



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN DIET DASHI PADA PENDERITA HIPERTENSI
USIA 30-65 TAHUN DI PUSKESMAS BOJONGGEDE
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2015**

SKRIPSI

FHADILLA AMELIA

1106010401

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN DIET DASHI PADA PENDERITA HIPERTENSI
USIA 30-65 TAHUN DI PUSKESMAS BOJONGGEDE
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi

FHADILLA AMELIA

1106010401

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Fhadilla Amelia

NPM : 1106010401

Tanda Tangan :



Tanggal : 30 Juni 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Fhadilla Amelia
NPM : 1106010401
Program Studi : Gizi Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan
Kepatuhan Diet DASHI pada Penderita Hipertensi
Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede
Kabupaten Bogor Tahun 2015

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Program Studi Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt., M.Sc (.....)

Penguji I : Dr. Ir. Diah Mulyawati Utari, M.Kes (.....)

Penguji II : Dr. Agus Triwinarto, SKM., MKM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 Juni 2015

PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fhadilla Amelia

NPM : 1106010401

Program Studi : Sarjana Gizi

Tahun Akademik : 2011-2015

Menyatakan tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi yang berjudul:

“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet DASHI pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor Tahun 2015”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan .

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 30 Juni 2015

Fhadilla Amelia

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Fhadilla Amelia
Tempat, Tanggal Lahir : Batusangkar, 19 Mei 1993
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Komplek Pagaruyung Indah Pemas Blok K No.1,
Saruaso Barat, Kecamatan Tanjung Emas,
Batusangkar, Sumatera Barat 27281
Email : fhadillaamelia@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

1. TK Indomo, Saruaso (1998-1999)
2. SDN 17 Saruaso Barat (1999-2005)
3. SMPN 1 Batusangkar (2005-2008)
4. SMAN 1 Batusangkar (2008-2011)
5. Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (2011-2015)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, skripsi ini tidak dapat selesai tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dra Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt. M.Sc sebagai dosen pembimbing yang sangat besar jasanya selama saya menempuh pendidikan di Universitas Indonesia ini. Saya berharap agar segala kemudahan, pertolongan, dan bimbingan yang telah diberikan akan dibalas oleh Tuhan dengan balasan yang lebih baik.
2. Prof. Dr. dr Kusharisupeni, M.Sc selaku Kepala Departemen Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
3. Dr. Ir. Diah M. Utari, M.Kes sebagai penguji sidang proposal dan sidang skripsi yang senantiasa memberikan ilmu, motivasi dan masukannya yang sangat berharga mulai dari awal perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
4. Dr. Agus Triwinarti, SKM., MKM sebagai penguji luar yang telah bersedia sebagai penguji dan memberikan saran serta masukannya.
5. Seluruh dosen dan staf FKM UI, khususnya dosen, asisten dosen, staf departemen, dan laboratorium Program Studi Gizi yang senantiasa memberikan bimbingan dan melayani seluruh kebutuhan mahasiswa.
6. UPF Puskesmas Bojonggede beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan izin dan kemudahan bagi kami dalam proses pengambilan data.
7. Ibu dan Ayah, orang tua luar biasa yang telah memperjuangkan mimpi-mimpi saya dengan segala keterbatasannya. Terima kasih untuk segala yang telah diberikan, semoga Tuhan membalas dengan sesuatu yang lebih baik

8. Adik kandung saya Fhadil Dwi Ivanof yang senantiasa menyemangati dan menyayangi, semoga kita menjadi orang yang sukses kelak.
9. Yayasan Goodwill International Scholarship, yang tidak hanya menjadi lembaga pemberi beasiswa tetapi juga tempat saya belajar memperbaiki diri dan *soft skill* selama 2 tahun.
10. Teman-teman saya Aulia Rahmah Safitri, Elfa Atma Anugrah, Meutia Ayu Sasmita, terima kasih telah menjadi teman belajar dan mengisi kisah-kisah kehidupan saya selama di perguruan tinggi ini.
11. Teman-teman sebimbingan, anty, asri, lulu, dan nunung. Terima kasih karena telah sama-sama berjuang menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-teman Gizi maupun Kesmas angkatan 2011 atas perjuangan kita selama 4 tahun.
13. Seluruh pihak lainnya yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Saya menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan pada penelitian ini. Oleh sebab itu, saya mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun. Semoga skripsi ini dapat menjadi bagian dari ilmu yang bermanfaat bagi semua pihak. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Depok, 30 Juni 2015

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Fhadilla Amelia
NPM : 1106010401
Program Studi : Gizi
Departemen : Gizi Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“Faktor-Fakto yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet DASHI pada
Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede
Kabupaten Bogor Tahun 2015”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal : 30 Juni 2015

Yang menyatakan,



Fhadilla Amelia

viii

Universitas Indonesia

ABSTRAK

Nama : Fhadilla Amelia
Program Studi : Gizi Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet DASHI penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor tahun 2015

Kabupaten Bogor merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi penderita hipertensi terbesar di Provinsi Jawa Barat, selain itu kepatuhan diet penderita hipertensi di wilayah tersebut masih rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet berdasarkan *Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian* (DASHI) pada penderita hipertensi dengan pendekatan teori *Health Belief Model*. Penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Unit Pelayanan Fungsional (UPF) Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor ini menggunakan desain studi *cross sectional* dan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 105 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 49,52% responden cukup patuh dan 50,48% responden kurang patuh. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat (OR= 3.9 95% CI 1.18-12.9) dan persepsi hambatan (OR= 3.007 95% CI 1.34-7.05) dengan kepatuhan diet. Instansi terkait diharapkan mampu memotivasi penderita hipertensi untuk lebih patuh dalam menerapkan diet melalui edukasi gizi, monitoring dan evaluasi pola makan, serta pengembangan media KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) yang efektif dan efisien.

Kata Kunci: DASHI, *Health Belief Model*, Hipertensi, Kepatuhan

ABSTRACT

Name : Fhadilla Amelia
Study Program : Bachelor of Nutrition
Title : Factors related to dietary adherence based on DASHI among hypertensive patient age 30-65 years old in Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor 2015

Kabupaten Bogor is the one place in West Java Province with highest prevalence of hypertension people, yet the dietary adherence among them still poor. The objective of this studi was to identify factors related to dietary adherence based on Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian (DASHI) among hypertensive patient in Health Belief Model Theory point of view. This study was conducted in work area of UPF Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor by using cross sectional design with purposive sampling method. The total samples of this study was 105 persons. The result showed that 49,52% respondents are having enough adherence to dietary recommendation and 50,48% respondents still poor. There were significant associations between perceived benefits (OR= 3.9 95% CI 1.18-12.9) and perceived barriers (OR= 3.007 95% CI 1.34-7.05) with dietary adherence. Institutions are hoped to motivate hypertensive patient to get more adherence in dietary recommendation through nutrition education, monitoring and evaluation of dietary pattern, and developed KIE (Communication, Information, and Education) media which are effective and efficient.

Keywords: Adherence, DASHI, Health Belief Model, Hypertension

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	x
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi
DAFTAR RUMUS	xxii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Bagi Pengembang Kebijakan Pelayanan Kesehatan.....	7
1.5.2 Bagi Perkembangan Ilmu Gizi dan Ahli Gizi	8
1.5.3 Bagi Masyarakat	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Perilaku	9
2.1.2 Perilaku Kesehatan.....	11
2.1.3 Persepsi	11
2.2 Kepatuhan	13

2.2.1 Definisi Kepatuhan	13
2.2.2 Konsep Kepatuhan	13
2.3 Hipertensi	15
2.3.1 Definisi dan Klasifikasi.....	15
2.3.2 Besaran Masalah Hipertensi.....	16
2.3.3 Faktor Risiko Hipertensi	17
2.3.4 Dampak Hipertensi	19
2.3.5 Patofisiologi Hipertensi	22
2.3.6 Manajemen Hipertensi	26
2.4 Diet untuk Penderita Hipertensi	28
2.4.1 Diet Rendah Garam.....	28
2.4.2 <i>Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH)</i>	29
2.4.3 <i>Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesia (DASHI)</i>	32
2.5 <i>Health Belief Model Theory</i>	33
2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	35
2.6.1 Karakteristik Individu	37
2.6.2 Persepsi Individu.....	40
2.6.3 Isyarat Bertindak.....	41
2.7 <i>Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire</i>	42
2.7 Kerangka Teori.....	44
BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS	45
3.1 Kerangka Konsep	45
3.2 Definisi Operasional.....	47
3.3 Hipotesis.....	53
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	55
4.1 Desain Penelitian.....	55
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	55
4.3 Populasi dan Sampel	55
4.3.1 Populasi.....	55
4.3.2 Sampel.....	56
4.4 Pengumpulan Data	58
4.4.1 Pengumpulan Data	58
4.4.2 Sumber Data.....	58
4.4.3 Cara Pengumpulan Data	58
4.4.4 Instrumen Penelitian	58

4.4.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	61
4.5 Manajemen Data	62
4.5.1 Penyuntingan Data (Data Editing)	62
4.5.2 Pengkodean Data (Data Coding)	62
4.5.3 Pemasukan Data (Data Entry).....	67
4.5.4 Pembersihan Data (Data Cleaning).....	67
4.6 Analisi Data.....	68
4.6.1 Analisis Univariat	68
4.6.2 Analisis Bivariat.....	68
BAB 5 HASIL PENELITIAN	70
5.1 Gambaran Umum UPF Puskesmas Bojonggede.....	70
5.2 Subjek Aktual Penelitian.....	72
5.3 Hasil Analisis Univariat	72
5.3.1 Gambaran Kepatuhan Diet.....	73
5.3.2 Usia	76
5.3.3 Jenis Kelamin.....	77
5.3.4 Pekerjaan.....	78
5.3.5 Pendidikan.....	79
5.3.6 Pendapatan	80
5.3.7 Pengetahuan	81
5.3.8 Persepsi Manfaat	83
5.3.9 Persepsi Hambatan.....	84
5.3.10 Persepsi Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>).....	86
5.3.11 Dukungan Keluarga	88
5.3.12 Dukungan Sosial/ <i>Peer group</i>	90
5.3.13 Dukungan Tenaga Kesehatan.....	92
5.3.14 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat.....	94
5.4 Hasil Analisis Bivariat	95
5.4.1 Hubungan antara Usia dan Kepatuhan Diet.....	95
5.4.2 Hubungan antara Jenis Kelamin dan Kepatuhan Diet	96
5.4.3 Hubungan antara Pekerjaan dan Kepatuhan Diet	96
5.4.4 Hubungan antara Tingka Pendidikan dan Kepatuhan Diet.....	97
5.4.5 Hubungan antara Pendapatan dan Kepatuhan Diet.....	98
5.4.6 Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Diet.....	98
5.4.7 Hubungan antara Persepsi Manfaat dan Kepatuhan Diet	99

5.4.8 Hubungan antara Persepsi Hambatan dan Kepatuhan Diet	100
5.4.9 Hubungan antara Persepsi Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>) dan Kepatuhan Diet	101
5.4.10 Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Diet	102
5.4.11 Hubungan antara Dukungan Sosial/ <i>Peer group</i> dan Kepatuhan Diet	102
5.4.12 Hubungan antara Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kepatuhan Diet	103
5.4.13 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	104
BAB 6 PEMBAHASAN	101
6.1 Keterbatasan Penelitian	105
6.2 Gambaran Kepatuhan Diet Penderita Hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede	107
6.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet	109
6.3.1 Usia	109
6.3.2 Jenis Kelamin	111
6.3.3 Pekerjaan	112
6.3.4 Pendidikan	113
6.3.5 Pendapatan	115
6.3.6 Pengetahuan	117
6.3.7 Persepsi Manfaat	119
6.3.8 Persepsi Hambatan	121
6.3.9 Persepsi Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>)	122
6.3.10 Dukungan Keluarga	124
6.3.11 Dukungan Sosial/ <i>Peer group</i>	126
6.3.12 Dukungan Tenaga Kesehatan	128
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	131
7.1 Kesimpulan	131
7.2 Saran	132
7.2.1 Bagi Puskesmas Bojonggede atau Instansi Terkait	132
7.2.2 Bagi Penderita Hipertensi	133
7.2.3 Bagi Masyarakat	134
7.2.4 Bagi Peneliti Lain	134
DAFTAR PUSTAKA	135
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan darah untuk Usia ≥ 18 Tahun.....	15
Tabel 2.2 Kerusakan Organ Target Akibat Hipertensi.....	20
Tabel 2.3 Modifikasi Gaya Hidup untuk Mencegah dan Mengontrol Hipertensi.	27
Tabel 2.4 Perencanaan Diet DASH berdasarkan Kebutuhan 2000 Kalori/Hari ...	30
Tabel 2.5 Diet DASHI dan DASH.....	32
Tabel 3.1 Definisi Operasional	47
Tabel 4.1 Gambaran Referensi Proporsi Kepatuhan Diet berdasarkan Beberapa Paparan Faktor Risiko	57
Tabel 4.2 Diet DASHI.....	59
Tabel 4.3 Skoring Masing-Masing Kelompok Bahan Makanan berdasarkan DASHI.....	60
Tabel 5.1 10 Besar Penyakit Masyarakat usia >45 tahun di UPF Puskesmas Bojonggede pada tahun 2013	71
Tabel 5.2 Distribusi Umum Porsi Konsumsi berbagai Bahan Makanan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede.....	73
Tabel 5.3 Distribusi dan Persentase Skor Responden pada Masing-Masing Kelompok Bahan Makanan.....	74
Tabel 5.4 Distribusi Umum Skor Kepatuhan Diet pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	75
Tabel 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	76
Tabel 5.6 Distribusi Umum Variabel Usia pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	76
Tabel 5.7 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Usia pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	77

Tabel 5.8 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	77
Tabel 5.9 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Pekerjaan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	78
Tabel 5.10 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Status Pekerjaan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	79
Tabel 5.11 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede.....	79
Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Tingkat Pendidikan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	80
Tabel 5.13 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendapatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	80
Tabel 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Benar pada Pengetahuan Hipertensi dan Hal-Hal terkait Lainnya.....	81
Tabel 5.15 Distribusi Umum Skor Pengetahuan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	82
Tabel 5.16 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	82
Tabel 5.17 Tabel 5.15 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Manfaat.....	83
Tabel 5.18 Distribusi Umum Skor Persepsi Manfaat pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	84

Tabel 5.19 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Manfaat pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	84
Tabel 5.20 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Hambatan	84
Tabel 5.21 Distribusi Umum Skor Persepsi Hambatan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	85
Tabel 5.22 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Hambatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	86
Tabel 5.23 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>)	86
Tabel 5.24 Distribusi Umum Skor Persepsi Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>) pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	87
Tabel 5.25 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Persepsi Kemampuan Diri (<i>Self-efficacy</i>) pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	87
Tabel 5.26 Distribusi Responden Berdasarkan Berbagai Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Keluarga.....	88
Tabel 5.27 Distribusi Umum Skor Dukungan Keluarga pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	89
Tabel 5.28 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Dukungan Keluarga pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	89
Tabel 5.29 Distribusi Responden Berdasarkan Berbagai Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Sosial/ <i>peer group</i>	90
Tabel 5.30 Distribusi Umum Skor Dukungan Sosial/ <i>peer group</i> pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	91

Tabel 5.31 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Dukungan Sosial/ <i>Peer group</i> pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	91
Tabel 5.32 Distribusi Responden Berdasarkan Berbagai Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Tenaga Kesehatan	92
Tabel 5.33 Distribusi Umum Skor Dukungan Tenaga Kesehatan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	93
Tabel 5.34 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Dukungan Tenaga Kesehatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	93
Tabel 5.35 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat	37
Tabel 5.36 Hubungan antara Usia dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	95
Tabel 5.37 Hubungan antara Jenis Kelamin dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	96
Tabel 5.38 Hubungan antara Pekerjaan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	96
Tabel 5.39 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	97
Tabel 5.40 Hubungan antara Pendapatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	98
Tabel 5.41 Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	98
Tabel 5.42 Hubungan antara Persepsi Manfaat dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	99
Tabel 5.43 Hubungan antara Persepsi Hambatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	100

Tabel 5.44 Hubungan antara Persepsi Kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>) dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	101
Tabel 5.45 Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015	102
Tabel 5.46 Hubungan antara Dukungan Sosial/ <i>peer group</i> dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	102
Tabel 5.47 Hubungan antara Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015.....	103
Tabel 5.48 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	104

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur Perubahan Perilaku	11
Gambar 2.2 Proses Terjadinya Persepsi.....	12
Gambar 2.3 <i>Adherence Loop</i>	14
Gambar 2.4 Faktor Utama yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Tekanan Darah Beserta Dampaknya.....	18
Gambar 2.5 Patofisiologi Hipertensi.....	23
Gambar 2.6 Mekanisme Renin-Angiotensin.....	25
Gambar 2.7 <i>Health Belief Model Theory</i>	34
Gambar 2.8 Komponen dan Hubungan antar Komponen dalam Teori <i>Health Belief Model</i>	44
Gambar 3.1 Modifikasi kerangka teori <i>Health Belief Model</i> dalam Glanz., <i>et al</i> (2008) dan Hochbaum, G.M (1958).....	45
Gambar 4.1 Metode Pengambilan Sampel Penelitian.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian dan *Form Semi-Quantitative Food Frequency*
Questionnaire (SFFQ)



DAFTAR RUMUS

Persamaan 4.1 Rumus Uji Proporsi Hipotesis Beda Dua Proporsi.....	56
Persamaan 4.2 Rumus Uji <i>Chi Square</i>	69



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kepatuhan didefinisikan sebagai perilaku seseorang dalam melakukan pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan perubahan gaya hidup sesuai rekomendasi petugas kesehatan. Kepatuhan pada pengobatan termasuk kepada kepatuhan farmakologi, sedangkan kepatuhan mengikuti diet dan gaya hidup merupakan kepatuhan non-farmakologi. Pada penderita hipertensi, kepatuhan non-farmakologi terdiri dari menurunkan asupan garam, menurunkan berat badan, tidak mengonsumsi alkohol berlebihan, dan meningkatkan aktivitas fisik (WHO, 2003).

