

ARTIKEL PENELITIAN

**STUDI DESKRIPTIF PENGUNJUNG POSBINDU PTM
DI DUA RUKUN WARGA KELURAHAN PEJAGALAN**

*A DESCRIPTIVE STUDY OF COMMUNITY HEALTH POST VISITORS
IN TWO HAMLETS IN KELURAHAN PEJAGALAN*

Yunisa Astiarani*, Kevin Kristian

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat-Gizi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Unika Atma Jaya,
Jalan Pluit Raya no. 2, Jakarta Utara, 14440

* **Korespondensi:** yunisa.astiarani@atmajaya.ac.id

ABSTRACT

Introduction: A community-based health post called 'pos pembinaan terpadu' (Posbindu) is a vital approach to NCDs prevention and control strategy in the community. However, the posts appear to receive low appreciation in urban areas, with less than 10% of the population at risk visiting the post. This study presented a descriptive evaluation in Posbindu visitors after half-year implementation in two hamlets in Pejagalan.

Methods: A survey-based study was conducted in two Posbindu, each in a hamlet. A self-questionnaire regarding sociodemography, NCDs status, risk factors, visiting frequency and health-seeking behaviour were asked to all visitors and collected during Posbindu schedule.

Results: Posbindu visitors in hamlet A and B (131 and 160) share common demographic characteristics, with women participation higher in both (Hamlet A= 90.1% and Hamlet B=80.6%) mostly in their 30-44 age group for hamlet A (38.9%) and 45-59 age group for hamlet B (50%). Homemakers and unemployed were more than 70% of the proportion with low education preceding (40%) in both hamlets. NCDs status slightly higher in hamlet A (54.1%) than in B (53.7%), with hypertension, occupied the most. More than 90% of visitors lack in physical activity. Health seeking behaviour is better in diabetes sufferer than hypertension.

Conclusion: Posbindu visitors are usually housewives or unemployed group due to limitation of schedule. School and workplace-based NCDs prevention program have to be in consideration. Open space facilities on increasing the community's physical activity and intensive health literacy are necessary to maintain their healthy life years.

Key Words: community health, health program, non-communicable diseases/NCDs, posbindu, hypertension, diabetes.

ABSTRAK

Pendahuluan: Pos kesehatan berbasis masyarakat yang disebut 'pos pembinaan terpadu' (posbindu) merupakan pendekatan penting dalam strategi pencegahan dan pengendalian PTM di masyarakat. Namun, Posbindu mendapat apresiasi yang rendah di daerah perkotaan, dengan kurang dari 10% populasi berisiko mengunjungi pos tersebut. Penelitian ini menyajikan evaluasi deskriptif pengunjung Posbindu setelah pelaksanaan setengah tahun di dua rukun warga (RW) di Pejagalan.

Metode: Survei dilakukan di dua posbindu, masing-masing satu pos dalam satu RW. Kuesioner mandiri mengenai sosiodemografi, status PTM, faktor risiko, frekuensi kunjungan dan perilaku mencari kesehatan diisi oleh semua pengunjung dan dikumpulkan saat jadwal pelaksanaan Posbindu.

Hasil: Pengunjung posbindu di RW A dan B (131 dan 160) memiliki kesamaan karakteristik demografis, dengan partisipasi perempuan lebih tinggi di kedua RW (RW A=90,1% dan RW B=80,6%, sebagian besar dalam kelompok usia 30-44 pada RW A (38,9%) dan kelompok umur 45-59 pada RW B (50%). Ibu rumah tangga dan orang yang tidak bekerja menempati 70% proporsi pengunjung dengan tingkat pendidikan rendah yang dominan (40%) di kedua RW. Status PTM sedikit lebih tinggi di RW A (54,1%) dibandingkan RW B (53,7%), dan hipertensi sebagai jenis PTM terbanyak. Lebih dari 90% pengunjung kurang dalam aktivitas fisik. Perilaku pencarian kesehatan pada penderita diabetes lebih baik dari pada hipertensi.

