

PEMANFAATAN DATA HDSS SLEMAN UNTUK EVALUASI PELAYANAN HIPERTENSI DAN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT

UTILIZATION OF SLEMAN HDSS DATA FOR EVALUATION OF HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS SERVICES IN HOSPITAL

Raimond Andromega¹, Hanevi Djasri¹

¹Program Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Data HDSS Sleman merupakan salah satu data eksternal yang dapat digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan di rumah sakit. Pemanfaatannya di beberapa negara dapat dikatakan sangat besar pengaruhnya dalam pembuatan kebijakan kesehatan. Kelebihan data HDSS dibandingkan data eksternal lainnya terletak pada data yang bersifat longitudinal dan memberikan data yang valid dari waktu ke waktu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui potensi pemanfaatan data HDSS Sleman untuk evaluasi pelayanan hipertensi dan diabetes mellitus di rumah sakit. Metode yang dipakai adalah *mixed-method* dengan desain *explanatory*. Hasil penelitian menunjukkan wilayah tempat tinggal merupakan faktor yang berhubungan dengan mutu pelayanan di RS pemerintah ($p=0,000$) dan swasta ($p=0,002$). Umur responden merupakan faktor yang berhubungan dengan mutu pelayanan di RS swasta ($p=0,035$) dan frekuensi rawat jalan ($p=0,003$). Selain itu, kepemilikan asuransi ($p=0,020$) juga menjadi faktor yang berhubungan dengan frekuensi rawat jalan di RS. Pada lama rawat inap di RS tidak ditemukan faktor demografi yang berhubungan. Lama rawat inap ($p=0,000$) dan frekuensi rawat jalan ($p=0,000$) di RS adalah faktor yang berhubungan dengan *output* perawatan responden. Data HDSS Sleman dapat memberikan informasi perbandingan pelayanan antara RS pemerintah dan swasta, akses pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap dan juga dampak dari pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Upaya memperkenalkan HDSS Sleman dinilai masih kurang dan pengembangan selanjutnya diharapkan sesuai dengan kebutuhan pengguna data. Potensi besar dalam pemanfaatan data HDSS Sleman tidak hanya dapat digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan di RS, namun juga kesempatan memberikan informasi yang dibutuhkan bagi pemerintah dalam kebijakan kesehatan seperti yang dicontohkan beberapa negara.

Kata kunci: Diabetes mellitus, Evaluasi, Hipertensi, Sleman HDSS

ABSTRACT

Sleman HDSS data is one of the external data that can be used to evaluate the quality of service in the hospital. Its use in several countries can be said to have a very big influence on health policymaking. The advantages of HDSS data compared to other external data lies in data that is longitudinal and provides valid data from time to time. This study aims to determine the potential use of Sleman HDSS data to evaluate hypertension and diabetes mellitus services in hospitals. The research used a mixed-method with an explanatory design. The results showed that the area of residence is a factor associated with the quality of service in government ($p = 0.000$) and private ($p = 0.002$) hospitals. Respondent's age was a factor associated with service quality in private hospitals ($p = 0.035$) and frequency of outpatient care ($p = 0.003$). Besides, insurance ownership ($p = 0.020$) is also a factor associated with the frequency of outpatient care in hospitals. There were no associated demographic factors in the length of stay in the hospital. Length of stay ($p = 0,000$) and frequency of outpatient care ($p = 0,000$) at the hospital are factors associated to the respondent's care output. Sleman HDSS data can provide information on the comparison of services between public and private hospitals, access to services both outpatient and inpatient, and also the impact of services provided to patients. Efforts to introduce the Sleman HDSS are considered insufficient and further development is expected following the needs of data users. The great potential in utilizing the Sleman HDSS data can not only be used to evaluate the quality of services in hospitals, but also the opportunity to provide the information needed for the government in health policies, as exemplified by several countries.

Keywords: Diabetes mellitus, Evaluation, Hypertension, Sleman HDSS

PENDAHULUAN

Penyediaan layanan berkualitas tinggi dewasa ini menjadi prasyarat untuk keberhasilan suatu organisasi, salah satunya adalah organisasi kesehatan yaitu RS dan fasilitas kesehatan lainnya. Meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan, biaya pelayanan yang tinggi, keterbatasan sumber daya, dan berbagai intervensi klinis yang dibutuhkan, membuat banyak sistem kesehatan di dunia untuk fokus meningkatkan kualitas mutu pelayanan¹. Peningkatan mutu

pelayanan kesehatan harus dilakukan secara kontinyu dengan memperhatikan efek berantai yang melibatkan 4 unsur penting (Level A,B,C dan D) dalam pelayanan kesehatan, yaitu: Level A: pasien, Level B: unit mikrosistem, Level C: sarana/ organisasi pelayanan kesehatan (makrosistem), Level D: Lingkungan, kebijakan dan regulasi².

Regulasi dibentuk dan ditentukan oleh regulator. Peran sebagai regulator atau penentu kebijakan pada sektor kesehatan sekarang ini dilakukan oleh Departemen Kesehatan bagi pemerintah

pusat dan Dinas Kesehatan Provinsi bagi provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bagi daerah Kabupaten/Kota³. Dinas kesehatan daerah juga mempunyai kewenangan dalam memantau aspek mutu pelayanan kesehatan di RS⁴. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam menjalankan fungsinya dalam pemantauan mutu pelayanan kesehatan di RS di daerahnya, juga melakukan riset atau survei kesehatan lainnya.