Ketidakpatuhan berdampak pada peningkatan biaya perawatan, merusak efektifitas pengobatan, dan menimbulkan komplikasi. Padahal, pada penderita hipertensi, kepatuhan yang baik berhubungan dengan peningkatan kontrol tekanan darah dan penurunan risiko komplikasi. Sebuah studi menunjukkan bahwa penderita hipertensi yang tidak patuh terhadap pengobatan memiliki risiko 4,5 kali lebih besar mengalami komplikasi penyakit jantung koroner (WHO, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Baune, Aljeesh, dan Bender (2005) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan pengobatan, konsumsi garam berlebihan, diet tinggi lemak, dan stres yang tinggi dengan kejadian stroke pada penderita hipertensi. Artikel internasional (*Diabetes week*, 2014) menyatakan bahwa ketidakpatuhan dihubungkan dengan risiko yang lebih tinggi pada munculnya penyakit serta perawatan spesifik di rumah sakit pada penderita hipertensi. Ketidakpatuhan dalam penelitian tersebut juga meningkatkan berbagai risiko komplikasi.

Kepatuhan pada *treatment* atau terapi jangka panjang pada berbagai penyakit kronis merupakan masalah besar di seluruh dunia. Kepatuhan di negara maju rata-rata 50%, sedangkan di negara berkembang lebih rendah dibandingkan angka tersebut. Di Cina persentase responden yang patuh sebesar 43% dan di Amerika Serikat 51% (WHO, 2003). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Venkatachalam, Abrahm, Singh, Stalin, dan Sathya (2015) di salah satu rural area

di India, menunjukkan bahwa prevalensi kepatuhan pasien penderita hipertensi dalam menjalankan rangkaian pengobatan sebesar 24,1%. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh M.S. Khan, Bawany, Mirza, Hussain, A. Khan, dan Lashari (2014) di Pakistan, terkait kepatuhan pasien penderita hipertensi dalam menerapkan rekomendasi diet, diketahui bahwa 77,5% responden tidak patuh.

Di Indonesia, tingkat kepatuhan diet pada penderita hipertensi rata-rata masih rendah. Penelitian yang dilakukan Agrina, Rini, dan Hairitama (2011) di Sidomulyo Barat, Kota Pekanbaru terkait kepatuhan lansia dalam pemenuhan diet hipertensi diketahui bahwa hanya 43,3% responden yang patuh. Penelitian yang sama di wilayah kerja Puskesmas Larompong, Kabupaten Luwu, menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan diet penderita hipertensi adalah sebesar 58,3% (Elmiani. Sewang, dan Sri, 2014). Sebuah survey yang dilakukan di daerah Bojonggede, Kabupaten Bogor kepada pasien hipertensi yang sedang menjalani proses pengobatan dan kontrol, diketahui bahwa persentase responden yang patuh terhadap rekomendasi diet adalah sebesar 40%.

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap kepatuhan diet penderita hipertensi. Selain penyakitnya yang bersifat asimtomatik dan seumur hidup, terdapat beberapa faktor penentu potensial lainnya, antara lain: faktor demografi seperti usia dan pendidikan, pemahaman dan persepsi pasien mengenai hipertensi, model pelayanan kesehatan dalam melakukan pengobatan, hubungan antara pasien dan petugas kesehatan, pengaruh sistem kesehatan, serta rejimen obat antihipertensi yang kompleks (WHO, 2003).

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (Glanz *et al.*, 2008), terdapat beberapa konsep dasar yang dapat memprediksi mengapa seseorang melakukan tindakan untuk pencegahan penyakit atau mengontrol kondisi sakitnya. Faktor-faktor tersebut adalah *perceived susceptibility* (keyakinan untuk mengalami risiko atau mendapatkan suatu penyakit), *perceived severity* (keyakinan mengenai seberapa serius kondisi penyakit dan gejala sisa akibatnya), *perceived barriers* (keyakinan akan adanya aspek potensial negatif yang dapat menjadi penghambat terlaksananya suatu perilaku), *perceived benefits* (keyakinan bahwa tindakan yang

dianjurkan akan mengurangi risiko penyakit atau keseriusan dampak penyakit), *self-efficacy* (kepercayaan diri dalam mengambil tindakan), dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak). Selain itu, terdapat faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi persepsi seperti faktor demografi, psikososial, dan faktor-faktor struktural lainnya.

Terdapat berbagai faktor demografi yang mempengaruhi kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Abel (2011) menunjukkan bahwa usia berpengaruh signifikan terhadap tingkat kepatuhan, mereka yang berusia 40-49 tahun lebih mungkin memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Penelitian lain yang meneliti kaitan jenis kelamin dengan kepatuhan menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan secara bermakna dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih baik dalam menjalankan pengobatan hipertensi (Gohar, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Hareri, Abebe, dan Asefaw (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan pada responden penderita hipertensi.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Dijkstra *et al* (2014) terkait kepatuhan terhadap *intake* diet tertentu, menunjukkan bahwa responden pada tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Hasil tersebut sejalan dengan faktor pendapatan, responden yang berpendapatan rendah memiliki kepatuhan yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Armstrong (2010) menunjukkan bahwa orang dewasa yang berpendapatan rendah 5,8 kali lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap pengobatan hipertensi. Dari segi hubungan pengetahuan terhadap penyakit dan kepatuhan, penelitian yang dilakukan oleh Nijjar dan Bobby (2001) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok responden yang patuh.

Persepsi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Fair, Monahan, Russell, Zhao, dan Champion (2012) menunjukkan bahwa kepatuhan yang rendah terdapat pada responden dengan persepsi mengenai risiko penyakit yang tinggi dan persepsi manfaat yang rendah terhadap suatu tindakan kesehatan. Kepatuhan tertinggi terdapat pada responden dengan persepsi manfaat yang tinggi dan persepsi risiko

yang rendah. Studi yang dilakukan oleh Abraham, Sudhir, Philip, dan Bantwal (2015) menunjukkan bahwa persepsi mengenai hambatan yang dirasakan pada perawatan penyakit tertentu memiliki hubungan yang signifikan dengan kontrol pribadi, kontrol pengobatan, dan faktor lainnya. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Mughal dan Torres (1992) menunjukkan bahwa responden dengan tingkat persepsi *self-efficacy* tinggi cenderung memiliki kepatuhan diet yang baik.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Wilson dan Ampey-Thornhill (2001) menunjukkan bahwa dukungan keluarga secara emosional terhadap diet, pada tingkatan yang lebih tinggi berhubungan dengan kepatuhan yang baik. Dari sisi dukungan sosial, penelitian yang dilakukan oleh Armstrong (2010) menunjukkan bahwa penderita hipertensi dengan dukungan sosial yang rendah pada masa pengobatan mengalami penurunan 9% pada tingkat kepatuhannya. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh M.S. Khan, Bawany, Mirza, Hussain, A. Khan, dan Lashari (2014) menunjukkan bahwa dukungan *peer group* berpengaruh terhadap kepatuhan diet penderita hipertensi dan menjadi prediktor signifikan terhadap ketidakpatuhan. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013), menunjukkan bahwa peran petugas kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan diet penderita hipertensi.

Berdasarkan pemaparan masalah diatas, peneliti ingin meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kecamatan Bojonggede, Kabupaten Bogor. Lokasi penelitian dipilih karena rendahnya kepatuhan diet pada penderita hipertensi di wilayah tersebut. Puskesmas Bojonggede terpilih karena pusat kesehatan tersebut yang paling mudah diakses oleh pasien untuk melakukan pengobatan dan kontrol, selain itu basis dari penelitian ini adalah kunjungan pasien ke puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Hipertensi merupakan penyakit yang berdampak pada berbagai sistem organ seperti kardiak, serebrovaskular, perifer, renal, dan retinopati (Mahan dan Escott-Stump, 2008). Prevalensi penderita hipertensi di Indonesia untuk usia ≥ 18 tahun adalah sebesar 25,8%. Sementara itu, Jawa Barat merupakan Provinsi

Universitas Indonesia

dengan prevalensi penderita hipertensi ke empat terbesar yaitu 29,4% (Riskesdas, 2013). Kabupaten Bogor merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Jawa Barat yaitu 30,7% (Pradono., Indrawati., Murnawan, 2013). Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Bojonggede, diketahui bahwa hipertensi merupakan masalah kesehatan ke dua terbesar di wilayah kerja puskesmas tersebut (LPF Puskesmas Bojonggede, 2013).

Kepatuhan menjalankan diet maupun pengobatan merupakan hal penting bagi penderita hipertensi, karena ketidakpatuhan berdampak pada peningkatan biaya perawatan, merusak efektifitas pengobatan, dan menimbulkan komplikasi. Sebuah survey yang dilakukan di wilayah Bojonggede, Kabupaten Bogor menunjukkan rendahnya kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Hanya 40% responden yang sedang menjalani proses pengobatan dan kontrol terkait penyakit hipertensi diketahui memiliki kepatuhan diet yang baik. Jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Agrina, Rini, dan Hairitama (2011) di Sidomulyo Barat, Kota Pekanbaru, persentase reponden yang mematuhi diet sebesar 43,3%. Penelitian yang sama di Kabupaten Luwu menunjukkan bahwa kepatuhan diet penderita hipertensi sebesar 58,3% (Elmiani. Sewang, dan Sri, 2014). Sedangkan secara global, kepatuhan di negara maju rata-rata 50%, dan untuk negara berkembang lebih rendah dibandingkan persentase tersebut (WHO, 2003).

Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede, Kabupaten Bogor. Lokasi penelitian dipilih karena tingginya prevalensi penderita hipertensi di wilayah tersebut. Berdasarkan survey awalan yang dilakukan, persentase kepatuhan diet penderita hipertensi di wilayah tersebut juga rendah dibandingkan dengan wilayah lain di Indonesia. Puskesmas Bojonggede terpilih karena pusat kesehatan tersebut yang paling mudah diakses oleh pasien untuk melakukan pengobatan dan kontrol. Lokasi puskesmas sangat strategis, dekat dengan stasiun kereta, sekolah, perumahan, dan pasar yang menjamin kemudahan akses pasien. Selain itu basis dari penelitian ini adalah kunjungan pasien ke puskesmas.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka didapatkan beberapa pertanyaan penelitian, yaitu:

1. Bagaimana gambaran kepatuhan diet penderita usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
2. Bagaimana gambaran faktor pemodifikasi atau karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
3. Bagaimana gambaran persepsi responden terkait manfaat, hambatan serta kemampuan diri (*self-efficacy*) dalam pelaksanaan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
4. Bagaimana gambaran isyarat bertindak responden yang terdiri dari: dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, dan dukungan dari tenaga kesehatan dalam pelaksanaan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
5. Bagaimana hubungan antara faktor pemodifikasi atau karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
6. Bagaimana hubungan antara persepsi responden terkait manfaat, hambatan, serta kemampuan diri (*self-efficacy*) dengan kepatuhan diet penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?
7. Bagaimana hubungan antara isyarat bertindak yang terdiri dari: dukungan keluarga, dukungan sosia/*peer group*, dan dukungan dari tenaga kesehatan dengan kepatuhan diet penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede Kabupaten Bogor tahun 2015.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran kepatuhan diet penderita hipertensi usia 30-65 di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
2. Mengetahui gambaran faktor pemodifikasi atau karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan pada penderita hipertensi usia 30-65 di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
3. Mengetahui gambaran persepsi responden terkait manfaat, hambatan, serta kemampuan diri (*self-efficacy*) dalam pelaksanaan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
4. Mengetahui gambaran isyarat bertindak responden yang terdiri dari: dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, dan dukungan dari tenaga kesehatan dalam pelaksanaan diet pada hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
5. Mengetahui hubungan antara faktor pemodifikasi atau karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
6. Mengetahui hubungan antara persepsi responden terkait manfaat, hambatan, serta kemampuan diri (*self-efficacy*) dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
7. Mengetahui hubungan antara isyarat bertindak yang terdiri dari: dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, dan dukungan dari tenaga

kesehatan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Pengembang Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan terkait kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Program-program kesehatan yang akan dikembangkan dapat merujuk kepada faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet tersebut sehingga program yang dibuat efektif dan efisien.

1.5.2 Bagi Perkembangan Ilmu Gizi dan Ahli Gizi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam melihat faktor-faktor penyebab kegagalan diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi. Kemudian, ahli gizi dapat memodifikasi teknik pemberian diet dengan memperhatikan segala aspek yang terkait. Ahli gizi dapat membuat desain asuhan gizi secara efektif dan efisien serta aplikatif dan memiliki risiko yang kecil untuk tidak dipatuhi.

1.5.3 Bagi Penderita Hipertensi dan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan bagi penderita hipertensi dan masyarakat terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Masyarakat akan memperoleh informasi yang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku ke arah positif terkait penerapan diet hipertensi. Selain itu, penelitian ini merupakan salah satu wadah bagi masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede, Kabupaten Bogor tahun 2015. Penelitian dilakukan karena tingginya prevalensi penderita hipertensi serta rendahnya kepatuhan diet penderita hipertensi di wilayah tersebut, serta sebagai penunjang pengembangan program kesehatan. Penelitian dilakukan pada minggu pertama hingga minggu ketiga bulan

Universitas Indonesia

April 2015 dengan responden merupakan penderita hipertensi pada rentang usia 30-65 tahun yang melakukan pengobatan di Puskesmas Bojonggede. Penelitian menggunakan disain studi *cross-sectional* di mana data yang diperoleh adalah data primer kemudian dilakukan analisis univariat dan bivariat terhadap faktor-faktor yang diteliti.



Universitas Indonesia

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku

2.1.1 Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh organisme. Cakupan perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, seperti berjalan, berbicara, bereaksi merupakan perilaku yang dapat diamati (*external activity*). Selain itu terdapat kegiatan internal (*internal activity*) seperti berpikir, persepsi, dan emosi. Oleh karena itu, perilaku merupakan apa yang dikerjakan oleh organisme yang dapat diamati secara langsung maupun tidak (Notoatmodjo, 2003).

Skinner (1938) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respons). Respons terhadap stimulus berbentuk 2 macam (Notoatmodjo, 2003), yaitu:

1. Bentuk pasif, merupakan respons internal yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak dapat dilihat secara langsung oleh orang lain. Misalnya berpikir, sikap atau pengetahuan, sehingga perilaku ini disebut perilaku terselubung (*covert behavior*).
2. Bentuk aktif, merupakan tindakan nyata terhadap suatu respons yang dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak, sehingga disebut sebagai perilaku tak terselubung (*overt behavior*).

Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dibedakan menjadi 2, yaitu determinan atau faktor internal dan determinan atau faktor eksternal. Faktor internal dapat berupa karakteristik seseorang yang bersifat bawaan seperti tingkat kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan lain-lain. Faktor eksternal yakni pengaruh lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, dan lain-lain. Faktor lingkungan ini sering menjadi faktor dominan yang mempengaruhi perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2003) membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain, yaitu:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru maka ia melewati rangkaian proses berikut: kesadaran (*awareness*), ketertarikan (*interest*), menimbang-nimbang (*evaluation*), mencoba (*trial*), berperilaku (*adoption*). Apabila penerimaan perilaku baru melewati proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng (*long lasting*) dalam diri seseorang.

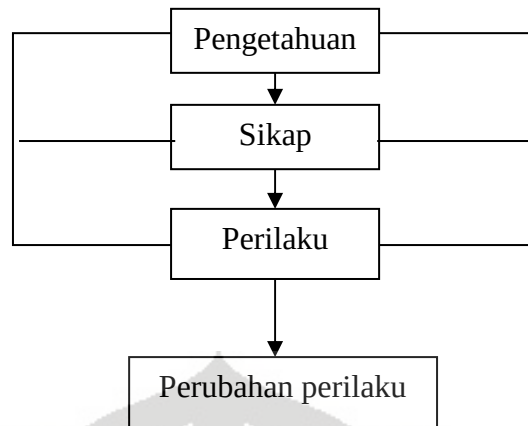
2. Sikap (*Affective*)

Sikap merupakan respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus. Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan sebagai berikut: menerima (*receiving*), merespons (*responding*), menghargai (*valuing*), bertanggung jawab (*responsible*).

3. Tindakan (*Practice*)

Sikap belum tentu terwujud menjadi suatu tindakan, oleh karena itu dibutuhkan berbagai faktor pendukung untuk mewujudkan sikap tersebut. Tindakan terdiri dari berbagai tindakan sebagai berikut: persepsi, respons terpimpin, mekanisme, dan adopsi.

Perubahan atau adopsi perilaku melewati 3 tahapan tersebut, yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan. Seseorang harus tahu terlebih dahulu apa yang akan ia lakukan dan manfaat apa yang akan ia peroleh, kemudian akan terbentuk suatu sikap atau penilaian terhadap stimulus tersebut. Penilaian dapat bersifat negatif maupun positif, jika positif maka diharapkan seseorang akan melakukan perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan hal tersebut maka alur perubahan perilaku dapat dilihat berdasarkan gambar di bawah ini:



Gambar 2.1 Alur Perubahan Perilaku

Sumber: Kholid, 2012

2.1.2 Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku kesehatan merupakan respons seseorang yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Respon tersebut dapat bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, sikap) maupun aktif (tindakan nyata). Becker (1979) dikutip dalam Notoatmodjo (2003), mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu terkait tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk tindakan mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan sakitnya.
3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

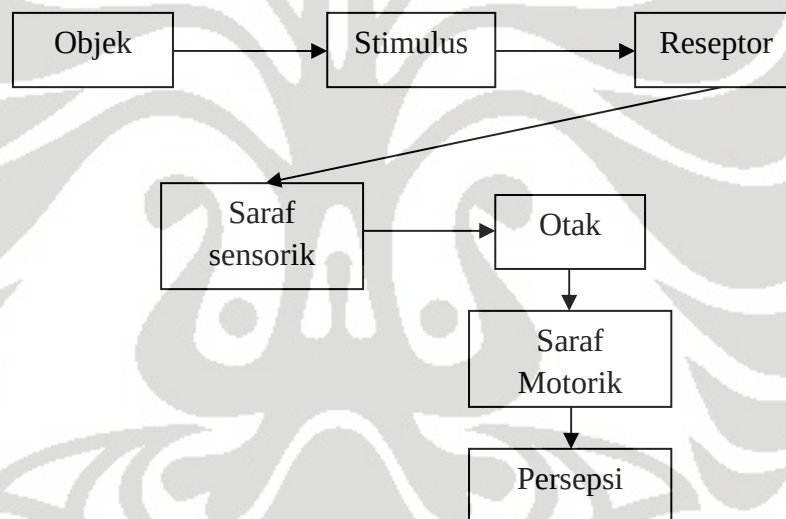
2.1.3 Persepsi

Sensasi dan persepsi merupakan istilah yang saling berhubungan. Sensasi mengacu kepada respons dari reseptor sensorik atau organ indera tertentu terhadap rangsangan yang diperoleh dari lingkungan. Sedangkan persepsi merupakan suatu

proses yang melibatkan proses mengenali dan menginterpretasikan stimulus yang diterima oleh indera (Rookes and Willson, 2000).