Simpulan: Pengunjung posbindu terbanyak adalah ibu rumah tangga atau orang yang tidak bekerja karena keterbatasan jadwal. Program pencegahan PTM berbasis sekolah dan tempat kerja harus dipertimbangkan. Fasilitas ruang terbuka untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat dan literasi kesehatan secara intensif diperlukan untuk menjaga kesehatan warga.

Kata Kunci: kesehatan komunitas, program kesehatan, penyakit tidak menular/PTM, posbindu, hipertensi, diabetes.

PENDAHULUAN

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa penyakit tidak menular (PTM) yang terbagi menjadi 4 kelompok besar penyakit, yaitu penyakit kardiovaskular (hipertensi, serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit paru obstruktif kronis, dan diabetes merupakan penyebab 71% kematian di dunia (63 juta kematian).¹ Sebesar 85% kematian prematur terkait PTM terjadi di negara miskin dan berkembang. PTM diperkirakan akan terus menjadi tantangan terbesar dalam bidang kesehatan maupun kesehatan masyarakat dengan prevalensi yang terus meningkat dan beban kematian mencapai 19% untuk perempuan di 35 negara dan 16% untuk laki-laki di 30 negara pada tahun 2030.^{2,3,4}

Laporan riset kesehatan dasar di Indonesia tahun 2018 (Riskesdas 2018)⁵ menunjukkan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang cukup signifikan dari tahun 2013, terutama pada penyakit hipertensi (34,1%) dan diabetes mellitus (8,5%) yang masing-masing mengalami peningkatan prevalensi sebesar 8,3 % dan 1,6%. DKI Jakarta, sebagai ibu kota negara dan daerah perkotaan terbesar di Indonesia, memiliki prevalensi PTM tertinggi dengan prevalensi hipertensi mencapai 34,95% dan diabetes mellitus (DM) sebesar 3%.⁶

Salah satu upaya penanggulangan PTM di Indonesia dilakukan melalui pengembangan Posbindu yang memiliki tiga prinsip utama, yaitu cek kesehatan berkala, intervensi atau modifikasi perilaku, dan penemuan dini warga yang memiliki PTM.^{7,8} Posbindu yang

merupakan bagian dari pelayanan PTM terpadu (PANDU), bertujuan untuk memonitor dan mendeteksi secara dini faktor risiko PTM di masyarakat terutama populasi berisiko.^{9,10}

Jumlah posbindu PTM di Jakarta hingga dengan Desember 2017 mencapai 950 posbindu. Meskipun demikian, belum seluruh RW di Jakarta memiliki posbindu sesuai rekomendasi Kementerian Kesehatan.¹¹ Kelurahan Pejagalan memulai inisiasi posbindu PTM di RW A dan B secara bersamaan dan diharapkan mampu menjadi model posbindu yang baik dalam perluasan posbindu di RW lainnya. Setelah dilakukan lima kali posbindu berkala setiap bulan, cakupan deteksi dini warga berusia 15 tahun ke atas baru mencapai 61,7% di RW A dan 57% di RW B dari target standar pelayanan minimal cakupan deteksi dini sebesar 100%.¹² Studi ini dilakukan sebagai studi evaluasi karakteristik pengunjung posbindu di kedua RW, sehingga memberikan gambaran sosiodemografi, sebaran PTM serta faktor risikonya dan memberikan rekomendasi pengembangan program pencegahan dan penanggulangan PTM untuk meningkatkan cakupan dan keluaran, serta saran untuk studi lanjutan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan survai sebagai studi evaluasi pengembangan program pencegahan dan penanggulangan PTM di masyarakat. Posbindu RW A dan B di Kelurahan Pejagalan adalah posbindu pertama yang diinisiasi kembali setelah beberapa waktu mati suri. Keduanya diharapkan mampu dijadikan model

yang baik dalam perluasan pengembangan posbindu di RW lainnya.