Survei yang dilakukan bersama dengan FK UGM bertujuan untuk menginisiasi pelaksanaan Sistem Surveilans Demografi dan Kesehatan di Kabupaten Sleman (HDSS Sleman). Data HDSS Sleman sendiri mempunyai ketersediaan data survei yang mencakup data demografi, mutu pelayanan kesehatan seperti tingkat kepercayaan, kemudahan akses, tingkat kepuasan, hingga menyasar lama hari perawatan dan kunjungan pasien rawat jalan di RS dalam 1 bulan. Selain data demografi, HDSS Sleman juga menyediakan data survei mengenai penyakit yang diderita oleh penduduk Kabupaten Sleman baik penyakit menular maupun PTM, beberapa diantaranya adalah hipertensi dan diabetes melitus⁵. Penyakit hipertensi dan diabetes melitus di DIY masing-masing menempati urutan ke 2 nasional dan hal tersebut dapat dikatakan bahwa prevalensi kedua penyakit kronis tersebut cukup tinggi⁶.

Permasalahan yang timbul adalah data HDSS yang tersedia saat ini belum diolah secara optimal sehingga perlu dianalisis lebih lanjut. Tujuan dari penelitian ini secara umum adalah mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan di RS pada responden pasien dengan riwayat hipertensi dan diabetes melitus menggunakan data HDSS Sleman. dan secara khusus menganalisis potensi pemanfaatan data HDSS Sleman dalam mengevaluasi mutu pelayanan RS bagi regulator serta mengetahui hubungan antara variabel demografi dengan mutu pelayanan kesehatan dan *output* pelayanan RS untuk pasien hipertensi dan diabetes melitus.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian gabungan/kombinasi kuantitatif dan kualitatif (*mixed-method*) yaitu desain *explanatory*. Pengumpulan data diawali menggunakan analisis data kuantitatif dengan pendekatan ADS. Setelah itu, penelitian dilanjutkan dengan melakukan FGD dan memaparkan hasil penelitian yang bertujuan mengetahui potensi pemanfaatan data HDSS Sleman untuk mengevaluasi pelayanan hipertensi dan diabetes melitus di rumah sakit.

Data yang telah didapatkan pada tahap pertama akan dilakukan analisis univariate. Analisis univariat dimaksudkan untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari data hasil pengukuran

terhadap karakteristik responden serta untuk mendapatkan gambaran variabel demografi, mutu pelayanan kesehatan dan *output* responden dengan hipertensi dan diabetes melitus. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara dua variabel. Dengan menggunakan uji statistik *Chi square*. Berikutnya data kualitatif dilakukan penyusunan transkrip FGD dan mengkategorikan transkrip berdasarkan tema tertentu, kemudian dianalisis berdasarkan proporsi teoritis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Univariat

Data demografi pada HDSS Sleman, meliputi jenis kelamin, umur dan wilayah tempat tinggal cukup menggambarkan populasi penduduk yang ada di Kabupaten Sleman jika dibandingkan dengan data yang dimiliki oleh pemerintah. Kedua data tersebut memperlihatkan bahwa penduduk Kabupaten Sleman didominasi jenis kelamin laki-laki, umur 20-59 tahun atau masuk kategori dewasa dan bertempat tinggal di Kecamatan Depok. Perbedaan prosentase keduanya tidak jauh berbeda dan informasi perbandingan data tersebut dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Demografi Data HDSS Sleman dibandingkan Disdukcapil Sleman

Karakteristik Demografi	HDSS Sleman		Disdukcapil Sleman ⁷	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Jenis Kelamin				
Laki - Laki	109	52,6%	542.510	50,23%
Umur Responden				
Dewasa	108	52%	317.376	58,6%
Wilayah Tinggal				
Depok	35	16,9%	189.649	15,9%
Jumlah Responden	207	100%		

Selain karakteristik demografi diatas, informasi tentang cakupan asuransi JKN pada data HDSS Sleman (65,7%) juga memiliki selisih prosentase yang sangat kecil dibanding dengan data BPJS (66%)⁸. Dengan melihat informasi tersebut, dapat dikatakan bahwa beberapa data dari HDSS Sleman dapat mewakili populasi penduduk Kabupaten Sleman dan oleh sebab itu dapat digunakan untuk analisis yang lebih mendalam. Hal serupa juga dapat ditemukan pada Vadu HDSS yang digunakan pada salah satu daerah di negara India, bahkan data pada Vadu HDSS memiliki informasi lebih detail daripada yang dimiliki oleh pemerintah India⁹.

Data HDSS Sleman juga dapat menunjukkan bahwa responden mempunyai tingkat kepercayaan, kemudahan akses dan tingkat

kepuasan yang lebih tinggi terhadap RS swasta dibandingkan pemerintah. Ketiga hal ini dapat menjadi dasar responden dalam pemilihan fasilitas kesehatan, walaupun semestinya mayoritas responden yang memiliki JKN akan fasilitas kesehatan milik pemerintah¹⁰. Seiring dengan pelayanan yang diberikan dirasa lebih baik serta JKN juga dapat digunakan di seluruh fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS, tidak sedikit responden yang memilih RS swasta dikarenakan lebih tanggap, komunikasi yang lebih baik dan disiplin¹¹.

Hampir separuh responden (50,7%) diketahui memanfaatkan fasilitas rawat jalan dalam 1 bulan terakhir dan rata-rata memilih RS swasta untuk tempat berobat. Pemanfaatan fasilitas rawat jalan bisa dikatakan berhubungan dengan kepatuhan responden untuk kontrol atau memeriksakan dirinya secara rutin, mendapatkan obat dan juga mencegah komplikasi dari penyakitnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Moradi dkk bahwa pasien yang berkunjung untuk memeriksakan diri dan berobat setiap 1-2 minggu sekali membutuhkan waktu yang lebih sedikit untuk mencapai HbA1C < 7%, target tekanan darah dan LDL dibandingkan yang berkunjung setiap 3-6 bulan sekali¹². Oleh sebab itu juga hanya sebagian kecil (12,5%) responden yang memanfaatkan fasilitas rawat inap di RS, jika tidak dikarenakan mengalami sakit yang memerlukan rawat inap ataupun mengalami komplikasi yang disebabkan oleh penyakit yang diderita sebelumnya.