Ada 2 macam persepsi, yaitu *external perception* dan *self-perception*. *External perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang datang dari luar diri individu. Sedangkan *self-perception* merupakan persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang berasal dari dalam diri individu (Sunaryo, 2004). Menurut Sunaryo (2004), terdapat 3 proses terjadinya persepsi, yaitu:

1. Proses fisik (kealaman): objek → stimulus → reseptor atau alat indera.
2. Proses fisiologis: stimulus → saraf sensorik → otak.
3. Proses psikologis: merupakan proses dalam otak yang membuat individu menyadari stimulus yang diterima.



Gambar 2.2 Proses Terjadinya Persepsi

Sumber : Sunaryo (2004)

Persepsi merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan lain sebagainya. Dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan, persepsi merupakan suatu proses mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, dalam hal ini persepsi merupakan praktik (tindakan) tingkat pertama. Persepsi merupakan aspek sosial-psikologi yang berasal dari dalam diri manusia. Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui

persepsi. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda, meskipun terhadap suatu objek yang sama (Notoatmodjo, 2003).

2.2 Kepatuhan

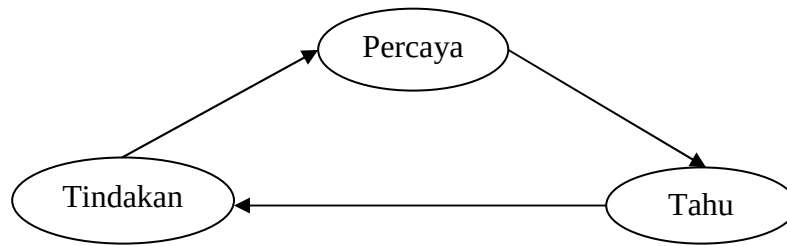
2.2.1 Definisi Kepatuhan

Dalam bahasa Inggris terdapat 2 kata yang merujuk kepada kepatuhan yaitu *compliance* dan *adherence*. *Compliance* diasumsikan sebagai suatu keadaan di mana seseorang harus sesuai atau mengadaptasi suatu aturan yang telah ditetapkan. Definisi tersebut memiliki konotasi yang negatif dalam konteks hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan, di mana pasien merupakan subjek yang pasif dalam perawatannya dan harus mengikuti nasehat medis tenaga kesehatan. *Adherence* diasumsikan sebagai suatu hubungan yang aktif, sukarela, dan bersifat mutual di mana pasien maupun petugas kesehatan berkolaborasi untuk memperoleh hasil yang diinginkan (Huss, Travis, & Travis, 1997 dalam Drotar, 2000).

Banyak definisi yang muncul terkait kepatuhan, baik istilah *compliance* maupun *adherence*. Kepatuhan (*compliance*) adalah istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan (Bastable, 2002). Definisi kepatuhan (*adherence*) menurut WHO (2003) adalah kemampuan seseorang dalam berperilaku untuk melakukan pengobatan, mengikuti diet, dan atau melakukan perubahan gaya hidup sesuai arahan dan rekomendasi petugas kesehatan. Meskipun terdapat perbedaan definisi antara *compliance* dan *adherence*, namun istilah tersebut tidak berbeda dalam konsep penggunaannya, hasil yang diharapkan sama yaitu meningkatkan sejauh mana kepatuhan pasien terkait nasehat medis (Drotar, 2000).

2.2.2 Konsep Kepatuhan

Klein., *et al* (2006) menyatakan bahwa untuk memperoleh keberhasilan maka seseorang harus melewati tiga tahapan dari kepatuhan. Tahapan tersebut tergambar melalui *adherence loop* di bawah ini:

Gambar 2.3 *Adherence Loop*Sumber: Klein., *et al* (2006)

Tahap pertama adalah *belief* atau percaya. Setiap orang harus percaya pada akurasi diagnosis, ketepatan terapi, kemampuan diri (*self-efficacy*) untuk melakukan terapi, validitas terapi, dan kemungkinan untuk berhasil (Ajzen, 1991; Bandura, 1980 dalam Klein., *et al*, 2006). Tahap kedua adalah *knowledge* atau pengetahuan. Seseorang perlu tahu apa yang harus dilakukan agar bisa melakukannya dengan benar (Morrow *et al*, 1998 dalam Klein., *et al*, 2006). Instruksi yang jelas serta model mental yang berkembang dengan baik akan membantu seseorang mengambil tindakan secara efektif. Pengetahuan yang baik terkait kapan dan bagaimana melakukan akan membantu seseorang untuk mengembangkan tindakan kritis dan sebagai pengingat untuk tetap patuh. Tahap ketiga adalah *action* atau tindakan. Tindakan yang disertai pengingat mendorong seseorang untuk patuh. Pengingat saja tidak cukup, seseorang harus mampu bertindak secara fisik, kognitif, emosional, dan finansial (Klein., *et al*, 2006).

Menurut Klein., *et al* (2006) setiap orang berpindah di setiap tahapan pada level yang berbeda. Pada level makro setiap orang akan bersiap, memulai, dan mempertahankan suatu perilaku dan percaya pada tujuan dan efektivitas suatu tindakan, tahu bagaimana mengambil tindakan yang benar, dan mampu mengambil tindakan yang diperlukan. Pada tingkatan mikro, setiap kali suatu tindakan dilakukan, merupakan penegasan dari tahapan-tahapan yang sudah dilewati sebelumnya. Hal ini akan membantu mengidentifikasi pada tingkatan mana kepatuhan dilanggar. Selain itu, Klein *et al* mengidentifikasi 4 faktor kritis yang menginformasikan dan membentuk cara seseorang bertindak dari satu tahapan kepatuhan ke tahapan berikutnya. Faktor-faktor tersebut adalah karakteristik individu, kondisi, terapi, dan jaringan sosial. Memahami faktor-

faktor tersebut dapat memberikan solusi terhadap masalah kepatuhan dan menentukan keberhasilan jangka panjang dari suatu terapi.

2.3 Hipertensi

2.3.1 Definisi dan Klasifikasi

Tekanan darah didefinisikan sebagai tekanan secara lateral yang dilakukan oleh darah terhadap dinding pembuluh arteri. Tekanan darah dibedakan menjadi dua, yaitu tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah sistolik merupakan tekanan darah maksimum selama siklus jantung yang terjadi saat otot jantung berkontraksi. Sedangkan tekanan darah diastolik merupakan tekanan darah minimum selama siklus jantung saat otot jantung berelaksasi (Kaplan, 2010).

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah tinggi secara persisten, yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Mahan dan Escott-Stump, 2008). Seiring dengan definisi tersebut, Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) menetapkan kriteria kasus hipertensi sesuai dengan kriteria diagnosis *Joint International Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII) 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, kriteria tersebut berlaku untuk usia ≥ 18 tahun (Riskesdas, 2013). Namun, seseorang dikatakan mengalami tekanan darah tinggi yang abnormal jika diukur paling tidak pada 3 kali kesempatan yang berbeda (Corwin, 2009).

Hipertensi diklasifikasikan berdasarkan nilai tekanan darah sistolik dan diastolik, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan darah untuk Usia ≥ 18 Tahun

No	Kategori	Tekanan Darah Sistolik/Diastolik (mmHg)	Klasifikasi Tekanan Darah
1	Optimal	<120 dan 80	Normal
2	Normal <i>Borderline</i>	120-129/80-84 130-139/85-89	Pre-hipertensi
3	Hipertensi	$\geq 140/90$	Hipertensi
	a. Derajat 1	140-159/90-99	Hipertensi Derajat 1
	b. Derajat 2	$\geq 160/\geq 100$	Hipertensi Derajat 2

Sumber: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2004.

Menurut Corwin (2009) hipertensi diklasifikasikan berdasarkan ada tidaknya penyebab yang dapat diidentifikasi, yaitu sebagai berikut:

- Hipertensi Primer

Hipertensi primer atau esensial, merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Sebagian besar kasus hipertensi yang terjadi merupakan hipertensi primer.

- Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang diketahui penyebabnya. Terdapat beberapa hal yang dapat memicu terjadinya hipertensi, seperti: hipertensi vaskular renal akibat stenosis arteri renalis, adanya feokromositoma yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, aldosteronisme primer, serta hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral.

- Hipertensi pada Kehamilan

Terdapat 4 kategori hipertensi pada ibu hamil menurut *National Institutes of Health Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*, yaitu: hipertensi gestasional, hipertensi kronis, preeklampsia-eklampsia, dan *pre-eklampsia superimposed* pada hipertensi kronis.

2.3.2 Besaran Masalah Hipertensi

Secara global, penyakit kardiovaskular menyebabkan hampir 17 juta kematian setiap tahunnya, hampir sepertiga dari total kematian di seluruh dunia. Dari angka total kematian tersebut, komplikasi hipertensi menyebabkan 9,4 juta kematian setiap tahunnya. Hipertensi bertanggung jawab pada sedikitnya 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke (WHO, 2013).

Tahun 2008, WHO (2011) menyatakan bahwa hampir 40% dewasa usia ≥ 25 tahun telah terdiagnosis hipertensi. Jumlah tersebut meningkat dari 600 juta pada tahun 1980 menjadi 1 milyar pada tahun 2008. Prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada regional Afrika, yang mana 46% dewasa usia ≥ 25 tahun mengalami hipertensi. Sedangkan prevalensi hipertensi terendah terdapat pada orang Amerika dengan prevalensi 35%. Secara umum, negara dengan pendapatan tinggi memiliki

prevalensi hipertensi yang lebih rendah (35%) dibandingkan dengan kelompok lainnya (40%).

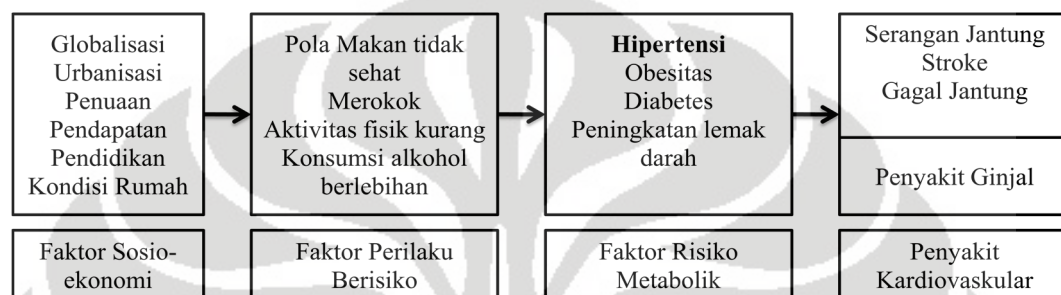
Penelitian yang dilakukan oleh Kearney, M. Whelton, Reynolds, P.K Whelton, dan He (2004) menunjukkan berbagai variasi prevalensi hipertensi pada regional-regional yang berbeda di seluruh dunia. Prevalensi hipertensi terendah (3,4%) terdapat pada laki-laki India di rural area, sementara prevalensi tertinggi (72,5%) terdapat pada wanita *Polish*. Prevalensi hipertensi lebih tinggi pada wanita berkulit hitam dibandingkan laki-laki berkulit hitam, yaitu 35,8% dan 30,9%. Hal tersebut juga terjadi pada wanita berkulit putih dibandingkan dengan laki-laki berkulit putih, yaitu 30,2% dan 27,7%.

Data dari berbagai regional maupun negara juga menunjukkan tingginya prevalensi penderita hipertensi. *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHNES) III mengestimasi 4,1 juta penduduk Kanada dengan rentang usia 18-74 tahun menderita hipertensi. Berbagai studi mengestimasi prevalensi hipertensi di Eropa Barat, berdasarkan *The Spanish National Blood Pressure Study* menunjukkan bahwa prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan lebih tinggi pada rural area (49,4%) dibandingkan dengan urban area (43,3%). Sementara itu, di Amerika Latin, sepertiga dari total populasi mengalami hipertensi. Prevalensi penderita hipertensi pada negara-negara Karibia sebesar 26,6%. Di India, berbagai studi menunjukkan bahwa prevalensi penderita hipertensi berkisar antara 20% dan 30% namun tidak ada angka nasional untuk hal tersebut. Data dari InterASIA, menunjukkan bahwa 129.824.000 penduduk Cina usia 35-74 tahun dan 5,1 juta penduduk Thailand ≥ 35 tahun mengalami hipertensi (Kearney, M. Whelton, Reynolds, P.K Whelton, dan He, 2004).

Di Indonesia, prevalensi penderita hipertensi sebesar 25,8%. Prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%), dan Jawa Barat (29,4%). Sementara itu, 12 dari 33 Provinsi di Indonesia memiliki prevalensi hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan angka rata-rata nasional (Riskesdas, 2013).

2.3.3 Faktor Risiko Hipertensi

WHO (2013) menyatakan bahwa secara umum terdapat 3 faktor utama yang dapat menyebabkan hipertensi, yaitu faktor sosio-ekonomi, faktor perilaku berisiko, dan faktor-faktor lainnya. Ketiga faktor tersebut dapat dilihat berdasarkan gambar di bawah ini:



Gambar 2.4 Faktor Utama yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Tekanan Darah Beserta Dampaknya

Faktor sosio-ekonomi memiliki dampak terhadap perkembangan hipertensi. Misalnya pendapatan, pendidikan, dan kondisi rumah, berpengaruh terhadap faktor-faktor perilaku berisiko yang dapat mempengaruhi terjadinya hipertensi. Faktor sosial lainnya seperti pengangguran akan mempengaruhi tingkat stres yang tinggi sehingga berdampak pada peningkatan tekanan darah. Urbanisasi yang berlangsung cepat dan tidak terencana dapat menjadi faktor yang mempengaruhi perkembangan hipertensi sebagai hasil dari lingkungan yang tidak sehat, yang ditandai dengan konsumsi makanan cepat saji, perilaku sedentari, merokok, dan konsumsi alkohol berlebihan. Pada akhirnya, risiko hipertensi akan meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan peningkatan kekakuan pembuluh darah (WHO, 2013).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor sosio-ekonomi berhubungan dengan kejadian hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Lin-Lin., *et al* (2008) menunjukkan bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan penderita hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Pradono (2013) menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, pendidikan, dan status perkawinan berhubungan signifikan dengan kejadian hipertensi. Kejadian hipertensi lebih

Universitas Indonesia

tinggi pada kelompok umur 35-65 tahun, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan rendah (< SLTP), serta dengan status marital kawin-cerai.

WHO (2013) menyatakan bahwa terdapat beberapa perilaku berisiko yang dapat menyebabkan hipertensi. Perilaku tersebut terdiri dari: konsumsi makanan tinggi garam dan lemak serta kurang asupan sayur dan buah, konsumsi alkohol berlebihan, kurang aktivitas fisik, dan manajemen stres yang buruk. Perilaku berisiko tersebut dapat menyebabkan hipertensi dan penyakit degeneratif lainnya.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa perilaku berisiko berhubungan dengan kejadian hipertensi. Asupan lemak makanan yang tinggi merupakan faktor risiko utama obesitas, yang sering dikaitkan dengan penyakit hipertensi dan diabetes (Damjanovi dan Barton, 2008). Dari segi asupan garam, secara teori telah dipastikan terdapat hubungan kausal antara asupan garam dan tingkat tekanan darah. Uji meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa pengurangan asupan garam secara moderat dikaitkan dengan penurunan tekanan darah serta penurunan kejadian penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular pada penderita hipertensi (Kumanyika *et al*, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Mihrete (2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi konsumsi *fast food* dengan hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Indrawati, Werdbasari, dan K (2009) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi ikan asin, kafein, monosodium glutamat (vetsin, kecap, terasi) dengan hipertensi. Sementara itu, terkait konsumsi alkohol, penelitian yang dilakukan oleh Pan, Zhang, Liu, dan Tong (2010) menunjukkan bahwa konsumsi alkohol (≥ 200 g/dl) berhubungan dengan kejadian hipertensi dengan OR 2,4.