Penelitian dilakukan pada pelaksanaan posbindu ke-6 dengan 131 pengunjung posbindu RW A dan 160 pengunjung posbindu RW B sebagai responden. Kuesioner mandiri berisi variabel demografi seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan yang diperlukan dalam menggambarkan karakteristik sasaran. Status kese-

hatan, frekuensi kunjungan posbindu, faktor risiko PTM dan perilaku mencari pengobatan (*health seeking behaviour*) ke posbindu diperlukan dalam menentukan rekomendasi penelitian lanjutan dan pengembangan program pemberdayaan masyarakat yang sesuai. *Informed consent* secara tertulis didapatkan sebelum pengisian kuesioner dimulai. Kajian deskriptif dilakukan menggunakan Microsoft Excel (Microsoft Corporation).

Tabel 1. Karakteristik Demografi Pengunjung Posbindu RW A dan RW B

Karakteristik	RW A (n=131)	RW B (n=160)
	n (%)	n (%)
Usia, tahun		
15-29 tahun	9 (6,9%)	9 (5,6%)
30-44 tahun	51 (38,9%)	49 (30,6%)
45-59 tahun	48 (36,6%)	80 (50%)
≥ 60 tahun	23 (17,6%)	22 (13,8%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	13 (9,9%)	31 (19,4%)
Perempuan	118 (90,1%)	129 (80,6%)
Pendidikan terakhir		
Tidak sekolah	8 (6,1%)	10 (6,3%)
Belum tamat SD	8 (6,1%)	8 (5%)
Tamat SD	52 (39,7%)	68 (42,5%)
Tamat SMP	32 (24,4%)	44 (27,5%)
Tamat SMA	23 (17,6%)	28 (17,5%)
Tamat S1	8 (6,1%)	2 (1,3%)
Status Pernikahan		
Tidak menikah	7 (5,3%)	8 (5%)
Menikah	110 (84%)	140 (87,5%)
Cerai mati	13 (9,9%)	11 (6,9%)
Cerai hidup	1 (0,8%)	1 (0,6%)
Pekerjaan		
Bekerja		
PNS	2 (1,5%)	3 (1,9%)
Pegawai Swasta	5 (3,8%)	8 (5%)
Wiraswasta	5 (3,8%)	20 (12,5%)
Buruh	4 (3,1%)	5 (3,1%)
Supir	1 (0,8%)	5 (3,1%)
Pelajar/mahasiswa	2 (1,5%)	2 (1,2%)
Ibu rumah tangga	106 (80,9%)	112 (70%)
Tidak bekerja	6 (4,6%)	5 (3,1%)

HASIL

Pengunjung posbindu di kedua RW didominasi oleh perempuan, masing-masing sebesar 90,1% di RW A dan 80,6% di RW B. Kelompok usia terbanyak di RW A adalah kelompok usia 30-44 tahun, sebesar 38,9% diikuti dengan kelompok usia 45-59 tahun (36,6%), kelompok lanjut usia (17,6%) dan kelompok usia 15-29 tahun (6,9%). Sedangkan kelompok usia terbanyak di RW B adalah kelompok usia 45-59 tahun sebesar 50%, diikuti oleh kelompok usia 30-44 tahun (30,6%), kelompok lanjut usia (13,8%) dan kelompok usia 15-29 tahun (5,6%). (Tabel 1)

Karakteristik pendidikan di kedua RW tergolong rendah dengan pendidikan terakhir tamat SD dominan sebesar 39,7% di RW A dan 42,5% di RW B. Lebih dari 80% responden memiliki status menikah di kedua RW,

dengan lebih dari 70% responden merupakan ibu rumah tangga. (Tabel 1)

Sebaran kejadian PTM lebih tinggi di RW A yaitu sebesar 54,1% dibandingkan dengan RW B sebesar 53,7%. Hipertensi adalah penyakit yang dominan di kedua RW dengan masing-masing angka kejadian sebesar 21,4% di RW A dan 24,4% di RW B. (Tabel 2)