Analisa dengan menggunakan *the rule of halves* dalam suatu populasi bertujuan untuk melihat 1/8 populasi dengan riwayat hipertensi yang mendapatkan perawatan atau pengobatan yang optimal¹³. Dalam *Rule 1* menggambarkan tentang kesadaran seseorang akan penyakitnya dan manfaat dari program penyaringan penyakit yang pada penelitian ini didapatkan 170 orang (82,1%) terdiagnosis hipertensi. Jika dibandingkan dengan 50% kasus yang tidak terdiagnosis, terdapat 17,9% kasus yang tidak terdiagnosis pada penelitian ini dan angka tersebut sangat rendah daripada *the rule of halves*. Hal ini menandakan hanya sebagian kecil saja orang yang belum menyadari penyakit yang diderita oleh diri mereka sendiri. Pada *Rule 2* menggambarkan status pengobatan dari orang yang telah terdiagnosis dan kesadaran pada pencegahan komplikasi dan dalam penelitian ini terdapat 84 orang (49,4%) yang masuk dalam kategori tersebut. Angka ini sedikit lebih rendah daripada *the rule of halves* dan menandakan jumlah orang yang merawat dirinya sendiri serta melakukan pengobatan untuk penyakit yang diderita hampir sama dengan yang tidak melakukan pengobatan. *Rule 3* merujuk pada

pengobatan yang adekuat dan ditandai dengan tekanan darah yang normal. Dalam penelitian ini, tidak terdapat data tentang tekanan darah responden sehingga tidak dapat diketahui berapa orang responden yang mempunyai tekanan darah normal dari pengobatan yang adekuat. Angka ini perlu dievaluasi secara periodik untuk melihat adanya kecenderungan baik kemajuan ataupun penurunan, dalam hal ini jumlah pasien yang kontrol ataupun memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan yang telah ditunjuk dan upaya meningkatkan kepatuhan pasien oleh manajemen di fasilitas kesehatan serta melihat dampak dari pelayanan yang telah diberikan.

Responden yang meninggal pada penelitian ini secara keseluruhan berjumlah 26 orang yang 14 orang (6,8%) diantaranya meninggalkan disebabkan oleh penyakit hipertensi maupun diabetes melitus ataupun komplikasi dari keduanya. Dari 14 orang tersebut, terdapat 9 orang stroke, 3 orang penyakit kardiovaskular lainnya dan 2 orang diabetes melitus yang didiagnosis pada saat meninggal. Data WHO tahun 2018 menyebutkan 73% kematian di Indonesia disebabkan oleh karena PTM yang 35% diantaranya disebabkan oleh penyakit jantung, 15% PTM lainnya dan 6% karena diabetes melitus¹⁴. Ketiga PTM ini juga merupakan penyebab kematian prematur terbanyak di DIY dengan penyakit stroke yang berada di peringkat pertama, diikuti penyakit jantung dan selanjutnya diabetes melitus pada peringkat ketiga¹⁵. Kematian prematur merupakan kematian yang terjadi sebelum mencapai usia rata-rata di suatu populasi dan dalam Profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2017 disebutkan bahwa UHH di DIY mencapai 74 tahun yang juga tergolong tinggi bila dibandingkan UHH nasional, yaitu 69,43 tahun¹⁶. Namun, walaupun dalam penelitian ini angka kematian pada PTM masih lebih rendah (6,8%), akan tetapi perlu diketahui apakah kualitas pelayanan hipertensi dan diabetes melitus sudah mencapai standar 100% seperti yang ditetapkan dalam PMK No. 4 tahun 2019¹⁷.

Analisis Bivariat

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa hanya faktor demografi berupa wilayah tempat tinggal saja yang mempunyai hubungan dengan tingkat kepercayaan responden pada RS pemerintah ($p=0,000$). Hasil tersebut bersesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh Paramita bahwa wilayah tempat tinggal mempunyai hubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan puskesmas maupun RSUD¹⁸. Faktor demografi lainnya tidak mempunyai hubungan atau bermakna dengan tingkat kepercayaan responden dan hal ini tidak bersesuaian dengan

penelitian yang dilakukan oleh Irawan dan Ainy yang menyebutkan bahwa usia, jenis kelamin, dan kepemilikan asuransi mempunyai hubungan secara signifikan dalam kepercayaan responden memanfaatkan pelayanan kesehatan¹⁹. Senada dengan Irawan dan Ainy, penelitian dari Al-Doghaither dkk yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap tingkat kepercayaan responden dengan mutu pelayanan kesehatan²⁰.

Tabel 2. Hasil Uji Statistik (Nilai *p*) Hubungan Demografi Responden Dengan Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2016 Di RS Pemerintah

Demografi	Tingkat Kepercayaan	Akses Kemudahan	Tingkat Kepuasan
Wilayah	0,000	0,894	0,791
Jenis Kelamin	0,118	0,622	0,796
Umur	0,842	0,543	1,000
Status Kawin	0,388	0,987	0,633
Suku	0,623	0,770	0,512
Pendidikan	0,178	0,524	0,710
Pekerjaan	0,748	0,659	0,498
Asuransi	0,486	0,489	0,815