2.3.4 Dampak Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit yang bersifat asimtomatik dan tanpa gejala, namun dapat menimbulkan dampak yang sangat besar. Hipertensi kronis dapat menyebabkan gangguan pada berbagai sistem organ vital tubuh, seperti: kardiak, serebrovaskular, dan sistem ginjal (Mahan dan Escott-Stump, 2008). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII, 2004) menjelaskan

manifestasi pada beberapa organ target akibat hipertensi yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.2 Kerusakan Organ Target Akibat Hipertensi

Sistem Organ	Manifestasi
Jantung/kardiovaskular	Pembesaran ventrikel kiri, angina pektoris atau miokardium infark, kerusakan pembuluh koroner, dan gagal jantung
Otak	Stroke dan demensia
Penyakit ginjal kronik	
Gangguan pembuluh darah arteri perifer	
Retinopati	

Tekanan darah tinggi dapat merusak organ tubuh tersebut beberapa tahun sebelum gejala-gejala berkembang. Berikut penjelasan dari dampak terhadap tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol menurut Mayo Clinic (2014):

a. Kerusakan pada pembuluh arteri

Tekanan darah yang tinggi pada pembuluh arteri dapat menyebabkan berbagai masalah, yaitu:

- o Penyempitan dan kerusakan pembuluh arteri: tekanan darah yang tinggi dapat merusak dinding pembuluh arteri. Lemak yang mengalir bersama darah akan terperangkap pada sel pembuluh yang rusak sehingga terjadi penyempitan. Hal tersebut juga menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang serta munculnya aterosklerosis. Perubahan arteri ini dapat mengganggu aliran darah ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan serangan jantung, gagal ginjal, strok, kerusakan mata, dan aneurisma.
- o Aneurisma: tekanan darah yang tinggi secara konstan pada pembuluh arteri menyebabkan dinding pembuluh mengalami pembesaran dan terbentuk benjolan yang sewaktu-waktu dapat pecah dan menimbulkan perdarahan.

b. Kerusakan pada jantung

- o Penyakit jantung koroner: penyakit ini terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah arteri koroner yang mengalir darah menuju jantung. Akibatnya darah tidak mengalir secara optimal sehingga dapat terjadi nyeri dada, serangan jantung, atau aritmia.
- o Pembesaran jantung kiri: tekanan darah yang tinggi membuat jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Akibatnya otot jantung mengalami pembesaran (hipertropi) dan menjadi kaku sehingga terjadi penurunan curah jantung. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko serangan jantung, gagal jantung, dan kematian mendadak.
- o Gagal jantung: hipertensi yang kronis dapat menyebabkan otot jantung melemah dan bekerja kurang efisien sehingga darah tidak dipompa dengan maksimal.
- c. Kerusakan pada otak
 - o *Transient ischemic attack* (TIA): merupakan gangguan sementara aliran darah ke otak yang menyebabkan stroke ringan.
 - o Stroke: terjadi ketika bagian dari otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang menyebabkan sel-sel otak mati. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan stroke dengan merusak dan melemahkan pembuluh darah otak, sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah, pecah atau bocor. Tekanan darah tinggi juga dapat menyebabkan gumpalan darah yang terbentuk di dalam arteri yang menuju ke otak sehingga menghalangi aliran darah dan berpotensi menyebabkan stroke.
 - o Demensia: merupakan keadaan yang mengakibatkan gangguan pikiran, bicara, penalaran, emosi, visi, dan gerakan. Kondisi ini dapat terjadi akibat demensia vaskular yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah otak atau stroke yang disebabkan oleh hipertensi.
 - o Penurunan kognitif tingkat ringan: sama halnya dengan demensia, hal ini disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak akibat kerusakan pembuluh darah arteri.
- d. Kerusakan pada ginjal
 - o Gagal ginjal: hipertensi merupakan salah satu penyebab paling umum dari gagal ginjal. Hipertensi akan merusak pembuluh darah arteri menuju ginjal

Universitas Indonesia

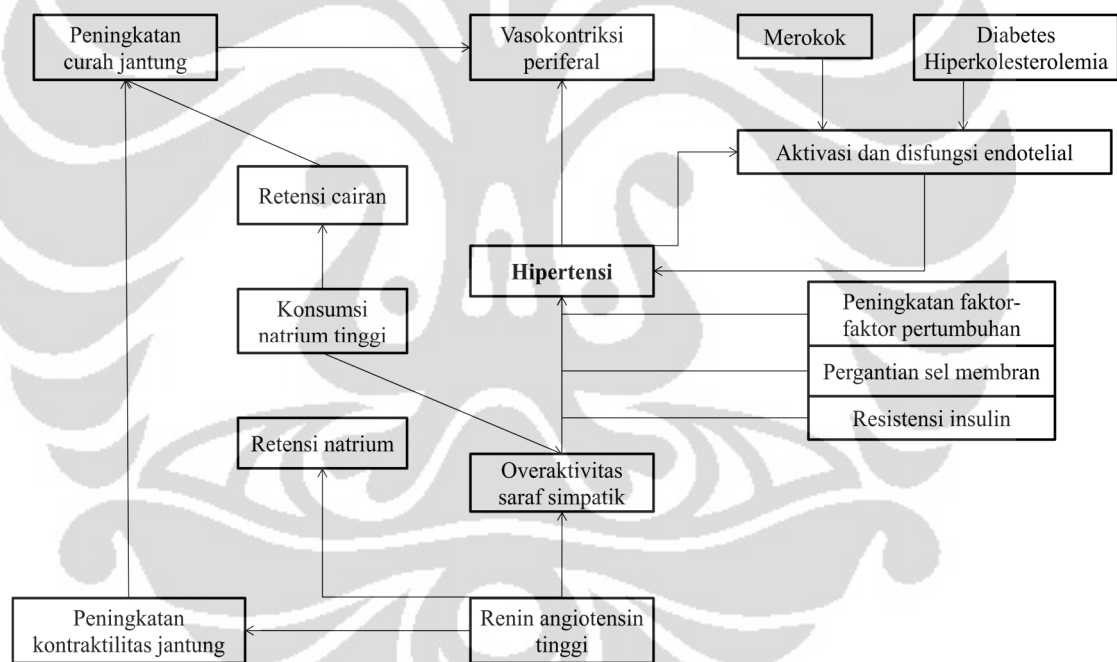
serta glomerulus dalam ginjal. Akibatnya ginjal tidak optimal melakukan proses ekskresi sehingga terjadi gagal ginjal.

- o Glomerulosklerosis: merupakan gangguan ginjal akibat terbentuknya jaringan parut pada glomeruli. Ginjal tidak dapat menyaring sisa-sisa metabolisme sehingga terjadi gagal ginjal.
 - o Aneurisma: terbentuknya tonjolan pada dinding pembuluh darah arteri ginjal. Aneurisma dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh atau pecah sehingga menimbulkan perdarahan.
- e. Kerusakan pada mata
- o Retinopati: merupakan kerusakan pada pembuluh darah mata akibat tekanan darah yang tinggi. Akibatnya berupa perdarahan pada mata, penglihatan kabur, atau kebutaan.
 - o Koroidopati: merupakan penumpukan cairan di bawah retina. Adanya penumpukan cairan akibat kebocoran pembuluh darah yang terletak di bawah retina. Hal tersebut dapat menyebabkan penglihatan terdistorsi atau terbentuk jaringan parut.
 - o Neuropati optik: merupakan kerusakan saraf mata akibat aliran darah menuju saraf terblokir yang dapat menyebabkan sel-sel saraf mata mati atau mengalami perdarahan.
- f. Disfungsi seksual: disfungsi ereksi lebih mungkin terjadi pada laki-laki yang mengalami hipertensi. Tekanan darah tinggi merusak pembuluh darah, mengalami penyempitan dan pengerasan, akibatnya darah tidak mengalir dengan optimal pada alat-alat reproduksi. Sama halnya pada laki-laki, hipertensi pada perempuan dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke vagina sehingga mengganggu sistem reproduksi.
- g. Kemungkinan dampak lainnya
- o Tulang keropos: hipertensi dapat meningkatkan ekskresi kalsium lewat urin sehingga tulang kehilangan kalsium dan lebih mudah keropos.
 - o Kesulitan tidur: *sleep apnea* merupakan keadaan di mana otot-otot tenggorokan relaksasi pada saat tidur sehingga menyebabkan dengkur yang keras, hal ini terjadi pada lebih dari separuh penderita hipertensi.

2.3.5 Patofisiologi Hipertensi

Mahan dan Escott-Stump (2008) menyatakan bahwa tekanan darah adalah fungsi dari curah jantung dikalikan dengan resistensi perifer (resistensi di dalam pembuluh untuk mengalirkan darah). Oleh karena itu, tekanan darah tergantung pada beberapa hal, yaitu denyut jantung, volume sekuncup, dan *total peripheral resistance* (TPR). Peningkatan salah satu dari ketiga variabel yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi (Corwin, 2009).

Nadar (2009) menyatakan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang kompleks yang dipengaruhi banyak faktor dalam perkembangannya. Bagan berikut menampilkan patofisiologi terjadinya hipertensi:



Gambar 2.5 Patofisiologi Hipertensi

Berikut penjelasan patofisiologi terjadinya hipertensi menurut Nadar (2009):

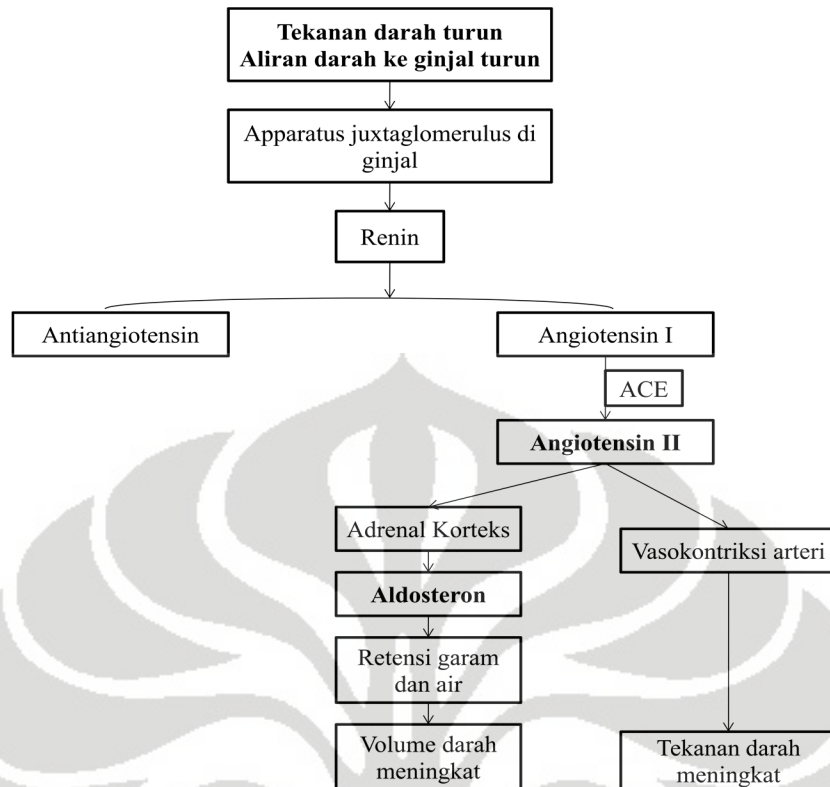
a. Peningkatan volume cairan sirkulasi (peningkatan *preload*)

- o Sensitivitas dan retensi natrium: Kelebihan asupan natrium serta sensitivitas terhadap natrium yang tinggi dapat menyebabkan hipertensi melalui peningkatan volume cairan dan *preload*. Hal tersebut berdampak pada

Universitas Indonesia

peningkatan curah jantung serta reaktivitas dan kontraktilitas vaskular. Selain itu, asupan natrium yang berlebih tidak mampu diekskresi oleh ginjal sehingga terjadi retensi natrium dan air di dalam tubuh yang berdampak pada peningkatan volume cairan sirkulasi dan berujung pada hipertensi.

- o Umpan balik tekanan natriuresis: Tekanan natriuresis adalah suatu fenomena saat ginjal mengekskresikan lebih banyak garam dan air saat tekanan arteri meningkat. Hal tersebut disebabkan oleh peningkatan transmisi tekanan arteri ke kapiler peritubuler sehingga terjadi peningkatan tekanan hidrostatik pada glomerulus dan tubulus ginjal yang berdampak pada reabsorpsi garam dan air. Hal ini menyebabkan volume intravaskular berkurang dan mengembalikan tekanan kapiler dan tekanan arteri kembali normal. Hal ini merupakan mekanisme umpan balik untuk mengakomodasi tekanan darah yang tinggi, namun dapat menyebabkan kegagalan ginjal untuk mengekskresikan natrium dan air sehingga dampak lanjutannya adalah peningkatan volume sirkulasi dan terjadi hipertensi.
- o Abnormalitas nefron: Kelainan pada nefron ginjal seperti nefron iskemik, penurunan jumlah nefron, glomerular sklerosis, dan lain-lain, dapat menurunkan kemampuan ginjal untuk mengekskresikan natrium.
- b. *Renal-Angiotensin-Aldosteron System (RAAS)*: RAAS merupakan sistem utama yang berperan terhadap kejadian hipertensi. RAAS bertanggungjawab untuk menjaga homeostatis air dan garam di dalam tubuh. Angiotensin II bertindak untuk meminimalisir kehilangan cairan dan natrium serta menjaga tekanan darah. Pada hipertensi, disebabkan oleh peningkatan tekanan perfusi pada glomerulus. Bagan berikut menampilkan mekanisme RAAS dalam meningkatkan tekanan darah:



Gambar 2.6 Mekanisme Renin-Angiotensin

Sumber: Human physiology ed.6 dalam Mahan dan Escott-Stump (2008)

- c. Sistem saraf simpatik yang hiperaktif: Peningkatan aktivitas saraf simpatik dapat menyebabkan vasokonstriksi perifer sehingga tekanan darah meningkat. Peningkatan aktivitas saraf simpatik dapat dipicu oleh stres emosional atau mental.
- d. Peningkatan resistensi perifer: kondisi hipertensi dapat meningkatkan resistensi perifer. Pada tahap awal hipertensi, tekanan perfusi meningkat karena peningkatan volume peredaran darah yang dapat menyebabkan vasokonstriksi perifer terkompensasi. Namun keadaan tersebut dapat menjadi permanen dan akan mengarah kepada hipertensi lebih lanjut.
- e. Disfungsi endotelium: Hipertensi berhubungan dengan aktivasi dan disfungsi endotel. Hal tersebut merupakan penyebab sekaligus dampak hipertensi. Faktor utama penyebab aktivasi maupun disfungsi endotelium adalah perubahan pada *nitric oxide* (NO) yang merupakan faktor untuk relaksasi endotelium. Kerusakan pada endotelium menyebabkan produksi

NO menurun sehingga terjadi vasokonstriksi endotelium yang berkontribusi pada tekanan darah tinggi. Penyebab lainnya yang terjadi pada endotelium yang dapat menyebabkan hipertensi adalah peningkatan endotelin yaitu molekul yang diproduksi oleh endotelium yang dapat menciptakan efek vasokonstriksi.

- f. Resistensi insulin: Berbagai mekanisme menunjukkan bahwa resistensi insulin menyebabkan peningkatan tekanan darah, peningkatan aktifitas saraf simpatik, meningkatkan retensi natrium di ginjal, dan menyebabkan hipertropi vaskular.
- g. Faktor-faktor lainnya: Perubahan pada *natriuretic peptides* yang diproduksi di bilik jantung memiliki efek terhadap peningkatan tekanan darah. Selain itu faktor predisposisi genetik juga menjadi faktor utama seseorang mengalami hipertensi. Faktor lingkungan seperti konsumsi kalsium, pola makan, aktivitas fisik, juga berperan terhadap munculnya hipertensi.

2.3.6 Manajemen Hipertensi

Intervensi farmakologis maupun nonfarmakologis dapat membantu mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi. Hal tersebut dapat dilakukan melalui penurunan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan *total peripheral resistance* (TPR). Pada sebagian penderita hipertensi diperlukan penurunan berat badan, olahraga, relaksasi, berhenti merokok, dan penerapan diet pembatasan natrium. Selain itu, berbagai tindakan medis dan pengobatan perlu dilakukan untuk mengontrol tekanan darah (Corwin, 2009).

Tujuan utama dalam kesehatan masyarakat terhadap terapi antihipertensi adalah mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit kardiovaskular dan ginjal yang ditimbulkan oleh hipertensi (JNC VII, 2004). Kontrol dan penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi akan mengurangi risiko berbagai dampak hipertensi. Uji coba klinis yang dilakukan oleh Neal, MacMahon, dan Chapman (2000) menunjukkan bahwa terapi antihipertensi berhubungan dengan penurunan insiden stroke rata-rata 35-40%, infark miokard rata-rata 20-25%, gagal jantung rata-rata >50%.

Berdasarkan hal yang telah dipaparkan tersebut, maka diperlukan manajemen atau penatalaksanaan penyakit hipertensi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah berkembangnya dampak tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi. Secara garis besar manajemen hipertensi terdiri dari manajemen farmakologi dan non-farmakologi (Mahan dan Escott-Stump, 2008).

a. Manajemen farmakologi (medis)

Pada penderita hipertensi, jika tekanan darah mengalami peningkatan 6-12 bulan setelah perubahan gaya hidup, maka diperlukan tindakan medis berupa pengobatan antihipertensi. Pengobatan juga dilakukan pada penderita hipertensi dengan kondisi yang lebih parah dibandingkan hipertensi derajat 1, selain itu juga dilakukan terapi nonfarmakologi (Mahan dan Escott-Stump, 2008). Berbagai jenis obat antihipertensi tersedia untuk membantu menurunkan tekanan darah. Obat-obatan tersebut antara lain: furosemid dari kelas *loop diuretics*, captopril dari kelas ACEIs, valsartan (diovan) dari kelas anti-angiotensin II, doxazosin dari kelas alfa-1 bloker, hidralazine dari kelas vasodilatator, dan lain-lain (JNC VII, 2004).

b. Manajemen Non-farmakologi

Manajemen non-farmakologi pada hipertensi terkait dengan modifikasi gaya hidup. JNC VII (2004) merekomendasikan beberapa modifikasi gaya hidup untuk mencegah dan mengontrol hipertensi sebagai berikut:

Tabel 2.3 Modifikasi Gaya Hidup untuk Mencegah dan Mengontrol Hipertensi

Modifikasi	Rekomendasi	Perkiraan Penurunan Tekanan darah Sistolik*
Penurunan berat badan (BB)	Menjaga berat badan ideal dengan indeks masa tubuh (IMT) 18,5-24,9 kg/m ²	5-20 mmHg/10 kgBB
Menerapkan DASH (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>)	Mengonsumsi diet kaya buah, sayur, serta produk susu rendah lemak dan pengurangan asupan lemak jenuh dan lemak total	8-14 mmHg

Universitas Indonesia

Tabel 2.3 (Sambungan)

Mengurangi asupan natrium	Mengurangi asupan natrium ≤ 100 mmol per hari (2,4 gr natrium atau 6 gr garam dapur)	2-8 mmHg
Aktivitas fisik	Melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit per hari	4-9 mmHg
Konsumsi alkohol pada level moderat	Membatasi konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 oz (<i>80-proof</i> wiski, 10 oz <i>wine</i> , atau 24 oz bir) per hari untuk laki-laki, dan tidak lebih dari 1 oz per hari untuk perempuan atau orang dengan berat badan kurang	2-4 mmHg

*Efek implementasi modifikasi gaya hidup tergantung pada waktu dan dosis serta berbeda-beda pada setiap individu

2.4 Diet untuk Penderita Hipertensi

2.4.1 Diet Garam Rendah

Diet garam rendah bertujuan untuk mengurangi asupan natrium berlebihan yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan di dalam tubuh. Asupan natrium berlebihan dapat menyebabkan penyakit tertentu, seperti sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, dekompensasio kordis, toksemia pada kehamilan dan hipertensi esensial. Penyakit-penyakit tersebut dapat menyebabkan gejala edema atau asitesis dan/atau hipertensi (Almatsier, 2010).