Posbindu di kedua RW telah dilaksanakan sebanyak 6 kali hingga studi ini dijalankan, frekuensi kedatangan pengunjung dinilai untuk melihat perilaku monitoring warga pada indikator-indikator kesehatan terutama bagi peserta posbindu yang menderita PTM. Berdasarkan Tabel 3, dapat disimpulkan bahwa kebutuhan monitoring indikator kesehatan kurang memadai dengan frekuensi kedatangan satu kali adalah frekuensi tertinggi di kedua RW. (Tabel 3)

Tabel 2. Sebaran Kejadian PTM di RW A dan RW B

PTM	Prevalensi	
	RW A	RW B
Hipertensi	28 (21,4%)	39 (24,4%)
Diabetes Mellitus	2 (1,5%)	3 (2%)
Hipertensi + Diabetes Mellitus	16 (12,2%)	20 (12,5%)
Lainnya	25 (19%)	24 (15%)
Non-PTM	60 (45,9%)	74(46,3%)
Total	131 (100%)	160 (100%)

Tabel 3. Frekuensi Kunjungan Posbindu di RW A dan RW B

Frekuensi Kunjungan	RW A		RW B	
	PTM N (%)	Non PTM N (%)	PTM N (%)	Non PTM N (%)
1 kali	26 (19,8%)	31 (23,7%)	34 (21,2%)	27 (16,9%)
2 kali	20 (15,2%)	12 (9,2%)	23 (14,4%)	22 (13,8%)
3 kali	11 (8,4%)	13 (9,9%)	14 (8,8%)	11 (6,9%)
4 kali	10 (7,6%)	2 (1,5%)	7 (4,4%)	9 (5,6%)
5 kali	4 (3%)	1 (0,8%)	7 (4,4%)	5 (3,1%)
6 kali	-	1 (0,8%)	1 (0,6%)	-
Total	71 (54,2%)	60 (45,8%)	86 (53,7%)	74 (46,3%)

Tabel 4. Sebaran Faktor Risiko Pengunjung Posbindu

Faktor Risiko	RW A (N=131)	RW B (N=160)
	N (%)	N (%)
Merokok		
Ya	8 (6,1%)	19 (11,9%)
Tidak	123 (93,9%)	141 (88,1%)
Konsumsi Alkohol		
Ya	1 (0,8%)	4 (2,5%)
Tidak	130 (99,2%)	156 (97,5%)
Pola Makan		
Makan buah setiap hari	38 (29%)	46 (28,8%)
Makan sayur setiap hari	92 (70,2%)	103 (64,4%)
Penambahan Garam ke Makanan		
Selalu	4 (3,1%)	12 (7,5%)
Sering	19 (14,5%)	26 (16,3%)
Kadang-kadang	22 (16,8%)	21 (13,1%)
Jarang	38 (29%)	49 (30,6%)
Tidak Pernah	48 (36,6%)	52 (32,5%)
Aktivitas Fisik Tiap Hari		
Tidak beraktivitas fisik	30 (23%)	45 (28%)
Ringan	93 (71%)	101 (63%)
Sedang	4 (3%)	10 (6,5%)
Berat	4 (3%)	4 (2,5%)

Tabel 5. Perilaku Berobat Penderita Hipertensi dan Diabetes Mellitus

Perilaku Berobat	RW A	RW B
	N (%)	N (%)
Hipertensi		
Periksa tekanan darah	94 (71,8%)	131 (81,9%)
Diagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan	44 (33,6%)	59 (36,9%)
Berobat rutin	27 (61,4%)	45 (76,3%)
Fasilitas kesehatan yang dikunjungi		
Puskesmas	25 (56,8%)	35 (59,3%)
Praktek dokter swasta	6 (13,6%)	4 (6,8%)
Klinik Pratama	3 (6,8%)	6 (10,2%)
Tidak Berobat	10 (22,7%)	14 (23,7%)
Pengobatan Mandiri	2 (4,5%)	13 (22%)
Diabetes mellitus		
Periksa gula darah	62 (47,3%)	84 (52,5%)
Diagnosis diabetes mellitus oleh tenaga kesehatan	18 (13,7%)	23 (14,4%)
Berobat rutin	12 (66,7%)	19 (82,6%)
Fasilitas kesehatan yang dikunjungi		
Puskesmas	11 (61,1%)	14 (60,9%)
Praktek dokter swasta	1 (5,6%)	6 (17,4%)
Klinik Pratama	1 (5,6%)	1 (4,3%)
Tidak Berobat	5 (27,8%)	4 (17,4%)
Pengobatan mandiri	3 (16,7%)	5 (21,7%)