Salah satu variabel mutu pelayanan kesehatan yaitu kemudahan akses didapatkan hasil bahwa tidak ada satupun faktor demografi yang memiliki hubungan atau bermakna secara statistik mempengaruhi penilaian terhadap kemudahan akses. Hal ini tidak sesuai dengan beberapa penelitian yang mengatakan bahwa penilaian terhadap pelayanan mutu dan produk oleh individu didasarkan dari norma, budaya dan pola sosialisasi yang diharapkan dari jenis kelamin, usia seorang individu serta tingkat pendapatan²¹. Selain itu, tingkat pendidikan dan pekerjaan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penilaian mutu pelayanan kesehatan di RS^{22,23}. Semakin tinggi pendidikan dan pekerjaan maka semakin banyak informasi dan pengetahuan tentang mutu pelayanan sehingga penilaian akan berbeda dengan individu dengan tingkat pendidikan dan pekerjaan yang lebih rendah, tetapi pada hasil penelitian ini faktor pendidikan maupun pekerjaan tidak berhubungan dengan salah satu variabel mutu pelayanan kesehatan yaitu akses kemudahan. Hal ini berkemungkinan terjadi karena responden menilai akses RS pemerintah mudah untuk dijangkau dan tidak mempengaruhi mereka secara sosial, ekonomi maupun geografis. Hal ini dibuktikan dengan sebagian besar responden penelitian bertempat tinggal di Kecamatan Depok Kabupaten Sleman, dimana akses dari Kecamatan Depok sangat mudah menuju RS pemerintah.

Perhitungan pada variabel tingkat kepuasan pasien juga tidak didapatkan hasil yang

mempunyai hubungan atau bermakna terhadap penilaian mutu pelayanan kesehatan di RS pemerintah. Hal ini tidak sesuai oleh karena tingkat pendidikan dan kualitas kesehatan seseorang sangat berhubungan satu sama lain²². Pendidikan merupakan upaya persuasi kepada masyarakat untuk mau melakukan praktik atau tindakan untuk memelihara, meningkatkan, dan mengatasi masalah-masalah kesehatan. Tingkat pendidikan seseorang yang lebih tinggi akan cenderung memiliki perilaku hidup yang lebih sehat dibandingkan dengan yang tidak. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kepuasan seseorang dalam menilai mutu pelayanan, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin tinggi tuntutan untuk mendapatkan kepuasan dengan pelayanan yang lebih sempurna²⁴. Dalam penelitian ini jumlah responden penelitian yang sebagian besar sudah mengenyam pendidikan dasar (40%) dan pendidikan menengah (30,4%).

Tabel 3. Hasil Uji Statistik (Nilai *p*) Hubungan Demografi Responden Dengan Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2016 Di RS Swasta

Demografi	Tingkat Kepercayaan	Akses Kemudahan	Tingkat Kepuasan
Wilayah	0,002	0,127	0,075
Jenis Kelamin	0,167	0,837	0,977
Umur	0,035	1,000	1,000
Status Kawin	0,554	0,381	0,938
Suku	0,702	0,513	1,000
Pendidikan	0,763	0,405	0,860
Pekerjaan	0,857	0,243	0,051
Asuransi	0,978	0,538	1,000

Tabel 3 menunjukkan hasil perhitungan hubungan faktor demografi terhadap penilaian mutu pelayanan di RS swasta. Pada perhitungan terhadap variabel tingkat kepercayaan, hanya faktor wilayah tempat tinggal dan umur saja faktor demografi yang mempunyai hubungan terhadap tingkat kepercayaan mutu pelayanan di RS swasta. Hal ini sesuai dengan pernyataan Peter dan Olson dimana perbedaan umur seorang individu akan mempengaruhi penilaian dan kebutuhan suatu pelayanan²⁵. Umur dewasa memiliki cara berpikir dan mengambil keputusan yang optimal sehingga mempengaruhi bagaimana hasil penilaian terhadap mutu pelayanan. Semakin dewasa dan lanjut usia maka kebutuhan akan pelayanan kesehatan semakin besar, sehingga akan mempengaruhi tingkat kepercayaan kepada RS untuk merawat dan menyembuhkan penyakitnya. Hal ini didukung oleh responden penelitian yang berusia dewasa (52%) dan lanjut (48%) sehingga hasil yang didapat menjadi signifikan.

Sama halnya dengan umur, faktor demografi wilayah tempat tinggal responden mempunyai

hubungan atau bermakna terhadap penilaian tingkat kepercayaan responden di RS swasta. Hal ini sejalan dengan pernyataan Paramita bahwa semakin dekat fasilitas pelayanan kesehatan dengan tempat tinggal, akan semakin tinggi tingkat kepercayaan responden dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut¹⁸. Sedangkan faktor demografi lainnya, seperti suku, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan hingga kepemilikan asuransi tidak memiliki hubungan bermakna dengan tingkat kepercayaan responden. Hal ini tidak bersesuaian dengan Yousapronpaiboon dan Johnson yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan pekerjaan serta kepemilikan asuransi menjadi hal yang penting dalam penilaian dan pemilihan baik RS swasta maupun pemerintah²⁶. Semakin tinggi pendidikan dan pekerjaan, maka permintaan untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik akan semakin meningkat. Pelayanan yang lebih paripurna dan sesuai dengan permintaan *customer* biasanya bisa didapatkan di RS swasta. Begitu pula dengan kepemilikan asuransi, RS swasta lebih fleksibel dan memiliki kerjasama yang lebih banyak dengan perusahaan asuransi dibandingkan dengan RS pemerintah.

Hasil perhitungan mutu pelayanan berupa akses kemudahan menunjukkan bahwa tidak ada satupun faktor demografi responden yang berhubungan atau bermakna terhadap penilaian variabel akses kemudahan. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Irawan dan Ainy yang menyatakan bahwa beberapa faktor demografi seperti umur, jenis kelamin dan kepemilikan asuransi menjadi faktor yang berpengaruh terhadap kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan¹⁹. Semakin dewasa, individu akan mencari akses yang lebih mudah dan cepat untuk menjangkau pelayanan kesehatan, begitu juga dengan jenis kelamin, laki-laki mempunyai toleransi yang lebih baik terhadap akses pelayanan kesehatan, sedangkan perempuan sebaliknya. Hasil ini didukung oleh responden penelitian yang sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (52,6%). Hal ini terjadi kemungkinan dikarenakan oleh sudah banyak RS swasta yang didirikan dekat dengan pemukiman warga sampai ke pelosok desa sehingga akses menjadi mudah dan bukan menjadi halangan responden.