Garam yang dimaksud dalam diet ini berupa garam natrium seperti yang terdapat pada garam dapur (NaCl), soda kue (NaHCO_3), *baking powder*, natrium benzoat, dan vetsin (monosodium glutamat). Asupan makanan sehari-hari pada umumnya mengandung natrium dalam jumlah yang melebihi kebutuhan tubuh (Almatsier, 2010). WHO merekomendasikan pengurangan asupan natrium, yaitu <2 gram natrium/hari atau setara dengan 5 gram garam yang bertujuan untuk mengurangi tekanan darah, risiko penyakit kardiovaskular, stroke, dan penyakit jantung koroner pada orang dewasa (WHO, 2013).

Almatsier (2010) menyatakan bahwa tujuan utama diet garam rendah adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan

Universitas Indonesia

menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Adapun syarat-syarat diet garam rendah yaitu cukup energi, protein, mineral, dan vitamin; bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit; jumlah natrium disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan/atau hipertensi. Diet garam rendah dapat diberikan pada pasien dengan edema atau asitesis dan/atau hipertensi seperti yang terjadi pada penyakit sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, dekompensasi kordis, toksemia pada kehamilan dan hipertensi esensial. Terdapat 3 tingkatan dalam pemberian diet garam rendah, yaitu:

- o Diet Garam Rendah I (200-400 mg Na)

Diberikan kepada pasien dengan edema, asitesis dan/atau hipertensi berat. Pada pengolahan makanan tidak diberikan garam dapur, serta dihindari bahan makanan yang tinggi natrium.

- o Diet Garam Rendah II (600-800 mg Na)

Diberikan kepada pasien dengan edema, asitesis, dan/atau hipertensi tidak terlalu berat. Pada pengolahan makanan boleh menggunakan $\frac{1}{2}$ sendok teh garam dapur atau 2 gram, serta dihindari bahan makanan yang tinggi natrium.

- o Diet Garam Rendah III (1000-1200 mg Na)

Diberikan kepada pasien dengan edema dan/atau hipertensi ringan. Pada pengolahan makanan boleh menggunakan 1 sendok teh garam dapur atau 4 gram.

2.4.2 Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH)

Penderita hipertensi sangat perlu mengatur pola makan sebagai salah satu manajemen hipertensi. Pola makan yang sehat dapat menurunkan tekanan darah sekaligus mencegah berkembangnya tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi. Salah satu pola makan atau diet yang dapat diterapkan oleh penderita hipertensi adalah DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) (National Institutes of Health, 2006).

National Institutes of Health (2006) menyatakan bahwa diet DASH menekankan pada asupan rendah lemak jenuh maupun lemak total, rendah kolesterol, tinggi asupan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak. Diet DASH

juga mencakup asupan biji-bijian utuh, unggas, ikan, dan kacang-kacangan, serta rendah asupan lemak, daging merah, serta makanan yang manis. Makanan yang dikonsumsi tinggi kalium, kalsium, dan magnesium, termasuk protein dan serat. Tabel dibawah ini menunjukkan perencanaan diet DASH untuk kebutuhan 2000 kalori per hari beserta porsi untuk masing-masing kelompok makanan.

Tabel 2.4. Perencanaan Diet DASH berdasarkan Kebutuhan 2000 Kalori/Hari

Kelompok Makanan	Sajian per Hari	Ukuran saji (porsi)
Biji-bijian beserta olahannya	7-8	1 lembar roti. 1 gelas sereal siap saji, ½ gelas nasi, pasta, atau sereal
Sayur-sayuran	4-5	1 gelas daun sayuran mentah. ½ gelas sayur yang sudah dimasak. 6 ons jus sayuran
Produk susu rendah lemak atau bebas lemak	2-3	8 ons susu. 1 gelas youghurt. 1 ½ ons keju
Daging, unggas, dan ikan	≤ 2	3 ons daging tanpa lemak yang sudah dimasak, unggas tanpa kulit, atau ikan.
Kacang-kacangan, biji-bijian, dan biji-bijian kering	4-5 per minggu	1/3 gelas atau 1 ½ ons kacang. 1 sendok makan ½ ons biji-bijian. ½ gelas biji-bijian kering yang sudah dimasak.
Lemak dan minyak	2-3	1 sendok teh margarin. 1 sendok makan mayonnaise rendah lemak. 1 sendok teh minyak sayur.
Makanan yang manis	5 per minggu	1 sendok makan gula. 1 sendok makan selai. 8 ons limun. ½ ons <i>jelly beans</i> .

Sumber: National Institutes of Health (2006)

Dari segi asupan natrium, terdapat 2 tingkatan asupan natrium dalam diet DASH, yaitu 2.300 dan 1.500 mg natrium per hari (National Institutes of Health, 2006). Pada diet DASH standar konsumsi natrium dapat mencapai 2.300 mg per hari. Sedangkan, pada diet DASH rendah natrium, konsumsi natrium berkisar 1.500 mg per hari. Kedua tingkatan asupan natrium tersebut bertujuan untuk

mengurangi jumlah natrium dalam diet harian dibandingkan dengan pola makan biasa yang dapat mencapai 3.500 mg natrium sehari atau lebih (Mayo Clinic, 2013).

Diet DASH standar memenuhi rekomendasi dari *Dietary Guidelines for Americans* untuk menjaga asupan natrium harian kurang dari 2.300 mg per hari. Asupan natrium akan semakin rendah yaitu 1500 mg per hari pada usia ≥ 51 tahun, berkulit hitam, menderita hipertensi, diabetes, atau penyakit ginjal kronik. Sedangkan *American Heart Association* (AHA) merekomendasikan 1.500 mg natrium per hari sebagai batas atas untuk semua orang dewasa (Mayo Clinic, 2013).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa diet DASH memiliki pengaruh positif terhadap tekanan darah dan penurunan risiko penyakit kardiovaskular. Penelitian yang dilakukan oleh Folsom, Parker, dan Harnack (2007) menunjukkan bahwa kejadian hipertensi berbanding terbalik dengan tingkat kepatuhan dalam menerapkan diet DASH, semakin tinggi skor kepatuhan responden maka semakin rendah risiko hipertensi (*p-value* 0,02). Pada penelitian tersebut, kepatuhan menerapkan diet DASH juga berbanding terbalik dengan kematian akibat penyakit jantung koroner, stroke, dan semua penyakit kardiovaskular.

Penelitian yang dilakukan oleh Sacks., *et al* (2001) menunjukkan bahwa DASH dikaitkan dengan penurunan tekanan darah sistolik secara signifikan pada setiap level asupan natrium. Dibandingkan dengan diet kontrol dengan tingkat natrium tinggi, diet DASH dengan tingkat natrium yang rendah menyebabkan penurunan tekanan darah sistolik rata-rata 7,1 mmHg lebih rendah pada responden tanpa hipertensi, dan 11,5 mm Hg lebih rendah pada responden dengan hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Azadbakht., *et al* (2011) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penurunan berat badan dan lingkar pinggang dengan penerapan DASH. Kadar gula darah puasa dan A1C mengalami penurunan yang signifikan setelah mengadopsi DASH. Diet DASH juga mengakibatkan peningkatan kadar kolesterol HDL (*p-value* 0,001), penurunan kolesterol LDL (*p-value* 0,02), penurunan tekanan darah sistolik (*p-value* 0,02) dan diastolik (*p-value* 0,04).

2.4.3 Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian (DASHI)

Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian (DASHI) dirumuskan oleh Harahap (2009) yang dibuat berdasarkan diet DASH namun dimodifikasi sesuai dengan pola makan masyarakat Indonesia pada umumnya. Modifikasi dilakukan terkait jenis makanan, frekuensi makanan, dan jumlah energi yang diberikan. Tabel berikut menggambarkan perbandingan antara DASHI dan DASH:

Tabel 2.5 Diet DASHI dan DASH

Makanan	DASHI	DASH
Sumber karbohidrat	2-8 porsi/hari	7-8 porsi/hari
Sayur	3-4 porsi/hari	4-5 porsi/hari
Buah	5-6 porsi/hari	4-5 porsi/hari
Lauk	2-3 porsi/hari	2 porsi/hari
Minyak	2-3 porsi/hari	2-3 porsi/hari
Kacang-kacangan	4-5 porsi/minggu	4-5 porsi/minggu
Susu rendah lemak	1 porsi	2-3 porsi/hari
Gula	-	5 porsi/minggu
Konsumsi garam	3,5 gram/hari	5 gram/hari

Penelitian yang dilakukan oleh Harahap (2009) melihat pengaruh pemberian diet DASHI terhadap penurunan berat badan dan tekanan darah pada penderita prahipertensi yang kegemukan. Terdapat perbedaan yang bermakna pada penurunan berat badan bulan pertama dan kedua pada kelompok responden yang diintervensi dengan pemberian DASHI dan konseling dibandingkan dengan kelompok lainnya. Tekanan darah sistolik pada setiap kelompok perlakuan mengalami penurunan, dengan penurunan tertinggi pada kelompok yang diintervensi dengan DASHI dan konseling, yaitu sebesar 8,4 mmHg. Selama dua bulan perlakuan penurunan tertinggi terdapat pada kelompok yang diintervensi dengan DASHI dan konseling serta kelompok yang diintervensi dengan DASHI saja yaitu sekitar 11,7 mmHg, sedangkan pada kelompok intervensi lainnya penurunan tekanan darah sistolik lebih rendah.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Kamal, Kusmana, Hardinsyah, Setawan, dan Damanik (2013) menunjukkan bahwa DASHI-J (*Dietary Approach*

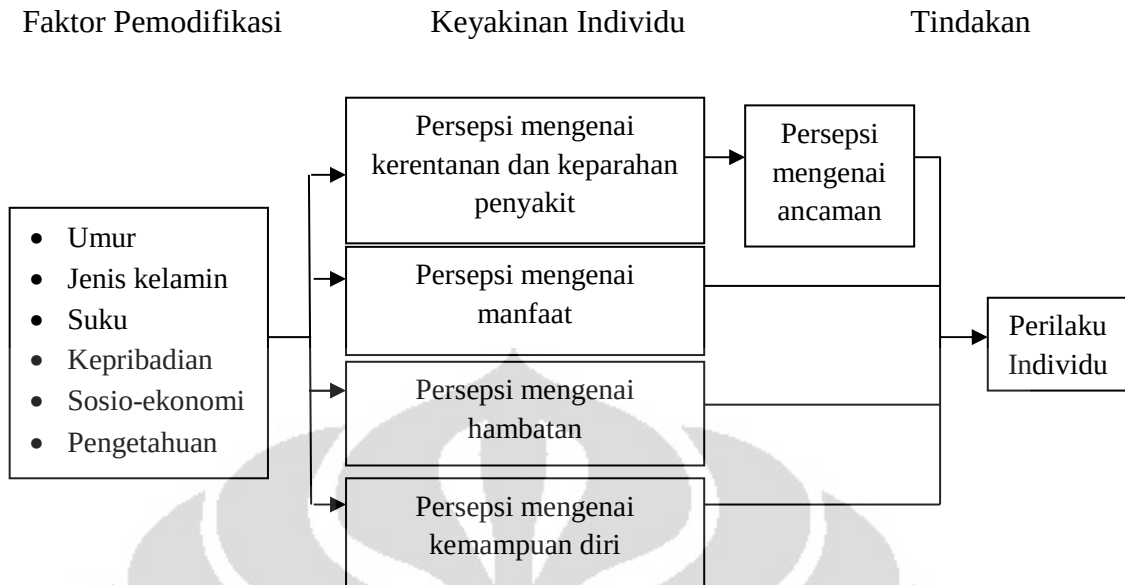
Universitas Indonesia

to Stop Hypertension for Indonesian at Jakarta) serta intervensi melalui olahraga jalan cepat berpengaruh dalam menurunkan berat badan dan tekanan darah pada pasien prahipertensi. Terjadi penurunan signifikan berat badan sebanyak 4,18 kg dan tekanan darah sistolik 12,00 mmHg dan diastolik 8,60 mmHg pada subjek yang diintervensi.

2.5 Health Belief Model Theory

Pada awalnya, *Health Belief Model* (HBM) dikembangkan tahun 1950an oleh ahli psikologi sosial di U.S. Public Health Service (USPHS) untuk menjelaskan kegagalan yang luas terkait partisipasi masyarakat dalam program pencegahan dan pendeteksian penyakit (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974 dalam Glanz *et al*, 2008). Kemudian penggunaan HBM diperluas untuk mempelajari respon orang terkait gejala-gejala penyakit (Kirscht, 1974 dalam Glanz *et al*, 2008) dan perilaku mereka dalam merespon suatu diagnosis penyakit, terutama kepatuhan terkait rejimen pengobatan (Becker, 1974 dalam Glanz *et al*, 2008). Sejak tahun 1950-an, *Health Belief Model* (HBM) menjadi kerangka konseptual yang secara luas digunakan dalam penelitian terkait perilaku kesehatan (Glanz *et al*, 2008).

Pada mulanya teori *Health Belief Model* (HBM) terdiri dari beberapa konsep dasar, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits and barriers*, dan variabel lainnya (seperti demografi, sosio-psikologi, dan variabel struktural lainnya). HBM pada dasarnya dikembangkan untuk menjelaskan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, yang fokus pada variabel kognitif (Leventhal, 1970; Glanz *et al*, 1990). HBM terdiri dari beberapa konsep dasar yang kemudian ditambahkan dengan satu konsep terbaru yaitu *perceived self-efficacy*. Selain itu, terdapat faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi persepsi seperti faktor demografi, psikososial, dan faktor-faktor struktural lainnya (Glanz *et al*, 2008). Bagan berikut menggambarkan hubungan antar komponen atau konsep dalam HBM Glanz *et al* (2008):



Gambar 2.7 *Health Belief Model Theory*

Sumber: Glanz., et al (2008)

Komponen atau konsep dalam HBM Glanz *et al* (2008) dijelaskan sebagai berikut:

- o Persepsi mengenai Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)
Perceived Susceptibility didefinisikan sebagai keyakinan mengenai kemungkinan mengalami risiko atau mendapatkan suatu penyakit. Seseorang akan mempersepsikan risiko dirinya mengalami suatu penyakit tertentu, berdasarkan persepsi tersebut ia akan melakukan tindakan pencegahan. Kerentanan yang dirasakan setiap orang berbeda-beda, tergantung persepsi mengenai faktor risiko yang ia miliki.
- o Persepsi mengenai Keparahan (*Perceived Severity*)
Perceived Severity didefinisikan sebagai keyakinan mengenai keseriusan penyakit dan gejala sisa yang ditimbulkan jika tidak diobati. Hal tersebut dievaluasi dari konsekuensi medis maupun klinis yang dialami (seperti kematian, kecacatan, dan kesakitan), serta kemungkinan konsekuensi sosial (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan berkeluarga, dan hubungan sosial). Kombinasi antara persepsi kerentanan dan keparahan disebut persepsi mengenai ancaman (*perceived of threat*).
- o Persepsi mengenai Manfaat (*Perceived Benefits*)

Perceived Benefits didefinisikan sebagai keyakinan keberhasilan suatu upaya yang disarankan dalam mengurangi risiko atau keseriusan dampak suatu penyakit. Saat seseorang mempersepsikan dirinya rentan mengalami suatu penyakit serius, apakah persepsi tersebut mendorong ia untuk merubah perilaku akan dipengaruhi oleh persepsi mengenai manfaat dari berbagai tindakan untuk mengurangi ancaman penyakit.

o Persepsi mengenai Hambatan (*Perceived Barriers*)

Perceived Barriers didefinisikan sebagai aspek potensial negatif terhadap suatu tindakan kesehatan. Persepsi hambatan dapat menjadi penghambat terhadap tindakan atau perilaku yang direkomendasikan.

o Persepsi mengenai Kemampuan Diri (*Self-Efficacy*)

Perceived (self-fficacy) didefinisikan sebagai persepsi seseorang terkait kemampuan dirinya dalam melaksanakan suatu perilaku untuk memperoleh *outcome* yang diinginkan (Bandura, 1997; Glanz et al, 2008).

o Isyarat Bertindak (*Cues to Action*)

Cues to Action didefinisikan sebagai strategi untuk membuat seseorang siap dalam mengambil suatu tindakan.

o Faktor-Faktor Lainnya

Faktor demografi, psiko-sosial, dan variabel-variabel struktural yang dapat mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku terkait kesehatan.

2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Taylor (1995) menyatakan bahwa setiap orang mempraktikan beberapa perilaku kesehatan, sebagian dari mereka memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan yang lainnya. Menurut H. Laveithal, Laveithal, dan Nguyen (1985) terdapat beberapa faktor determinan yang mempengaruhi perilaku kesehatan, antara lain: faktor sosial, faktor emosional, persepsi terkait gejala, faktor yang berhubungan dengan akses terhadap layanan kesehatan, dan faktor kognitif (Taylor, 1995, p.77). Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan hal tersebut:

o Variabel demografi

Kebiasaan terkait kesehatan berbeda sesuai dengan faktor demografi. Gottlieb dan Green (1984) menemukan bahwa perilaku kesehatan biasanya dipraktikkan oleh kelompok usia yang lebih muda, golongan yang lebih kaya, berpendidikan baik, orang dengan tingkat stres yang rendah, dan adanya dukungan sosial (misalnya marital status). Selain itu, menurut Broman, 1993; Lau, Quadrel, & Hartman (1990) terdapat faktor sosial lainnya yang mempengaruhi perilaku kesehatan, seperti keluarga, *peer group*, teman, dan lingkungan kerja (Taylor, 1995, p.77-78).

o Faktor emosional

Faktor emosional memainkan peranan yang penting terhadap beberapa kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan. Secara umum, menurut Mechanic & Cleary (1980) perilaku kesehatan yang baik dipraktikkan oleh orang yang sehat secara psikologis dan percaya bahwa secara umum kesehatannya baik (Taylor, 1995, p.78).

o Persepsi terkait gejala

Beberapa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi terkait gejala. Misalnya perokok akan mengurangi kebiasaan merokoknya saat merasakan sensasi yang tidak nyaman di tenggorokannya (Taylor, 1995).

o Akses terhadap layanan kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan juga mempengaruhi praktik terhadap berbagai perilaku kesehatan. Menurut Kirscht (1938), individu yang memiliki status sosio-ekonomi rendah, laki-laki, tidak memiliki dokter pribadi, akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan, secara umum lebih jarang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan mempraktikkan perilaku atau kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan (Taylor, 1995, p.79).

o Faktor kognitif

Faktor-faktor kognitif juga menentukan apakah individu mempraktikkan perilaku kesehatan atau tidak. Faktor-faktor kognitif tersebut menurut Bandura (1977) antara lain kepercayaan bahwa perilaku kesehatan tersebut bermanfaat dan dapat mencegah suatu penyakit, keyakinan untuk terkena

Universitas Indonesia

suatu penyakit, dan *self-efficacy*. Selain itu terdapat faktor kognitif lainnya seperti kepercayaan dan persepsi terkait ancaman dan keparahan penyakit (Taylor, 1995, p.79).