Tabel 4 memperlihatkan kesesuaian antara sebaran faktor risiko dengan karakteristik demografi yang telah disebutkan sebelumnya. Dominasi ibu rumah tangga dalam responden sesuai dengan sebaran perilaku tidak merokok (90%), dan tidak mengonsumsi alkohol (97%). Pengunjung posbindu kedua RW, sebagian besar mengakui bahwa mereka mengonsumsi sayur setiap hari (70,2% dan 64,4%) dan tidak pernah menambahkan garam ke makanan (36,6% dan 32,5%). Sebagian besar pengunjung posbindu RW A (71%) dan RW B (63,1%) hanya melakukan aktivitas fisik ringan. Perilaku berobat pada pengunjung posbindu dideskripsikan pada Tabel 5. Pengunjung posbindu di RW A yang melakukan pemeriksaan tekanan darah dan gula darah sebesar 71,8% dan 47,3%. Sebesar 33,6% pengunjung terdiagnosis dengan hipertensi dan 13,7% terdiagnosis dengan diabetes mellitus. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan rutin sebesar 61,4% dan penderita diabetes mellitus yang melakukan pengobatan rutin sebesar 66,7%. Fasilitas kesehatan untuk hipertensi dan diabetes mellitus yang paling banyak dikunjungi adalah puskesmas (56,8% dan 61,1%). (Tabel 5)

Data posbindu RW A menunjukkan bahwa pengunjung yang melakukan pemeriksaan tekanan darah dan gula darah adalah 81,9% dan 52,5%. Sebesar 36,9% terdiagnosis dengan hipertensi dan 14,4% terdiagnosis dengan diabetes mellitus. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan rutin sebesar 76,3% dan penderita diabetes mellitus yang melakukan pengobatan rutin sebesar 82,6%. Fasilitas kesehatan untuk hipertensi dan dia-

betes mellitus yang paling sering dikunjungi adalah puskesmas (59,3% dan 60,9%).

Sebesar 22,7% penderita hipertensi dan 27,8% penderita diabetes mellitus pada pengunjung Posbindu RW A tidak berobat. Sedangkan sebanyak 23,7% penderita hipertensi dan 17,4% penderita diabetes mellitus pada pengunjung posbindu RW B tidak berobat. (Tabel 5)

DISKUSI

Karakteristik demografi pengunjung posbindu RW A dan B didominasi oleh ibu rumah tangga menikah dengan kelompok usia tertinggi adalah kelompok usia 30-44 tahun di RW A (38,9%), dan kelompok usia 45-59 tahun di RW B (50%). Hasil gambaran karakteristik demografi di kedua RW sesuai dengan konsekuensi penyelenggaraan posbindu yang diadakan pada hari kerja. Hal ini juga didukung oleh beberapa studi baik di luar maupun di dalam negeri yang menyebutkan tentang kesadaran *health seeking behavior* atau perilaku mencari pertolongan dan pengobatan lebih baik pada perempuan daripada laki-laki.¹³⁻¹⁶

Kelompok usia 30-59 tahun pada wanita di kedua RW lebih banyak yang tidak bekerja, hal ini memudahkan mereka untuk lebih terlibat dalam kegiatan kemasyarakatan yang ada di daerahnya. Hal ini didukung dengan data proporsi kader kesehatan perempuan usia 30-50 tahun yang mencapai 100%. Pendekatan program promosi dan pencegahan PTM harus mempertimbangkan kelompok warga laki-laki yang bekerja dan anak sekolah. Kerja sama dengan dokter-dokter perusa-

haan serta integrasi kegiatan pencegahan PTM pada Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) diperlukan untuk memperluas cakupan deteksi dini yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan pada warga usia 15 tahun atau lebih.¹⁷⁻¹⁹