Hasil perhitungan faktor demografi responden terhadap tingkat kepuasan mutu pelayanan di RS swasta menunjukkan bahwa seluruh faktor demografi tidak memiliki hubungan atau bermakna terhadap tingkat kepuasan responden. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Budiman dkk yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara faktor demografi berupa jenis kelamin,

tingkat pendidikan dan tingkat pekerjaan dengan tingkat kepuasan pelayanan di RS²⁷. Pasien berjenis kelamin perempuan mempunyai penilaian yang lebih kompleks jika dibandingkan dengan responden laki-laki sehingga membuat standar kepuasan yang lebih tinggi. Senada dengan tingkat pendidikan dan pekerjaan, semakin tinggi pendidikan dan semakin baik pekerjaan akan membuat standar kepuasan akan lebih tinggi. Hal yang tidak bersesuaian ini didapat kemungkinan karena responden laki-laki lebih banyak (52,6%) dan sebagian besar responden berpendidikan dasar (40%).

Pada hasil perhitungan hubungan demografi pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan (lama rawat inap dan frekuensi rawat jalan) menunjukkan bahwa pada variabel lama rawat inap (LoS) responden, tidak ada faktor demografi yang mempunyai hubungan atau bermakna. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Afif yang menyatakan bahwa pasien dengan diabetes melitus dengan rentang usia dewasa tua dan lanjut usia memiliki lama hari rawat inap yang lebih lama²⁸. Sedangkan faktor demografi lainnya yang tidak mempunyai hubungan atau bermakna terhadap lama rawat inap, sesuai dengan penelitian Lubis dan Susilawati yang menunjukkan bahwa, jenis kelamin, pekerjaan serta kepemilikan asuransi tidak mempunyai hubungan dengan lama rawat inap responden²⁹. Hal ini dimungkinkan karena baik pria dan wanita dengan bermacam pekerjaan dan asuransi tidak mempunyai hubungan dengan keadaan sakit yang diderita, sehingga lama hari rawat inap tidak terpengaruh oleh faktor tersebut. Menurut Lubis dan Susilawati faktor yang paling berpengaruh dan berhubungan dengan lama rawat inap adalah adanya penyakit penyerta maupun komplikasi.

Hasil pada perhitungan pada variabel frekuensi rawat jalan menunjukkan bahwa faktor demografi responden yang mempunyai hubungan hanya pada faktor umur dan kepemilikan asuransi. Hal ini sesuai dengan penelitian Rahmawati dan Ilijanto dimana dalam hasil penelitian didapatkan hubungan yang bermakna antara kunjungan rawat jalan pasien dengan kepemilikan asuransi³⁰. Pasien dengan kepemilikan asuransi akan lebih sering berkunjung untuk melakukan rawat jalan karena ingin menggunakan manfaat asuransi yang mereka miliki sebagai timbal balik dari pembayaran premi tiap bulannya. Demikian halnya dengan umur, umur akan mempengaruhi ketahanan tubuh seorang terhadap penyakit, sehingga umur yang semakin lanjut menjadikan kebutuhan akan kesehatan semakin meningkat. Hal ini menyebabkan kunjungan untuk rawat jalan akan lebih sering dilakukan.

Faktor demografi lainnya memiliki hasil tidak berhubungan atau tidak bermakna terhadap frekuensi rawat jalan. Hal ini mungkin disebabkan karena responden tidak terhalang akses, ekonomi, dan geografis dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Hasil perhitungan hubungan mutu pelayanan kesehatan berupa tingkat kepercayaan pada RS pemerintah maupun RS swasta terhadap hasil *output* kesehatan responden secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan atau bermakna. Hal ini sesuai dengan penelitian Gupta dkk yang menyatakan bahwa faktor paling berpengaruh atau memiliki hubungan yang kuat dengan *output* pasien meninggal pada penyakit jantung adalah kepercayaan kepada dokter atau *physician*³¹. Sedangkan hubungan dengan mutu pelayanan kesehatan terhadap RS ditemukan tidak berhubungan. Hal ini berkemungkinan terjadi karena pasien lebih menitikberatkan rasa percaya kepada dokter yang merawatnya daripada kepercayaan kepada mutu pelayanan RS.

Variabel mutu pelayanan berupa akses kemudahan terhadap hasil *output* kesehatan responden pada RS pemerintah maupun RS swasta menunjukkan keduanya tidak berhubungan. Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian oleh Riley yang menyebutkan bahwa akses kemudahan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pusat kesehatan atau RS³². Semakin dekat atau mudah akses untuk menuju pusat kesehatan atau RS makan responden akan sering berkunjung ke RS untuk mendapatkan perawatan sehingga derajat kesehatan responden lebih stabil. Hal ini tidak sesuai berkemungkinan karena responden menganggap bahwa akses ke pusat kesehatan atau RS sudah mudah dan tidak menjadi pertimbangan utama dalam tujuannya memperoleh pelayanan kesehatan.

Hasil statistik hubungan tingkat kepuasan responden terhadap hasil *output* kesehatan responden pada RS pemerintah maupun RS swasta menunjukkan keduanya tidak mempunyai berhubungan. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Fenton dkk yang menyebutkan bahwa kepuasan pasien merupakan faktor yang berhubungan dan berpengaruh terhadap tingkat derajat kesehatan pasien³³. Jika pasien merasa puas terhadap mutu pelayanan kesehatan dari suatu pusat layanan kesehatan atau RS menunjukkan memiliki derajat kesehatan yang lebih baik. Hal ini tidak sesuai kemungkinan diakibatkan oleh anggapan pasien bahwa kepuasan terhadap pelayanan RS bukan merupakan hal utama yang membuat mereka sembuh, tetapi hubungan antara pasien dan dokter yang menjadi penentu kesembuhan.

