan indikator proses dan hasil klinis, melakukan validasi silang antara register dan laporan, serta menggali alasan pasien tidak terjangkau melalui wawancara dengan pasien atau keluarga.

Kesimpulan

Evaluasi program pengendalian hipertensi di Puskesmas Lhoksukon periode 2022–2024 menunjukkan peningkatan cakupan tahunan, yaitu 85,4% pada 2022, 89,9% pada 2023, dan 94,1% pada 2024. Secara kumulatif, 3.660 dari 4.072 pasien sasaran telah memperoleh pelayanan (89,9%), sementara 412 pasien belum tercakup. Puskesmas perlu mempertahankan upaya yang berjalan dan memperkuat penelusuran serta tindak lanjut pasien yang belum terlayani. Karena penelitian ini bersifat deskriptif, temuan menunjukkan pola capaian program dan belum membuktikan efektivitas kausal dari setiap kegiatan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada dosen pengampu yang telah memberikan bimbingan dalam penulisan artikel ini, serta kepada Kepala Puskesmas Lhoksukon, penanggung jawab program PTM, bendahara, dan petugas terkait yang telah membantu penyediaan informasi untuk kajian ini.

Daftar Pustaka

- [1] M. Aminuddin, “Gambaran gaya hidup pada penderita hipertensi di wilayah RT 17 Kelurahan Baqa Samarinda Seberang,” *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*, vol. 4, no. 2, pp. 45–52, 2019.
- [2] S. K. Anita and Evin, “Pengaruh relaksasi autogenik terhadap penurunan tekanan darah pasien hipertensi,” *Jurnal Kesehatan*, vol. 10, no. 12, pp. 1123–1130, 2021.
- [3] W. Azizah, H. Uswatun, and T. P. Asri, “Penerapan slow deep breathing terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi,” *Jurnal Cendekia Muda*, vol. 1, no. 1, pp. 45–52, 2022, doi: 10.59041/jcm.v1i1.123.

- [4] R. R. Farrel, Ludhiana, and Immawati, “Penerapan teknik relaksasi autogenik pada pasien hipertensi di Puskesmas Metro,” *Jurnal Cendekia Muda*, vol. 2, no. 1, pp. 33–40, 2023, doi: 10.59041/jcm.v2i1.205.
- [5] A. Fitriani, M. N. Bustan, and Masriadi, “Faktor risiko kejadian hipertensi di Puskesmas Lompoe Kecamatan Bacukiki Kota Parepare,” *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, vol. 7, no. 2, pp. 88–95, 2019.
- [6] S. Indahria, “Terapi relaksasi untuk menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi,” *Jurnal Psikologi Kesehatan*, vol. 5, no. 1, pp. 28–38, 2013.
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Hipertensi paling banyak diidap masyarakat,” siaran pers, 2019. [Online]. Available: <https://www.kemkes.go.id>.
- [8] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas*. Jakarta, Indonesia: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2020.
- [9] Y. I. Lestari and P. S. Nugroho, “Hubungan tingkat ekonomi dan jenis pekerjaan dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Palaran,” *Borneo Student Research*, vol. 3, no. 1, pp. 269–270, 2019.
- [10] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta, Indonesia: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019.
- [11] A. Lia, “Pengaruh relaksasi autogenik terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Arut Selatan, Kotawaringin Barat,” *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, vol. 8, no. 1, pp. 70–75, 2022.
- [12] W. Mardiah, K. Ibrahim, and D. Setyorini, “Pencegahan hipertensi dan perawatan pasien stroke di rumah di Desa Cikaramas dan Desa Wargaluyu, Kecamatan Tanjungmedar, Kabupaten Sumedang,” *Dharma Karya*, vol. 10, no. 2, pp. 45–52, 2015.
- [13] Muzakkar and T. Djafar, “Promosi kesehatan: Penyebab terjadinya hipertensi,” *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, vol. 9, no. 1, pp. 1–10, 2021, doi: 10.17605/OSF.IO/FP6J.
- [14] E. Nureni, “Hubungan usia dan jenis kelamin berisiko dengan kejadian hipertensi di Klinik X Kota Tangerang,” *Jurnal Kesehatan Prima*, vol. 13, no. 1, pp. 45–50, 2019.
- [15] M. Prasad et al., “Effectiveness of community-based hypertension management programs in low- and middle-income countries: A systematic review,” *Journal of Hypertension*, vol. 40, no. 3, pp. 432–441, 2022, doi: 10.1097/HJH.0000000000003045.
- [16] World Health Organization, *Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings (PEN)—Hypertension Management*. Geneva, Switzerland: WHO, 2021. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035477>.