Rendahnya tingkat pendidikan di kedua RW kurang sesuai dengan profil pendidikan penduduk DKI Jakarta sebagai ibu kota negara, dengan proporsi tamatan SD mencapai 40% dan tamatan SMA 38,33%.²⁰ Namun demikian, berdasarkan wawancara dengan Kepala Puskesmas Kelurahan Pejagalan, penduduk wilayah kelurahan Pejagalan memiliki karakteristik mobilitas yang tinggi, umumnya berasal dari luar Jakarta dan menetap dengan sistem kontrak atau sewa. Hal ini menjelaskan tentang status pendidikan wanita usia 30-59 tahun yang mayoritas sudah berumah tangga dan datang ke Jakarta sebagai penduduk pendatang.²¹

Angka kejadian PTM di kedua RW sesuai dengan profil PTM di Indonesia dengan hipertensi sebagai penyakit PTM tertinggi yang terdeteksi.²² Frekuensi kunjungan berkala semenjak posbindu di kedua RW dilaksanakan memiliki penurunan tren dengan kunjungan satu kali merupakan frekuensi tertinggi sebesar 43,5% di RW A dan 38,1% di RW B. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran masyarakat dalam memantau indikator-indikator kesehatan terkait penyakit dan faktor risiko PTM. Seperti yang dikatakan oleh Lily Banonah dalam tulisan editorialnya bahwa 70% masyarakat tidak akan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan jika tidak mempunyai keluhan atau menderita penyakit, didukung fakta bahwa PTM merupakan pe-

nyakit kronis yang sebagian besar tidak menunjukkan gejala pada proses awal penyakit.^{9,23,24} Penyampaian informasi, penguatan pengetahuan dan kegiatan inovatif terkait peningkatan kewaspadaan terhadap PTM harus terus menerus dilakukan secara intensif terutama pada masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah untuk meningkatkan persepsi risiko terhadap PTM.^{25,26}

Faktor risiko terbanyak di kedua RW adalah kurangnya aktivitas fisik yang mencapai proporsi 90%. Hal ini sejalan dengan beberapa studi terkait faktor risiko kurang aktivitas fisik dominan pada masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah, diperburuk dengan kurangnya dukungan dari *stakeholder* lokal dalam memfasilitasi kebutuhan tersebut.²⁷ Pembangunan trotoar, ruang terbuka umum dengan desain yang memprioritaskan kegiatan olahraga serta kebijakan pengaturan penyajakan makanan sehat diperlukan dalam usaha mengontrol faktor risiko dan menanggulangi PTM.

Perilaku mencari pengobatan dan mengontrol kesehatan di kedua RW belum dapat dibidang baik terutama pada pengunjung dengan PTM. Penderita diabetes mellitus memiliki keteraturan pengobatan lebih baik di kedua RW, dibandingkan dengan penderita hipertensi, hasil tersebut sesuai dengan studi yang dilakukan di Kanada mengenai persepsi risiko penyakit diabetes mellitus sebagai penyakit yang menimbulkan komplikasi dengan gejala yang lebih tampak dibandingkan dengan hipertensi.²⁸ Selain itu, penderita hipertensi sering kali tidak merasakan gejala apapun saat tekanan darah mereka dalam

keadaan tinggi dibandingkan gejala yang dirasakan oleh penderita DM saat adanya peningkatan atau penurunan gula darah.²⁹

Perilaku pengobatan penderita hipertensi yang lebih rendah harus dijadikan catatan penting dalam penyampaian rekomendasi dan penekanan prioritas masalah kesehatan yang membutuhkan penanganan lebih. Seperti yang kita ketahui bahwa stroke sebagai salah satu komplikasi hipertensi adalah penyebab kematian tertinggi dengan proporsi 15,4%.³⁰

Mengoptimalkan strategi pencegahan dan pengendalian PTM yang diintegrasikan dalam peraturan-peraturan kependudukan dapat dijadikan alternatif yang baik agar penduduk usia 15 tahun keatas terskrining. Sebagai contoh, dijadikan syarat pengajuan pembuatan kartu identitas penduduk, penduduk pindah dan datang serta kolaborasi dengan sektor swasta melalui kemudahan pelaporan kasus PTM yang ditemukan di klinik maupun dokter praktek mandiri.