Berdasarkan teori *Health Belief Model* Glanz *et al* (2008) terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu. Faktor-faktor tersebut terdiri dari faktor pemodifikasi (usia, jenis kelamin, etnis/suku, personalitas/kepribadian, sosio-ekonomi, dan pengetahuan), persepsi individu (persepsi kerentanan dan keparahan penyakit, manfaat, hambatan, dan kemampuan diri/*self-efficacy*), dan isyarat bertindak. Konsep ini dapat diplikasikan untuk berbagai permasalahan yang berhubungan dengan perilaku kesehatan.

2.6.1 Karakteristik Individu

2.6.1.1 Usia

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa usia mempengaruhi kepatuhan seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Abel (2011) menunjukkan bahwa responden yang berusia 40-49 tahun lebih mungkin memiliki kepatuhan yang rendah. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Khan *et al* (2014) terkait kepatuhan terhadap rekomendasi diet menunjukkan bahwa responden usia > 60 tahun memiliki kepatuhan yang lebih baik (persentase kepatuhan 72,25%) dibandingkan dengan usia < 60 tahun (persentase kepatuhan 27,%). Penelitian yang dilakukan oleh Khanam *et al* (2014) menunjukkan bahwa usia merupakan variabel independen yang berhubungan dengan ketidakpatuhan dalam *treatment* hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) untuk melihat kepatuhan pada kelompok umur lansia menunjukkan bahwa kelompok lansia usia ≥ 75 tahun 2 kali lebih patuh dibandingkan usia 60-74 tahun dalam perawatan hipertensi.

2.6.1.2 Jenis kelamin

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap kepatuhan. Jenis kelamin perempuan secara bermakna dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih baik dalam menjalankan pengobatan hipertensi (Gohar, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Iloh *et al* (2014) menunjukkan bahwa jenis kelamin memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan terkait modifikasi

gaya hidup pada penderita hipertensi. Responden berjenis kelamin perempuan cenderung lebih patuh dibandingkan responden laki-laki.

2.6.1.3 Etnis atau Suku

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara etnis tertentu dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Ndumele *et al* (2010) menunjukkan bahwa etnis *African American* secara signifikan berhubungan dengan kepatuhan yang rendah dalam mengikuti terapi hipertensi dibandingkan *Non-Hispanic White*. Penelitian yang dilakukan oleh Trivedi *et al* (2008) menunjukkan bahwa ras memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan dalam menjalankan *treatment* hipertensi. Responden berkulit putih memiliki kepatuhan lebih baik dibandingkan responden yang tidak berkulit putih dengan OR=2,381. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Hicks *et al* (2004) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan terhadap rekomendasi JNC dengan etnis/ras, pasien hipertensi berkulit hitam (OR=1,36) atau ras hispanik (OR=1,31) lebih patuh dibandingkan ras berkulit putih.

2.6.1.4 Kepribadian

Penelitian menunjukkan berbagai tipe kepribadian berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Shamsi, Khodaifar, Arzaghi, Sarvghadi, dan Ghazi (2014) menunjukkan bahwa tempramen afektif dan mudah tersinggung merupakan prediktor kepatuhan pengobatan pada pasien penderita diabetes tipe 2. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Axelsson, Brink, Lundgren, dan Lotvall (2011) terkait kepribadian dan kepatuhan pengobatan pada penyakit kronis menunjukkan bahwa kepribadian neurotik berhubungan negatif dengan kepatuhan, sedangkan kepribadian yang ramah dan *consciencetiousness* memiliki hubungan yang signifikan serta positif dengan kepatuhan. Penelitian yang mengkaji tipe kepribadian dengan kepatuhan menunjukkan bahwa kepribadian tipe D lebih mungkin untuk memiliki kepatuhan yang buruk (Wu & Moser, 2014).

2.6.1.5 Sosio-ekonomi

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor sosio-ekonomi mempengaruhi kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) terkait kepatuhan diet pada penderita hipertensi menunjukkan bahwa, responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki proporsi kepatuhan diet yang lebih baik (83,3%) dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan rendah (33,3%). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Santhi (2012) yang menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki proporsi kepatuhan yang lebih baik (82,1%) dibandingkan dengan responden tingkat pendidikan rendah (62,7%).

Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa status bekerja dan tidak bekerja memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pasien hipertensi dalam menjalankan *treatment*. Responden yang bekerja memiliki proporsi kepatuhan terhadap diet lebih rendah (12,4%) dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja (21,6%). Sementara itu, dari segi jenis pekerjaan, responden yang memiliki bisnis pribadi 72% lebih kecil kemungkinannya untuk patuh (OR= 0,28) dibandingkan dengan responden yang bekerja di sektor pemerintahan (Hareri, 2013).

Gottlieb dan Green (1984) menemukan bahwa perilaku kesehatan biasanya dipraktikkan oleh golongan yang lebih kaya (Taylor, 1995, p.77-78). Hal tersebut sejalan dengan sebuah studi yang dilakukan oleh Dijkstra *et al* (2014) terkait kepatuhan terhadap *intake* diet tertentu yang menyatakan bahwa pendapatan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan. Responden yang berpendapatan rendah memiliki kepatuhan yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Armstrong (2010) menunjukkan bahwa responden dengan pendapatan rendah lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap pengobatan hipertensi dengan OR 5,83.

2.6.1.6 Pengetahuan

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan terhadap penyakit berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Nijjar dan Bobby (2001) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok responden yang patuh. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) terkait kepatuhan diet pada penderita hipertensi, menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik memiliki tingkat kepatuhan diet lebih tinggi (83,3%) dibandingkan responden dengan tingkat pengetahuan kurang-cukup (50,0%). Hal berbeda ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011), responden yang memiliki pengetahuan kurang terkait hipertensi memiliki proporsi kepatuhan lebih tinggi (73,3%) dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik (24,4%) dengan OR 8,53.

2.6.2 Persepsi Individu

2.6.2.1 Persepsi mengenai kerentanan dan keparahan penyakit

Persepsi mengenai kerentanan dan keparahan penyakit mempengaruhi kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Lagi *et al* (2006) mengenai kepatuhan terapi pada penderita hipertensi menunjukkan bahwa responden dengan tingkat keparahan penyakit yang lebih tinggi memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan dengan responden dengan tingkat keparahan yang lebih rendah. Secara spesifik, kepatuhan lebih baik pada pasien hipertensi dengan komorbiditas (presentase responden yang patuh sebesar 76%) dibandingkan dengan pasien tanpa komorbiditas (presentase responden yang patuh sebesar 37%). Penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) menunjukkan bahwa persepsi mengenai keseriusan ancaman penyakit memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan. Responden yang mempersepsikan ancaman tidak serius memiliki kepatuhan yang lebih baik (64,1%) dibandingkan responden yang mempersepsikan ancaman serius (38,3%). Penelitian yang dilakukan oleh Joho (2012) menunjukkan bahwa persepsi kerentanan maupun keparahan penyakit berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden yang mempersepsikan tingginya kerentanan serta tingginya keparahan penyakit hipertensi cenderung untuk lebih patuh.

2.6.2.2 Persepsi mengenai manfaat

Persepsi mengenai manfaat yang diperoleh terhadap suatu tindakan mempengaruhi kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Fair *et al* (2012) menunjukkan bahwa kepatuhan yang rendah terdapat pada responden dengan persepsi mengenai risiko penyakit yang tinggi dan persepsi manfaat yang rendah terhadap suatu tindakan kesehatan dan sebaliknya. Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa proporsi kepatuhan lebih tinggi (17,7%) pada responden yang mempersepsikan adanya manfaat kepatuhan dalam menjalankan *treatment* hipertensi dibandingkan dengan responden yang menyatakan tidak adanya manfaat kepatuhan (6,0%). Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Joho (2012) bahwa persepsi manfaat berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden dengan persepsi manfaat tinggi lebih patuh dibandingkan responden dengan persepsi manfaat yang rendah.

2.6.2.3 Persepsi mengenai hambatan

Studi yang dilakukan oleh Abraham *et al* (2015) menunjukkan bahwa persepsi mengenai hambatan yang dirasakan memiliki hubungan yang signifikan dengan kontrol pribadi, kontrol pengobatan, dan faktor lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan adanya hambatan terhadap *treatment* hipertensi cenderung memiliki proporsi kepatuhan yang lebih rendah (12,8%) dibandingkan responden yang menyatakan tidak adanya hambatan (19,2%). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Joho (2012) bahwa responden dengan persepsi hambatan yang rendah lebih patuh dibandingkan responden dengan persepsi hambatan yang tinggi.

2.6.2.4 Persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*)

Persepsi mengenai kemampuan diri menjadi faktor prediktor dari perilaku kesehatan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Whiteley (2006) menunjukkan bahwa *self-efficacy* merupakan faktor prediktor signifikan terhadap kepatuhan. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Mughal dan Torres (1992) menunjukkan bahwa

Universitas Indonesia

responden dengan tingkat persepsi *self-efficacy* tinggi cenderung memiliki kepatuhan diet yang baik dibanding dengan responden yang memiliki tingkat persepsi *self-efficacy* rendah.

2.6.3 Isyarat Bertindak

Berbagai faktor isyarat bertindak berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) terkait kepatuhan diet pada penderita hipertensi, menunjukkan bahwa responden dengan peran keluarga yang baik cenderung lebih patuh terhadap diet yang diberikan (85,7%) dibandingkan dengan responden dengan peran keluarga yang kurang-cukup (47,1%). Penelitian yang dilakukan oleh Elmiani, Sewang, dan Darmawan (2014) juga menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden yang memperoleh dukungan dari keluarga cenderung lebih patuh dalam menjalankan diet hipertensi dibandingkan responden yang tidak memperoleh dukungan.

Penelitian yang dilakukan oleh Goodrich & Williams (1994) dan Ahrari, Moshki & Bahrami (2014) menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan dengan kepatuhan. Sebuah penelitian dalam *Health & Medicine Week* (2014) menyatakan bahwa lebih dari 1 kali perkumpulan sosial dalam seminggu (misalnya arisan), pengaruh *peer group*, tidak ada teman yang menerapkan rekomendasi diet hipertensi, serta kurangnya keyakinan bahwa diet mampu mengontrol tekanan darah, menjadi prediktor signifikan dari ketidakpatuhan ($p < 0,00001$). Penelitian yang dilakukan oleh Khan *et al* (2014) menyatakan bahwa *social gathering* memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan terhadap rekomendasi diet pada penderita hipertensi. Responden yang melakukan *social gathering* > 1 kali per minggu memiliki proporsi kepatuhan diet yang lebih rendah (4,4%) dibandingkan dengan responden yang melakukan *social gathering* ≤ 1 kali per minggu (85,6%).

Dukungan dari tenaga kesehatan juga berperan dalam menentukan kepatuhan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran petugas kesehatan dengan kepatuhan diet responden penderita hipertensi. Pada tingkat peran petugas

kesehatan yang baik, proporsi kepatuhan responden terhadap diet hipertensi sebesar 100%, sedangkan pada tingkat peran petugas kesehatan yang kurang-cukup, proporsi kepatuhan diet responden sebesar 44,4%. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Abel (2011) yang menunjukkan bahwa kepercayaan yang tinggi pada petugas kesehatan memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan.

2.7 Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire (SFFQ)

Terdapat berbagai metode pengkajian asupan makanan pada level individu maupun populasi. Secara prospektif terdapat metode *food records* dan duplikasi diet, sedangkan secara restrospektif terdapat *metode 24-hours recall*, *food frequency questionnaires* (FFQ), dan *biological markers of food intake*. Tidak ada metode yang dapat mengukur asupan makanan secara tepat tanpa error. Setiap metode memiliki kelebihan dan kekurangan, sehingga suatu metode dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan (Brantsæter,-).

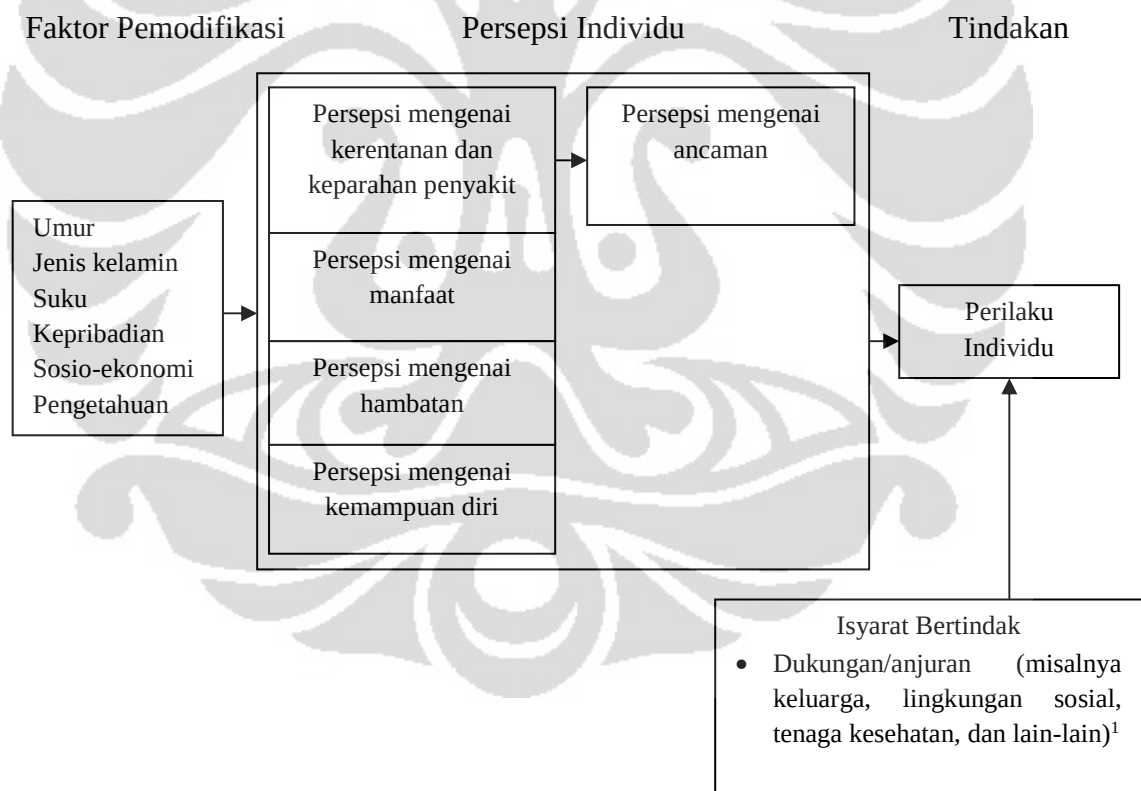
Food frequency questionnaires (FFQ) merupakan salah satu metode pengkajian asupan makanan dengan melihat asupan rata-rata asupan pada jangka waktu tertentu. Periode waktu bervariasi, dalam hari, minggu, bulan, dan 12 bulan. Alternatif jawaban bersikar dari tidak pernah hingga beberapa kali dalam periode waktu tertentu. Metode ini dapat dilengkapi dengan pertanyaan terkait porsi makanan sehingga dapat disebut *semi-quantitative food frequency questionnaires* (SFFQ) (Brantsæter,-).

Menurut Brantsæter, sebagai suatu metode FFQ memiliki kekuatan maupun kelemahan. Kekuatan dari metode ini adalah tepat digunakan pada populasi yang besar, sederhana dan mudah dilakukan, beban pada responden lebih rendah, dapat melihat jenis makanan tertentu yang jarang dikonsumsi. Sedangkan kelemahan dari metode ini adalah terbatas dari segi jenis makanan, estimasi porsi makanan, butuh validasi, tingkat presisi yang rendah pada level individu, tidak dapat melihat variasi makanan harian, serta adanya kemungkinan tidak tepat dalam melaporkan.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa FFQ maupun semi SFFQ dapat digunakan untuk mengkaji asupan makanan pada tingkat individu maupun populasi dengan baik. Penelitian yang dilakukan oleh Streppel, *et al* (2013)

menunjukkan bahwa kemampuan FFQ untuk mengkaji asupan nutrisi individu maupun kelompok makanan tergolong baik serta dapat digunakan untuk mempelajari hubungan antara pola makan dan suatu penyakit. Penelitian yang dilakukan oleh Kroke., *et al* (1999) menunjukkan bahwa penghitungan asupan energi dan pengeluaran energi total menggunakan FFQ berkorelasi signifikan ($r=0,48$). Hal tersebut menunjukkan bahwa validitas FFQ dalam mengkaji asupan pada populasi yang diteliti relatif dapat diterima. Penelitian yang dilakukan oleh Dehghan., *et al* (2012) menunjukkan bahwa SFFQ memiliki validitas dan reproduktifitas moderat pada zat gizi makro maupun mikro sehingga dapat digunakan untuk melihat kebiasaan makan suatu individu.