Uji statistik pada variabel LoS terhadap hasil *output* kesehatan responden pada RS menunjukkan mempunyai berhubungan atau bermakna ($p=0,00$). Hasil bermakna ini sesuai dengan hasil penelitian Moitra dkk yang menyatakan bahwa semakin lama hari rawat pasien di RS menentukan hasil *output* pasien setelah dirawat. Tetapi selain hal tersebut, dalam penelitiannya Moitra dkk menyebutkan bahwa lama rawat inap juga ditentukan oleh keparahan faktor penyakit atau komplikasi penyakit itu sendiri³⁴.

Pada hasil perhitungan variabel frekuensi rawat jalan terhadap hasil *output* responden didapatkan hubungan yang bermakna ($p=0,00$). Hal ini sejalan dengan penelitian Gray dkk yang menyatakan bahwa pengaruh kunjungan pasien yang lebih sering ke pusat kesehatan menghasilkan derajat kesehatan yang lebih baik daripada pasien yang jarang berkunjung³⁵.

Potensi Pemanfaatan Data HDSS Sleman Untuk Evaluasi Pelayanan Hipertensi dan Diabetes Melitus di Rumah Sakit

Secara umum, peserta FGD dapat menerima dengan baik pemanfaatan data HDSS untuk pemantauan mutu terutama karena menggambarkan pelayanan di RS yang juga dapat digunakan sebagai evaluasi.

"...penelitian dengan menggunakan data ini sangat tepat sekali, terutama memperlihatkan kepatuhan yang belum 100% dan menjadi evaluasi agar tercapainya sesuai standar yang dikeluarkan Kemenkes..." (NS1)

"...hasil dapat diterima dengan baik dan tingkat kepercayaan yang lebih tinggi di RS swasta menjadi evaluasi bagi pelayanan kami di RS pemerintah..." (NS2)

"...apa yang telah dipaparkan sangat menarik dan bermanfaat sebagai feedback awal atas pelayanan yang telah diberikan RS..." (NS3)

"...hasil dari evaluasi pelayanan hipertensi dan diabetes melitus yang dipaparkan sangat bagus sebagai gambaran umum yang ada di masyarakat..." (NS4)

"...pemaparan dan penyajian data sudah baik, terkait dengan angka kunjungan di rs swasta dan terkait mutu pelayanan terutama bagi RS swasta untuk menjadi lebih baik lagi dalam memberikan pelayanan..." (NS7)

Peserta FGD menilai bahwa data HDSS dapat memberikan informasi mengenai poin-poin penting seperti perbandingan pelayanan antara RS pemerintah dan RS swasta, pelayanan antara rawat inap dan rawat jalan, rujukan berjenjang serta keluaran dari pelayanan yang diberikan.

"...hasil penelitian ini menjadi sangat penting memberikan informasi di RS untuk meningkatkan fasilitas, akses dan meningkatkan pelayanan bagi penderita hipertensi dan diabetes melitus..." (NS2)

“...dalam penelitian ini dapat dilihat poin-poin penting bagi pasien dan juga melihat gambaran antara RS pemerintah dan RS swasta... angka 12% rawat inap dapat menjadi feedback evaluasi pelayanan klinis beserta komplikasi yang timbul pada penderita hipertensi dan diabetes melitus...” (NS3)

“...data ini menjadi masukan bagi kami di RS pemerintah terkait mutu layanan, khususnya RS rujukan tersier sulit memberikan akses yang mudah dan efisien karena tuntutan administratif terkait rujukan berjenjang BPJS...” (NS4)

“...data yang didapatkan dari hasil penelitian tentang tingkat kepatuhan kontrol rawat jalan sebesar 51 % menjadi pekerjaan rumah bagi kami di RS swasta dalam memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien hipertensi dan diabetes melitus...” (NS5)

“...angka rawat jalan dalam 1 bulan terakhir di penelitian ini sebesar 51% (32 % ke RS dan 19% ke FKTP) yang mana angka ini menunjukkan bahwa pasien belum stabil dan belum dirujuk balik ke PPK 1 nya. Selain itu, hasil outcome dimana ada 26 dari 207 orang meninggal yang 14 orang (6,8%) diantaranya meninggal oleh karena hipertensi dan diabetes melitus perlu diketahui apakah angka tersebut masih bisa dianggap normal atau sudah masuk ke dalam kategori tinggi...” (NS6)

Hal ini dapat diartikan bahwa data HDSS sebagai data eksternal bisa dimanfaatkan untuk membantu mengidentifikasi dan menganalisis permasalahan maupun membandingkan pencapaian di tingkat regional baik sebagai bahan evaluasi ataupun dorongan meningkatkan pelayanan yang sudah ada³⁶. Meskipun demikian, sesungguhnya data HDSS memiliki potensi dalam memberikan informasi yang lebih detail dan dibutuhkan untuk menganalisis maupun mengevaluasi secara periodik baik transisi demografi penduduk, pelayanan kesehatan, transisi sosial ekonomi penduduk baik individu ataupun kelompok⁵.

Walaupun data HDSS dianggap sangat bermanfaat, namun pemanfaatannya dinilai masih relatif kurang. Hal tersebut terlihat dari tahun 2015 sejak dimulainya siklus pertama kali sampai dengan siklus kelima di tahun 2019, pemanfaatan data masih didominasi oleh peneliti di level kampus dan kemungkinan juga dikarenakan belum dikenal secara luas di wilayah Kabupaten Sleman itu sendiri. Di negara India, pemanfaatan HDSS sangat besar berperan dalam pembuatan kebijakan kesehatan dan program kesehatan masyarakat. HDSS di India sendiri telah berkontribusi dalam beberapa program nasional seperti imunisasi, tubektomi, vasektomi, mengontrol tuberkulosis, program identifikasi disabilitas anak-anak dan pengembangan skema relawan kesehatan masyarakat⁹. Hal ini menandakan bahwa HDSS di India tidak hanya memiliki peran besar dalam kebijakan, namun sistem ini berkesinambungan pelaksanaannya dan dapat memberikan informasi

data-data secara periodik yang dibutuhkan.