SIMPULAN

Penyelenggaraan posbindu PTM dilaksanakan pada hari kerja mengikuti hari kerja Puskesmas sebagai kepala kesehatan wilayah. Dampak pelaksanaan posbindu pada hari kerja kurang menjangkau laki-laki bekerja dan anak sekolah yang masuk dalam sasaran deteksi dini faktor risiko PTM. Kerja sama dengan dokter-dokter perusahaan serta integrasi kegiatan pencegahan PTM pada UKS diperlukan untuk memperluas cakupan deteksi dini yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan pada warga usia 15 tahun ke atas.

Kegiatan penyampaian informasi yang lebih inovatif dan penanaman intensif pengetahuan yang terus-menerus pada kelompok tingkat pendidikan rendah diperlukan agar pemahaman terkait faktor risiko dan dampaknya dapat tercapai. Perilaku keteraturan berobat sebaiknya menjadi indikator monitoring dalam pelaksanaan posbindu oleh kader kesehatan dan perhatian khusus diberikan pada penderita hipertensi. Kolaborasi pemerintah, perangkat warga dan sektor kesehatan publik dan swasta diharapkan mampu menerapkan peraturan-peraturan kependudukan sederhana yang dikaitkan dengan kegiatan pencegahan PTM untuk memperluas cakupan deteksi dini serta merekomendasikan penyediaan tempat terbuka umum yang dapat digunakan warga sebagai tempat melakukan aktivitas fisik.

Penelitian lanjutan diperlukan dalam melihat keterkaitan karakteristik demografi dengan tren kunjungan posbindu yang lebih lengkap dari awal pembentukan. Kecenderungan peserta lama dan peserta baru perlu ditelaah lebih lanjut dalam kaitan *follow up* rutin penderita PTM.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO | Key facts on non-communicable diseases. WHO. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME, Riley LM, Dain K, Kengne AP, Chalkidou K, Beagley J. NCD Countdown 2030: Worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. The

- Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1072-88.
3. Nugent R. A chronology of global assistance funding for NCD. *Global heart*. 2016 Dec 1;11(4):371-4.
 4. Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME, Gómez-Dantés O, Mathers CD, Pan H, Sepúlveda J, Suraweera W. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *The Lancet*. 2015 Jan 17;385(9964):239-52.
 5. Kesehatan, Kementrian. Riset kesehatan dasar (Riskesdas). Kemenkes RI. 2018.
 6. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Profil kesehatan provinsi DKI Jakarta tahun 2017. Dinas Kesehatan Provinsi DKI; 2018.
 7. Menular DP, Indonesia KK. Petunjuk teknis pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (posbindu PTM). Jakarta: Kemenkes RI. 2012.
 8. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 5 tahun 2017 tentang rencana aksi nasional penanggulangan penyakit tidak menular. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017. p. 67.
 9. Rivai L, Soewondo P, Irawati D. Pelayanan penyakit tidak menular terpadu (PANDU) sebagai adaptasi World Health Organization (WHO) package essential of noncommunicable diseases intervention (PEN) di fasilitas pelayanan primer. *J Indon Med Assoc*. 2015;593–5.
 10. Penyakit DP. Rencana aksi program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2015-2019. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2015;
 11. Peta Jumlah Posbindu PTM - Direktorat P2PTM [Internet]. [cited 2019 Feb 8]. Available from: <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/profil-p2ptm/informasi/peta-jumlah-posbindu-ptm>
 12. Tim Pelaksana XIII. Laporan pelaksanaan program pengendalian penyakit tidak menular dan pos pembinaan terpadu di Rukun Warga 013 dan 015 Kelurahan Pejagalan. Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Gizi Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya; 2019.
 13. Jayanna K, Swaroop N, Kar A, Ramanaiik S, Pati MK, Pujar A, Rai P, Chitrapu S, Patil G, Aggarwal P, Saksena S. Designing a comprehensive non-communicable diseases (NCD) programme for hypertension and diabetes at primary health care level: evidence and experience from urban Karnataka, South India. *BMC public health*. 2019 Dec;19(1):409.
 14. Hegde SK, Agrawal T, Fathima FN, Amar DS. Factors associated with health seeking behaviour regarding non-communicable diseases among elderly in a rural community in Karnataka (India). *Indian Journal of Gerontology*. 2015 Jul 1;29(3).
 15. Sari DWR, Savitri M. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan posbindu penyakit tidak menular (PTM) di wilayah kerja Puskesmas Ket Tahun 2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*. 2018 Oct 22;7(2):49–56.
 16. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC family practice*. 2016 Dec;17(1):38.
 17. Nugraha A, Martiana T, Indriani D. Surveillance system development based on NCD integrated post (posbindu PTM) as an effort of occupational health services (A study on the port health office employee of Class I Surabaya).