2.7 Kerangka Teori



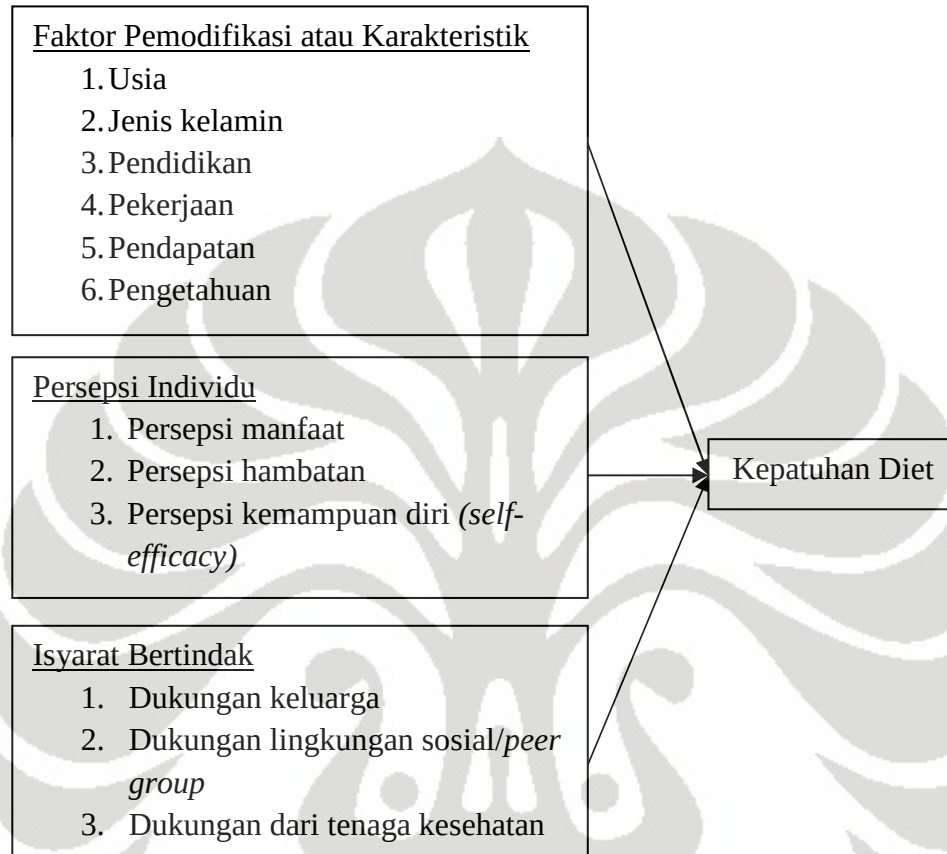
Gambar 2.8 Komponen dan Hubungan antar Komponen dalam Teori *Health Belief Model*

Sumber: Modifikasi Kerangka Teori *Health Belief Model* dalam Glanz K., *et al* (2008) dan Hochbaum, G.M (1958)¹

BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Modifikasi Kerangka Teori *Health Belief Model* dalam Glanz., *et al* (2008) dan Hochbaum, G.M (1958)

Berdasarkan kerangka teori *Health Belief Model* Glanz., *et al* (2008) terdapat beberapa variabel yang tidak diteliti. Variabel pertama adalah suku atau etnis, variabel tersebut tidak diteliti karena populasi studi memiliki sifat yang homogen sehingga tidak akan ada variasi nilai pada variabel tersebut. Variabel kedua adalah *personality* atau kepribadian, variabel ini tidak diteliti karena membutuhkan latar belakang ilmu khusus serta kuesioner khusus yang berada di luar disiplin ilmu peneliti. Variabel ketiga adalah persepsi kerentanan dan keparahan penyakit. Variabel tersebut tidak diteliti karena populasi studi adalah penderita hipertensi, sudah pernah atau sedang mengalami stroke, dan komplikasi. Sedangkan variabel sosio-ekonomi diklasifikasikan menjadi 3 variabel khusus,

yaitu pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Klasifikasi tersebut merujuk kepada definisi status sosio-ekonomi menurut <http://chicagohealth77.org/>, yang menyatakan bahwa status sosio-ekonomi adalah sebuah pengukuran terhadap posisi sosial dan ekonomi seseorang atau keluarga berdasarkan pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan.



3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen: Kepatuhan Diet					
Kepatuhan diet	Ukuran sejauh mana penderita hipertensi menerapkan diet sesuai dengan rekomendasi DASHI (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian</i>)	<i>Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire</i> (SFFQ)	Wawancara	Nilai mean 1. Cukup patuh: Skor kepatuhan diet > nilai mean 2. Kurang patuh: Skor kepatuhan diet $\leq$ nilai mean (Sumber: modifikasi Folsom, AR., Parker, ED., Harnack, LJ., 2007)	Ordinal
Variabel Independen: Faktor Pemodifikasi atau Karakteristik					
Usia	Umur responden sejak dilahirkan hingga ulang tahun terakhir yang dilewati saat penelitian dilakukan, yang dikonfirmasi melalui Kartu Tanda Penduduk (KTP)	Kuesioner (pertanyaan IR3)	Wawancara	1. Dewasa akhir: 56-65 tahun 2. Dewasa madya: 36-55 tahun 3. Dewasa awal: 21-35 tahun (Sumber: modifikasi Sumarno <i>et al.</i> , 2011)	Ordinal

Universitas Indonesia

Jenis kelamin	Status biologis seseorang yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesioner (pertanyaan IR4)	Wawancara	1. Laki-Laki 2. Perempuan	Nominal
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang berhasil dilewati responden dengan memperoleh ijazah resmi	Kuesioner (pertanyaan IR8)	Wawancara	1. Tinggi: $\geq$ SMA/ sederajat 2. Rendah: $<$ SMA/ sederajat (Sumber: Santhi, 2012)	Ordinal
Pendapatan	Total jumlah uang yang diperoleh per bulan bagi setiap anggota keluarga yang bekerja	Kuesioner (pertanyaan IR9)	Wawancara	1. Di atas upah minimum regional (UMR): $>$ Rp. 2.590.000,- 2. Di bawah upah minimum regional (UMR): $\leq$ Rp 2.590.000,- (Keputusan Gubernur Jawa Barat No.561/Kep. 1581-Bangsos/2014)	Ordinal
Pekerjaan	Profesi yang ditekuni seseorang sebagai mata pencaharian utama untuk memperoleh penghasilan	Kuesioner (pertanyaan IR7)	Wawancara	1. Bekerja 2. Tidak bekerja (Sumber: Novian, 2013)	Nominal

Pengetahuan	Wawasan responden terkait hipertensi (definisi, gejala, faktor risiko, komplikasi, dan hal-hal terkait lainnya)	Kuesioner (A1-A10)	Wawancara	Kategori pengetahuan sebagai berikut: 1. Pengetahuan baik: skor pengetahuan > 80% 2. Pengetahuan cukup: skor pengetahuan 60-80% 3. Pengetahuan kurang: skor pengetahuan < 60% (Sumber: Khomsan., <i>et al</i> , 2004)	Ordinal
Variabel Independen: Persepsi					
Persepsi manfaat	- Persepsi orang yang sedang mengalami penyakit mengenai manfaat dari berbagai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi ancaman penyakit tersebut (Glanz <i>et al</i>, 2008) - Persepsi responden mengenai manfaat dari berbagai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari penyakit hipertensi.	Kuesioner (pertanyaan J1-J5)	Wawancara	Nilai mean 1. Bermanfaat: skor persepsi manfaat > nilai mean 2. Kurang bermanfaat: skor persepsi manfaat $\leq$ nilai mean (Sumber: Santhi, 2012 dan modifikasi Suhadi, 2011)	Ordinal

Persepsi hambatan	- Persepsi mengenai aspek potensial negatif yang dapat menjadi penghambat terciptanya berbagai tindakan sehat (Glanz et al, 2008) - Persepsi mengenai aspek potensial negatif yang dapat menjadi penghambat responden dalam melakukan berbagai tindakan untuk mencegah atau mengurangi dampak hipertensi yang diderita.	Kuesioner (pertanyaan K1-K5)	Wawancara	Nilai mean 1. Tidak ada hambatan: skor persepsi hambatan > nilai mean 2. Ada hambatan: skor persepsi hambatan $\leq$ nilai mean (Sumber: Santhi, 2012 dan modifikasi Suhadi, 2011)	Ordinal
-------------------	--	------------------------------	-----------	---	---------

Persepsi kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>)	- Persepsi seseorang terkait kemampuan dirinya dalam melaksanakan suatu perilaku untuk memperoleh <i>outcome</i> yang diinginkan (Bandura, 1997; Glanz et al, 2008) - Persepsi responden terkait kemampuan dirinya dalam melaksanakan berbagai perilaku untuk mencegah atau mengurangi dampak hipertensi yang diderita.	Kuesioner (pertanyaan LI-L4)	Wawancara	Nilai mean 1. Yakin dengan kemampuan diri: skor persepsi kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>) > nilai mean 2. Kurang yakin dengan kemampuan diri: skor persepsi kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>) ≤ nilai mean (Sumber: Santhi, 2012 dan modifikasi Suhadi, 2011)	Ordinal
Variabel Independen: Isyarat Bertindak					
Dukungan keluarga	Segala bentuk upaya yang dilakukan anggota keluarga dalam menunjang kepatuhan responden	Kuesioner (pertanyaan M1L1A-Ma9)	Wawancara	Nilai mean 1. Kuat: skor dukungan keluarga > nilai mean 2. Lemah : skor dukungan keluarga ≤ nilai mean (Sumber: Suhadi, 2011)	Ordinal

Dukungan lingkungan sosial/ <i>peer group</i>	Segala bentuk upaya yang dilakukan oleh lingkungan sosial/ <i>peer group</i> dalam menunjang kepatuhan responden	Kuesioner (pertanyaan M1L1B-Mb9)	Wawancara	Nilai mean 1. Kuat: skor dukungan lingkungan sosial dan <i>peer group</i> > nilai mean 2. Lemah: skor dukungan lingkungan sosial dan <i>peer group</i> ≤ nilai mean (Sumber: Suhadi, 2011)	Ordinal
Dukungan tenaga kesehatan	Segala bentuk upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam menunjang kepatuhan responden	Kuesioner (pertanyaan M1L1C-Mc9)	Wawancara	Nilai mean 1. Kuat : skor dukungan dari tenaga kesehatan > nilai mean 2. Lemah: skor dukungan dari tenaga kesehatan ≤ nilai mean (Sumber: modifikasi Suhadi, 2011)	Ordinal

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara usia dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
3. Ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
4. Ada hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
5. Ada hubungan antara pendapatan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
6. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
7. Ada hubungan antara persepsi manfaat dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
8. Ada hubungan antara persepsi hambatan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
9. Ada hubungan antara persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
10. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.

11. Ada hubungan antara dukungan lingkungan sosial/*peer group* dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.
12. Ada hubungan antara dukungan dari tenaga kesehatan dengan kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede tahun 2015.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan salah satu dari penelitian “payung” yang bertemakan penyakit tidak menular (PTM) yang terdiri dari hipertensi, obesitas, dan diabetes mellitus. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional* dimana seluruh variabel diteliti dalam waktu bersamaan (*point time approach*) dengan memanfaatkan data primer. Variabel dependen merupakan kepatuhan diet berdasarkan DASHI pada penderita hipertensi, sedangkan variabel independen terdiri dari: faktor pemodifikasi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan), persepsi individu (persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan persepsi kemampuan diri/*self-efficacy*), dan isyarat bertindak (dukungan keluarga, dukungan lingkungan sosial/*peer group*, dan dukungan dari tenaga kesehatan).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Bojonggede, Kabupaten Bogor pada minggu 1-3 Bulan April tahun 2015.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi (laki-laki maupun perempuan) usia 30-65 tahun yang berada di wilayah kerja UPF Puskesmas Bojonggede, Kabupaten Bogor. Populasi studi dalam penelitian ini adalah 215 orang penderita hipertensi yang berobat dan kontrol setiap bulan ke Puskesmas Bojonggede, hal ini dilakukan untuk memperoleh sampel penelitian yang benar-benar penderita hipertensi. Berdasarkan populasi target dan populasi studi tersebut, yang merupakan sampel penelitian (*eligible subject*) adalah penderita hipertensi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

o Kriteria Inklusi

Seluruh penderita hipertensi dengan rentang usia 30-65 tahun yang melakukan pengobatan atau kontrol setiap bulan di Puskesmas

Bojonggede serta hadir dan bersedia diwawancarai saat penelitian berlangsung.

o Kriteria Eksklusi

Target adalah penderita hipertensi wanita yang sedang hamil dan/atau menyusui.

4.3.2 Sampel

Pengambilan sampel menggunakan metode *non-random sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Metode ini dipilih karena populasi studi memiliki kriteria yang spesifik sesuai dengan kriteria inklusi yang telah dipaparkan. Diketahui bahwa populasi adalah penderita hipertensi, serta telah ada 215 daftar nama penderita hipertensi yang rutin kontrol dan cek tekanan darah setiap bulannya di Puskesmas Bojonggede. Selain itu, berdasarkan survey awalan telah diketahui bahwa prevalensi penderita hipertensi yang patuh terhadap rekomendasi diet sebesar 40%.

Pemilihan sampel ditentukan berdasarkan *eligible subject* yang memenuhi kriteria inklusi. Penentuan jumlah sampel yang diteliti dihitung berdasarkan jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi (Ariawan, 1998), dengan rumus sebagai berikut:

Persamaan 4.1 Rumus Uji Proporsi Hipotesis Beda Dua Proporsi

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad (4.1)$$

Keterangan :

n = besar sampel

$z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z dari derajat kemaknaan (CI) sebesar 95% ($\alpha=0,05$) yaitu 1,96

$z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji (*power*) $1-\beta = 95\%$

P_1 = proporsi responden dengan pengetahuan baik yang patuh terhadap diet hipertensi (83,3%)

P_2 = proporsi responden dengan pengetahuan kurang-cukup yang patuh terhadap diet hipertensi (50,0%)

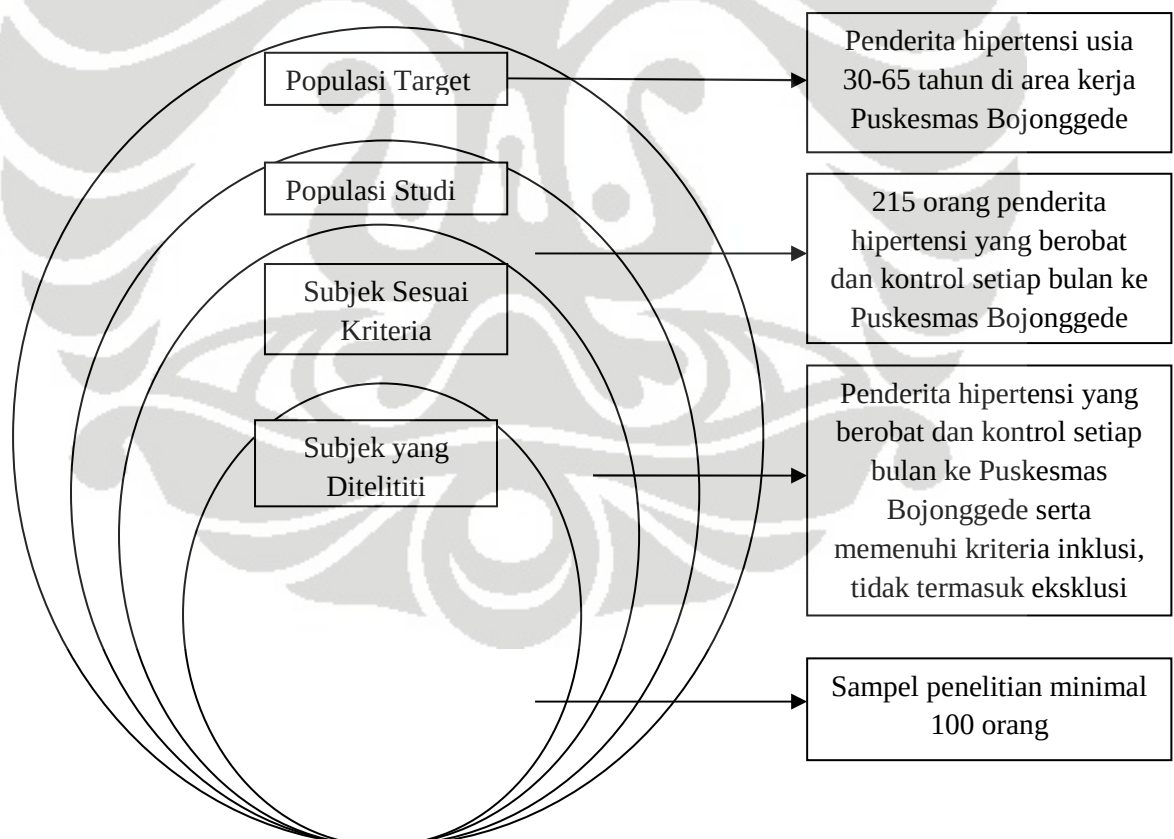
$P = (P_1 + P_2)/2$

Berdasarkan rumus penentuan besar sampel tersebut, diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 100orang (merupakan hasil perhitungan sampel terbesar dan dikalikan 2).

Tabel 4.1 GambaranReferensi Proporsi Kepatuhan Diet berdasarkan Beberapa Paparan Faktor Risiko

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	P1	P2	Besar Sampel	Sumber
1.	Pengetahuan	Kepatuhan Diet	83,3%	50,0%	50 orang	Novian, 2013
2.	Dukungan keluarga		85,7%	47,1%	30 orang	Novian, 2013
3.	Dukungan dari tenaga kesehatan		100%	44,4%	34 orang	Novian, 2013

Berikut proses pengambilan sampel penelitian:



Gambar 4.1 Metode Pengambilan Sampel Penelitian

Universitas Indonesia

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh 7 enumerator yaitu mahasiswa Program Studi Gizi FKM UI angkatan 2011 yang telah melalui proses pelatihan dan pemaparan tata cara proses pengambilan data dan wawancara untuk menyamakan persepsi.

4.4.2 Sumber Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini bersumber dari data primer. Peneliti dibantu oleh beberapa orang melakukan wawancara secara langsung dan pengisian kuesioner untuk masing-masing sampel terpilih. Semua data untuk variabel yang diteliti diperoleh langsung dari hasil kuesioner.

4.4.3 Cara Pengumpulan Data

Data primer terkait faktor pemodifikasi, persepsi, isyarat bertindak, dan kepatuhan diet responden diperoleh secara langsung. Peneliti dan enumerator mewawancarai responden sesuai kuesioner lalu jawaban yang diperoleh dicantumkan langsung oleh peneliti/enumerator di lembar kuesioner.

4.4.4 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan untuk penelitian ini adalah kuesioner. Semua data pada variabel dependen maupun independen diperoleh melalui kuesioner. Faktor pemodifikasi atau karakteristik terkait usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan terdapat dalam kuesioner poin IR. Sedangkan untuk pengetahuan, terdapat pada Poin A yang terdiri dari 10 pertanyaan. Persepsi terdiri dari persepsi manfaat, hambatan, dan kemampuan diri/*self-efficacy* yang terdapat pada kuesioner poin J, K, dan L. Sedangkan isyarat bertindak terdiri dari dukungan keluarga, dukungan lingkungan sosial/*peer group*, dan dukungan dari tenaga kesehatan. Pernyataan terkait isyarat bertindak terdapat dalam kuesioner poin M. Pertanyaan dan pernyataan dalam kuesioner telah melalui uji coba terhadap 20 orang dengan ciri dan karakteristik yang sama dengan populasi penelitian sehingga terpilih sejumlah pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini.