Tantangan tersendiri di negara Indonesia cukup besar tidak hanya dalam memperkenalkan HDSS baik secara lokal, regional maupun nasional, akan tetapi juga menjadikan HDSS sebagai bagian dalam pembuatan kebijakan kesehatan. Selain India, Afrika Selatan berhasil menggunakan HDSS untuk mempengaruhi kebijakan dan juga penatalaksanaan penyakit kronis dalam mencegah penyakit hipertensi dan stroke. Negara Afrika Selatan membutuhkan waktu kurang lebih 10 tahun penelitian tentang tekanan darah sebagai transisi epidemiologi serta berhasil membuat hubungan yang baik antara peneliti dan pemangku kebijakan³⁸.

Dalam beberapa kesempatan para peserta FGD mengharapkan pengembangan data HDSS lebih lanjut dan pemanfaatannya untuk menggali lebih dalam permasalahan-permasalahan mutu, seperti: faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan dan kepercayaan terhadap RS, harapan yang ingin dicapai dalam kemudahan akses dan juga faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan kontrol pasien.

“...perlunya digali lebih dalam terkait faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan dan kepercayaan terhadap RS serta harapan yang ingin dicapai bagi pasien maupun kelompok penderita hipertensi dan diabetes melitus terkait kemudahan akses...” (NS3)

“...kami membutuhkan data yang lebih mendetail tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan tersebut sehingga RS bisa mengkondisikan pasien untuk segera stabil, kontrol atau kembali ke faskes pertama. Selain itu, data yang lebih detail dapat digunakan kami ketika berdiskusi dengan dokter spesialis yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien...” (NS5)

Berkaca pada keberhasilan India dan Afrika Selatan, Indonesia memerlukan cara yang jitu agar HDSS dapat diketahui lebih luas lagi sehingga manfaatnya dalam mengevaluasi mutu pelayanan dan peran pentingnya pada kebijakan kesehatan semakin besar. Upaya dalam memperkenalkan HDSS dirasakan perlu ditingkatkan, khususnya pemaparan hasil-hasil penelitian menggunakan HDSS kepada para pemangku kebijakan dalam hal ini Pemerintah Kabupaten Sleman bersama jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Pemaparan ini diharapkan dapat menunjukkan informasi yang terdapat didalam HDSS Sleman dan juga kesempatan mengidentifikasi lebih lanjut informasi yang dibutuhkan oleh pemangku kebijakan, sehingga pengembangan selanjutnya dapat sesuai dengan kebutuhan dalam menentukan arah kebijakan kesehatan maupun evaluasi terhadap mutu pelayanan RS sebagaimana yang disampaikan para narasumber FGD. Kedepannya, diharapkan dapat terjalin

komunikasi yang kuat dan berkesinambungan antara tim HDSS, peneliti dan pemangku kebijakan sehingga potensi pemanfaatan HDSS Sleman menjadi lebih besar.

KESIMPULAN

Potensi besar dalam pemanfaatan data HDSS Sleman tidak hanya dapat digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan di RS, namun juga kesempatan memberikan informasi yang dibutuhkan bagi pemerintah dalam kebijakan kesehatan seperti yang dicontohkan beberapa negara. Perlunya peningkatan upaya memperkenalkan HDSS Sleman lebih luas lagi dan harapan dapat terjalinnya komunikasi yang kuat dan berkesinambungan antara tim HDSS, peneliti dan pemangku kebijakan untuk pemanfaatan data HDSS dalam mengevaluasi mutu pelayanan maupun menentukan arah kebijakan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Izadi A, Jahani Y, Rafiei S, Masoud A, Vali L. Evaluating Health Service Quality: Using Importance Performance Analysis. *Int J Health Care Qual Assur*. 2017;30(7):656-663. doi:10.1108/IJHCQA-02-2017-0030
- Berwick DM. *A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report*; 2002.
- Presiden Republik Indonesia. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2003 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah*; 2003:147-173.
- Pudjiraharjo W, Sopacua E. Kebijakan, Sebuah Kebutuhan Dalam Desentralisasi Kesehatan. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2012;9(4 Okt). doi:10.22435/bpsk.v9i4
- Dewi FST, Choiriyah I, Indriyani C, et al. Designing and Collecting Data For A Longitudinal Study: the Sleman Health and Demographic Surveillance System (HDSS). *Scand J Public Health*. 2018;46(7):704-710. doi:10.1177/1403494817717557
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Vol 44.; 2018. doi:10.1088/1751-8113/44/8/085201
- Disdukcapil. *Kependudukan-Demografi*. Pemerintah Kabupaten Sleman. Published 2016. Accessed September 8, 2020. <http://www.slemankab.go.id/3274/kependudukan-demografi.slm>
- BPJS Kesehatan. Ringkasan Eksekutif Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan. *BPJS Kesehat*. Published online 2016:1-20. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/b39df9ae7a30a5c7d4bd0f54d763b447.pdf>
- Patil R, Roy S, Ingole V, et al. Profile: Vadu Health and Demographic Surveillance System Pune, India. *Journal of Global Health*. June 2019:1-10.
- Djunawan A. Benarkah Subsidi Jaminan Kesehatan Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer oleh Penduduk Miskin Perkotaan. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI*. 2019;8(1):18-24. <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/41833/24252>
- Andaleeb SS. Public and Private Hospitals In Bangladesh: Service Quality And Predictors of Hospital Choice. *Health Policy Plan*. 2000;15(1):95-102. doi:10.1093/heapol/15.1.95
- Moradi S, Sahebi Z, Valojerdi AE, Rohani F, Ebrahimi H. The Association Between The Number of Office Visits and The Control of Cardiovascular Risk Factors In Iranian Patients With Type2 Diabetes. *PLoS One*. 2017;12(6). doi:10.1371/journal.pone.0179190
- Suhadi R, Paulina G, Wijayanti CD, Dewi L, Anutopi AA, Tielman F. Evaluasi "the Rule of Halves" Kasus Hipertensi Pada Responden Di Delapan Dusun Bagian Selatan Sleman Yogyakarta. *Berk Ilm Kedokt Duta Wacana*. 2016;1(2):91. doi:10.21460/bikdw.v1i2.16
- WHO. *Noncommunicable Diseases Profiles by Country. Indonesia*; 2018. https://www.who.int/nmh/countries/2018/idn_en.pdf?ua=1
- IHME. Indonesia-Yogyakarta Country Profile. GBD Compare. Seattle, WA: IHME. Published 2017. Accessed September 9, 2020. <http://www.healthdata.org/indonesia-yogyakarta>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*; 2019.
- Paramita A, Pranata S. Analisis Faktor Pemanfaatan Polindes Menurut Konsep Model Perilaku Kesehatan "Anderson" (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2007). *Bultein Penelit Kesehat*. 2013;41(3):179-194.
- Irawan B, Ainy A. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2018;9(3):189-197. doi:10.26553/jikm.v9i3.311
- Al-Doghaiter AH, Abdelrhman BM, Wahid Saeed AA, Magzoub MEMA. Factors Influencing Patient Choice Of Hospitals In Riyadh, Saudi Arabia. *J R Soc Promot Health*. 2003;123(2):105-109. doi:10.1177/146642400312300215