- Indian Journal of Public Health Research & Development. 2018;9(5):153-7.
18. Selvavinayagam TS. Screening 35 million for hypertension and diabetes mellitus through public system: experiences of Tamil Nadu, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2017 Sep 22;4(10):3882-7.
 19. Phillips SA, Martino S, Arena R. Research opportunities and challenges in the era of healthy living medicine: Unlocking the potential. *Progress in cardiovascular diseases*. 2017 Mar 1;59(5):498-505.
 20. Badan Pusat Statistik. Profil pendidikan penduduk DKI Jakarta 2017. BPS;2017.
 21. Rahmatulloh R. Dinamika kependudukan di ibukota Jakarta (deskripsi perkembangan kuantitas, kualitas dan kesejahteraan penduduk di DKI Jakarta). *Genta Mulia: Jurnal Ilmiah Pendidikan*. 2018 Jun 4;8(2).
 22. World Health Organization. Noncommunicable diseases (NCD) country profiles, 2018. World Health Organization; 2018.
 23. Hattori K, Uda H, Hitomi Y, Yano R, Saijo T, Watanabe N, Satomi M, Yoshida A, Oishi O, Yamashita T, Kamenosono A. The current situation and agendas in the prevention and control of non-communicable diseases in Vietnam. [*Nihon koshu eisei zasshi*] *Japanese journal of public health*. 2018;65(4):170-8.
 24. Ibrahim MM. Hypertension in developing countries: a major challenge for the future. *Current hypertension reports*. 2018 May 1;20(5):38.
 25. World Health Organization. The investment case for non-communicable disease prevention and control in Barbados. World Health Organization; 2017.
 26. Sharma A. Global research priorities for non-communicable diseases prevention, management, and control. *International Journal of Noncommunicable Diseases*. 2017 Oct 1;2(4):107.
 27. Khawaja N, Abu-Shennar J, Saleh M, Dahbour SS, Khader YS, Ajlouni KM. The prevalence and risk factors of peripheral neuropathy among patients with type 2 diabetes mellitus; the case of Jordan. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2018 Dec;10(1):8.
 28. Doulougou B, Gomez F, Alvarado B, Guerra RO, Ylli A, Guralnik J, Zunzunegui MV. Factors associated with hypertension prevalence, awareness, treatment and control among participants in the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *Journal of human hypertension*. 2016 Feb;30(2):112.
 29. Gutierrez AP, McCurley JL, Roesch SC, Gonzalez P, Castañeda SF, Penedo FJ, Gallo LC. Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Journal of behavioral medicine*. 2017 Apr 1;40(2):271-80.
 30. Delima D, Mihardja LK, Ghani L. Faktor risiko dominan penderita stroke di Indonesia. *Indonesian Bulletin of Health Research*. 2016;44(1).