20. Wesley Schultz P, Zelezny L. Values As Predictors of Environmental Attitudes: Evidence For Consistency Across 14 Countries. *J Environ Psychol.* 1999;19(3):255-265. doi:10.1006/jevp.1999.0129
21. Notoatmodjo S. *Pendidikan Dan Promosi Kesehatan.*; 2007.
22. Heriyono. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Melakukan Pemeriksaan Ulang Dahak Pada Akhir Pengobatan Tahap Intensif Di Puskesmas Wonosobo I Kabupaten Wonosobo. Published online 2004:1-12.
23. Ruditya AN, Chalidyanto D. Hubungan Karakteristik Individu Terhadap Penilaian Kualitas Produk Apotek Rawat Jalan. *J Adm Kesehat Indones.* 2015;3:108-117.
24. Peter PJ, Olson JC. *Consumer Behavior Marketing.*; 2012.
25. Yousapronpaiboon K, Johnson WC. A Comparison of Service Quality between Private and Public Hospitals in Thailand. *Int J Bus Soc Sci.* 2013;4(11):176-184.
26. Budiman, Suhat, Herlina N. Hubungan Status Demografi Dengan Kepuasan masyarakat Tentang Pelayanan Jamkesmasdi Wilayah Puskesmas Tanjungsari Kabupaten Bogortahun 2010. *J Kesehat Kartika.* Published online 2010:1-17. <http://www.stikesayani.ac.id/publikasi/e-journal/filesx/2010/201004/201004-006.pdf>
27. Afif A. Hubungan Faktor Komorbid, Usia Dan Status Gizi Dengan Lama Rawat Inap Pada Pasien Hernia Inguinalis Lateralis Reponibilis Yang Dioperasi Herniorepair Tanpa Mesh Di Rs Pku Muhammadiyah Surakarta Periode 2005-2007. Published online 2010. <http://v2.eprints.ums.ac.id/archive/etd/10224/1/0>
28. Lubis IK, Susilawati S. Analisis Length Of Stay (Los) Berdasarkan Faktor Prediktor Pada Pasien DM Tipe II di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *J Kesehat Vokasional.* 2018;2(2):161. doi:10.22146/jkesvo.30330
29. Rahmawati RD, Ijanto S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kunjungan Rawat Jalan di RS Ananda Bekasi Tahun 2017. Published online 2017.
30. Gupta C, Bell SP, Schildcrout JS, Fletcher S, Goggins KM, Kripalani S. Predictors of Health Care System and Physician Distrust in Hospitalized Cardiac Patients. *J Health Commun.* 2014;19(0 2):44-60. doi:10.1080/10810730.2014.934936
31. Riley WJ. Health Disparities: Gaps In Access, Quality and Affordability of Medical Care. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2012;123:167-174.
32. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The Cost Of Satisfaction: A National Study Of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, And Mortality. *Arch Intern Med.* 2012;172(5):405-411. doi:10.1001/archinternmed.2011.1662
33. Moitra VK, Guerra C, Linde-Zwirble WT, Wunsch H. Relationship Between ICU Length of Stay and Long-term Mortality for Elderly ICU Survivors. *HHS Public Access.* 2017;176(1):139-148. doi:10.1097/CCM.0000000000001480.Relationship
34. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8(6):1-12. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
35. Victorian Quality Council Secretariat. A Guide To Using Data For Health Care Quality Improvement. *Vic Qual Councl Saf Qual Heal.* 2008;(June):20-23. http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/vqc_guide_to_using_data_bw.pdf
36. Patil R. *Indian HDSS Meeting On Policy Public-Health Initiatives.*; 2015.
37. Agincourt HDSS. *Influencing Policies to Prevent Hypertension and Strokes in South Africa MRC / Wits Rural Public Health and Health Transitions Research Unit.*; 2016.
38. HDSS. *Translating Research Into Policy And Practice-Examples from HDSS Centres.*