Untuk menilai kepatuhan diet responden, instrumen yang digunakan berupa *Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire* (terlampir). Instrumen ini digunakan untuk memperoleh gambaran konsumsi maupun porsi asupan responden. Gambaran asupan kemudian digunakan untuk menilai kepatuhan diet responden yang dianalisis berdasarkan DASHI (*Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian*) yang merujuk pada penelitian Harahap (2009). DASHI digunakan karena merupakan metode yang paling tepat untuk menilai kepatuhan karena dibuat berdasarkan pola makan orang Indonesia pada umumnya. Berikut berbagai kelompok bahan makanan beserta porsinya yang direkomendasikan bagi penderita hipertensi berdasarkan DASHI:

Tabel 4.2 Diet DASHI

Makanan	Rekomendasi DASHI
Sumber karbohidrat	2-8 porsi/hari
Sayur	3-4 porsi/hari
Buah	5-6 porsi/hari
Lauk	2-3 porsi/hari
Berminyak	2-3 porsi/hari
Kacang-kacangan	4-5 porsi/minggu
Susu rendah lemak	1 porsi
Gula	-
Konsumsi garam	3,5 gram/hari

Sumber: Harahap, 2009

Besar porsi berdasarkan Daftar Bahan Makanan Penukar (DBMP) tahun 2010 dalam Almtsier (2010)

Untuk menilai kepatuhan diet, kemudian ditetapkan skoring untuk masing-masing kelompok bahan makanan yang merujuk pada Folsom, AR., Parker, ED., dan Harnack, LJ (2007), yaitu:

- Skor penuh “1”, diberikan kepada mereka yang mengkonsumsi bahan makanan tertentu $\geq$ jumlah porsi yang dianjurkan. Yaitu untuk bahan makanan sebagai berikut: mengkonsumsi biji-bijian beserta produknya $\geq$ 7 kali sehari, sayur dan buah $\geq$ 4 porsi sehari, susu dan produk susu $\geq$ 2 porsi sehari, serta kacang-kacangan dan biji-bijian $\geq$ 4 porsi sehari.

- Skor parsial “0,5”, diberikan kepada mereka yang mengkonsumsi bahan makanan (seperti yang telah disebutkan pada poin sebelumnya) mendekati tingkat yang direkomendasikan namun lebih rendah. Misalnya: mengkonsumsi sayuran 2-3 porsi sehari.
- Skor nol “0”, diberikan kepada mereka yang mengkonsumsi bahan makanan (seperti yang telah disebutkan pada poin sebelumnya) jauh atau sangat kurang dari jumlah yang dianjurkan. Misalnya: mengkonsumsi sayur ≤ 1 porsi sehari.
- Sebaliknya, poin berkebalikan diberikan untuk jenis makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi dalam jumlah yang sedikit atau harus dibatasi. Yaitu bahan makanan sebagai berikut: lauk-pauk (daging, unggas, dan ikan), minyak, makanan atau minuman manis (gula), dan konsumsi garam.

Tabel berikut memaparkan skoring untuk masing-masing kelompok bahan makanan pada DASHI yang diadaptasi dari skoring DASH dalam Folsom, AR., Parker, ED., dan Harnack, LJ (2007):

Tabel 4.3 Skoring Masing-Masing Kelompok Bahan Makanan berdasarkan DASHI

No	Kategori Bahan Makanan	Score
1	Karbohidrat (Porsi/hari)	
	$\geq 2-8$	1
	1	0,5
	0 atau ≥ 9	0
2	Sayur-sayuran (Porsi/hari)	
	≥ 3	1
	1-2	0,5
	0	0
3	Buah-buahan (Porsi/hari)	
	≥ 5	1
	3-4	0,5
	≤ 2	0
4	Laik-pauk (Porsi/hari)	
	≤ 2	1
	3	0,5
	≥ 4	0

Tabel 4.3 (Sambungan)

5	Minyak (Porsi/hari)	
	≤ 2	1
	3	0,5
	≥ 4	0
6	Kacang-kacangan (Porsi/minggu)	
	≥ 4	1
	2-3	0,5
	< 2	0
7	Susu rendah lemak (Porsi/hari) 1	
	≥ 1	1
	0	0
8	Makanan yang manis (Porsi/hari)	
	≤ 5	1
	6-7	0,5
	≥ 8	0
9	Konsumsi natrium (mg/hari)	
	≤ 1500	1
	1501-2400	0,5
	> 2401	0

Sumber: Adaptasi skoring DASH dari penelitian Folsom, AR., Parker, ED., dan Harnack, LJ (2007)

4.4.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi tahap persiapan dan pelaksanaan penelitian.

4.4.5.1 Tahap Persiapan Penelitian

- o Pelaksanaan survey terkait kepatuhan diet penderita hipertensi untuk mengetahui proporsi penderita hipertensi yang patuh dan tidak patuh dalam menerapkan rekomendasi diet.
- o Pengajuan surat permohonan izin melaksanakan penelitian di Puskesmas Bojonggede.
- o Peneliti meminta izin untuk memperoleh informasi terkait masalah hipertensi kepada petugas puskesmas serta rekomendasi untuk sampel penelitian.
- o Pembuatan kuesioner yang mencakup semua variabel dependen maupun independen.
- o Pelaksanaan uji coba kuesioner penelitian guna mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner.

- o Revisi kuesioner jika terdapat pertanyaan yang tidak valid dan reliabel.
- o Pelatihan pengambilan data bagi peneliti dan enumerator yaitumahasiswa Program Studi Gizi FKM UI angkatan 2011 yang bersedia membantu proses pengambilan data. Pelatihan berupa proses *briefing*, pemaparan terkait konten kuesioner, tanya jawab, dan *role play* yang bertujuan untuk menyamakan persepsi.

4.4.5.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

- o Peneliti mempersiapkan kuesioner dan alat tulis untuk masing-masing enumerator.
- o Peneliti dan enumerator memohon kesediaan waktu responden yang telah terpilih untuk melaksanakan wawancara dan mengisi kuesioner.
- o Pelaksanaan wawancara dan pengisian kuesioner.
- o Pengecekan ulang kelengkapan data yang didapat guna menghindari kemungkinan kurangnya data saat pengolahan.
- o Menyampaikan ucapan terima kasih kepada responden.

4.5 Manajemen Data

4.5.1 Penyuntingan Data (*Data Editing*)

Pada tahap ini, dilakukan pengecekan kelengkapan data berupa hasil kuesioner untuk meminimalisir data yang tidak lengkap. Penyuntingan data dilakukan segera setelah responden selesai diwawancara. Jika ditemukan data yang kurang, maka peneliti segera menghampiri responden dan menanyakan kembali terkait data yang tidak lengkap tersebut. Hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya *drop out* yang mengakibatkan berkurangnya jumlah sampel penelitian.

4.5.2 Pengkodean Data (*Data Coding*)

Pada tahap ini, setiap pertanyaan dan pernyataan akan diberikan kode untuk masing-masing jawabannya yang bertujuan untuk memudahkan pada tahap pemasukan dan analisis data. Setiap variabel yang diteliti memiliki kode masing-masing, sebagai berikut:

Universitas Indonesia

4.5.2.1 Kepatuhan Diet

Kepatuhan diet responden dianalisis dari data *Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire* (SFFQ). Gambaran asupan responden yang diperoleh dari SFFQ tersebut dianalisis berdasarkan kriteria DASHI sehingga diperoleh gambaran kepatuhan diet responden. Kemudian ditetapkan skoring untuk masing-masing kelompok bahan makanan. Sedangkan kepatuhan diet dikelompokkan menjadi “cukup patuh” dengan kode 1 dan “kurang patuh” dengan kode 2 yang dilihat berdasarkan nilai mean.

4.5.2.2 Faktor Pemodifikasi

o Usia

Pertanyaan terkait usia terdapat pada kuesioner poin IR3, jawaban dinyatakan dalam tahun dengan pembulatan berdasarkan ulang tahun terakhir yang dilewati. Kode yang diberikan adalah 1 untuk usia “Dewasa akhir: 55-65 tahun”, 2 untuk usia “Dewasa Madya: 35-55 tahun”, dan 3 untuk usia “Dewasa awal: 21-35 tahun”.

o Jenis Kelamin

Pertanyaan terkait jenis kelamin terdapat pada kuesioner IR4. Pada variabel ini, kode yang diberikan adalah 1 untuk “laki-laki” dan 2 untuk “perempuan”.

o Pendidikan

Pertanyaan terkait pendidikan terdapat pada kuesioner poin IR8. Pada variabel ini, kode yang diberikan adalah 1 “Tidak tamat SD”, 2 “SD”, 3 “SMP”, 4 “SMA”, 5 “D1/D2/D3”, 6 “S1”, 7 “S2/S3”. Kemudian dilakukan pengkategorian ulang dengan kode 1 pendidikan “Tinggi” $\geq$ SMA/ sederajat dan 2 “Rendah” untuk pendidikan $<$ SMA/ sederajat (Santhi, 2012).

o Pendapatan

Pertanyaan terkait pendapatan terdapat pada kuesioner IR9. Pada variabel ini, kode yang diberikan adalah 1 “pendapatan di atas UMR: $>$ Rp. 2.590.000,-” dan 2 “pendapatan dibawah UMR: $\leq$ Rp. 2.590.000,-”.

Universitas Indonesia

o Pekerjaan

Pertanyaan terkait pekerjaan terdapat pada kuesioner IR7. Jawaban dinyatakan dalam label atau nama pekerjaan/profesi tertentu dengan kode sebagai berikut: 1 “PNS/TNI/POLRI”, 2 “Petani”, 3 “Pegawai Swasta”, 4 “Guru”, 5 “Wirausaha”, 6 “Guru”, 7 “Ibu Rumah Tangga”, 8 “Pensiunan”, 9 “Belum/Tidak Bekerja”, dan 10 “Lain-Lain (Sebutkan)”. Kemudian dilakukan pengkategorian ulang, yaitu 1 “bekerja” dan 2 “tidak bekerja”

o Pengetahuan

Pertanyaan terkait pengetahuan terdapat pada kuesioner poin A dengan jumlah 10 pertanyaan. Kode sekaligus skor yang diberikan adalah 1 untuk jawaban “benar” dan 0 untuk jawaban “salah”. Kecuali pada pertanyaan nomor 1, 1 untuk jawaban “salah” dan 0 untuk jawaban “benar”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor pengetahuan responden. Kemudian pengetahuan dikategorikan menjadi:

- 1) Pengetahuan baik : skor pengetahuan $> 80\%$
- 2) Pengetahuan sedang : skor 60-80%
- 3) Pengetahuan kurang : skor pengetahuan $< 60\%$

(Sumber: Khomsan, 2000)

4.5.2.3 Faktor Persepsi

o Persepsi Manfaat

Pernyataan terkait persepsi mengenai manfaat terdapat pada kuesioner poin J (J1-J5). Kode sekaligus skor yang diberikan adalah 1 untuk jawaban “setuju” dan 0 untuk jawaban “tidak setuju”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor persepsi mengenai manfaat. Kemudian persepsi mengenai manfaat dikategorikan menjadi:

- 1) Bermanfaat : skor persepsi manfaat $>$ nilai mean
- 2) Kurang bermanfaat : skor persepsi manfaat $\leq$ nilai mean

(Sumber: modifikasi Suhadi, 2011)

o Persepsi Hambatan

Universitas Indonesia

Pernyataan terkait persepsi mengenai hambatan terdapat pada kuesioner poin K (K1-K5). Kode sekaligus skor yang diberikan adalah 1 untuk jawaban “tidak setuju” dan 0 untuk jawaban “setuju”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor persepsi mengenai hambatan. Kemudian persepsi mengenai hambatan dikategorikan menjadi:

- 1) Tidak ada hambatan: skor persepsi hambatan $\geq$ nilai mean
- 2) Ada hambatan: skor persepsi hambatan $<$ nilai mean

(Sumber: modifikasi Suhadi, 2011)

o Persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*)

Pernyataan terkait persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) terdapat pada kuesioner poin L (L1-L4). Kode sekaligus skor yang diberikan adalah 1 untuk jawaban “setuju” dan 0 untuk jawaban “tidak setuju”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*). Kemudian persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) dikategorikan menjadi:

- 1) Yakin dengan kemampuan diri: skor persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) $\geq$ nilai mean
- 2) Kurang yakin dengan kemampuan diri: skor persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) $<$ nilai mean

(Sumber: modifikasi Suhadi, 2011)

4.5.2.4 Isyarat Bertindak

o Dukungan Keluarga

Pertanyaan dan pernyataan terkait dukungan keluarga terdapat dalam kuesioner Myaitu M1 poin L1A dan M2-M9

- a. Pertanyaan M1, poin L1A: terkait apakah anggota keluarga memberikan dorongan dan motivasi bagi responden untuk menjalani gaya hidup sehat dalam menerapkan diet dan minum obat. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pertanyaan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”.

b. Pernyataan M2-M9: pernyataan terkait berbagai bentuk motivasi/dorongan yang diberikan anggota keluarga kepada responden. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pernyataan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Semua kode/skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor dukungan keluarga terhadap responden. Kemudian dukungan keluarga dikategorikan menjadi:

- 1) Kuat : skor dukungan keluarga > nilai mean
- 2) Lemah : skor dukungan keluarga $\leq$ nilai mean

(Sumber: Suhadi, 2011)

o Dukungan lingkungan sosial/*peer group*

Pertanyaan dan pernyataan terkait dukungan lingkungan sosial dan *peer group* terdapat dalam kuesioner M yaitu M1 poin L1B dan M2-M9.

a. Pertanyaan L1B: terkait apakah lingkungan sosial dan *peer group* memberikan dorongan dan motivasi bagi responden untuk menjalani gaya hidup sehat dalam menerapkan diet dan minum obat. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pertanyaan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”.

b. Pernyataan M2-M9: pernyataan terkait berbagai bentuk motivasi/dorongan yang diberikan oleh lingkungan sosial dan *peer group* kepada responden. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pernyataan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor dukungan lingkungan sosial dan *peer group* terhadap responden. Kemudian dukungan lingkungan sosial dan *peer group* dikategorikan menjadi:

- 1) Kuat : skor dukungan lingkungan sosial dan *peer group* > nilai mean

Universitas Indonesia

- 2) Lemah : skor dukungan lingkungan sosial dan *peer group* $\leq$ nilai mean

(Sumber: Suhadi, 2011)

o Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Pertanyaan dan pernyataan terkait dukungan dari tenaga kesehatan terdapat dalam kuesioner M yaitu M1 poin L1C dan M2-M9.

- a. Pertanyaan L1C: terkait apakah tenaga kesehatan memberikan dukungan dan motivasi bagi responden untuk menjalani gaya hidup sehat dalam menerapkan diet dan minum obat. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pertanyaan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”.
- b. Pernyataan M2-M9: pernyataan terkait berbagai bentuk motivasi/dorongan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada responden. Kode sekaligus skor yang diberikan untuk pernyataan ini adalah 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Semua skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai skor dukungan dari tenaga kesehatan terhadap responden. Kemudian dukungan dari tenaga kesehatan diklasifikasikan menjadi:
 - 1) Kuat : skor dorongan dari tenaga kesehatan $>$ nilai mean
 - 2) Lemah : skor dorongan dari tenaga kesehatan $\leq$ nilai mean

(Sumber: modifikasi Suhadi, 2011)

4.5.3 Pemasukan Data (*Data Entry*)

Merupakan proses pemasukan hasil kuesioner untuk setiap responden sesuai kode yang telah dibuat ke dalam *software* pengolah data yang sebelumnya sudah dibuat templet entri data.

4.5.4 Pembersihan Data (*Data Cleaning*)

Proses ini dilakukan untuk mengecek kembali kelengkapan data untuk setiap kuesioner yang telah di entri. Selain itu, bertujuan untuk memastikan kode yang dimasukan sesuai dengan jawaban responden. Pembersihan data juga

bertujuan untuk menyisihkan data yang bersifat *outlier* yang dapat mengganggu distribusi normal data.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel dependen maupun independen. Variabel dengan data numerik menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, nilai maksimal dan minimal. Variabel dengan data kategorik dijelaskan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase atau proporsi. Analisis dilakukan dengan *software* pengolah data. Berdasarkan hasil analisis univariat, maka akan diperoleh gambaran terkait:

- o Usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan pengetahuan responden.
- o Persepsi terkait manfaat dan hambatan yang dirasakan, serta kemampuan diri (*self-efficacy*) dalam pelaksanaan diet hipertensi.
- o Isyarat bertindak yang terdiri dari dukungan keluarga, lingkungan sosial dan *peer group*, dan tenaga kesehatan yang mempengaruhi kepatuhan diet responden.
- o Kepatuhan responden dalam menjalankan diet hipertensi.

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Karena masing-masing variabel independen dan variabel dependen bersifat kategorik, maka digunakan uji tabulasi silang/*Cross Tab* (Uji *Chi-Square*). Hubungan antar variabel tersebut dilihat berdasarkan nilai *p-value* dengan derajat kemaknaan 95% atau (α) sebesar 0,05. Jika *p-value* < 0,05 maka dinyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen.

Persamaan 4.2 Rumus Uji *Chi Square*

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E} \quad (4.2)$$

Keterangan:

X^2 = Nilai *Chi Square*

O = Nilai observasi

E = Nilai ekspektasi (harapan)

Setelah dilakukan uji *Chi Square*, selanjutnya dilakukan analisis keeratan hubungan antara dua variabel dengan melihat nilai OR (*odds ratio*). Adapun interpretasi dari nilai OR menurut Chandra (2009) adalah sebagai berikut:

- o OR =1, diperkirakan tidak ada asosiasi antara faktor risiko dan variabel dependen.
- o OR >1, diperkirakan terdapat asosiasi positif antara faktor risiko dan variabel dependen.
- o OR < 1, diperkirakan terdapat asosiasi negatif antara faktor risiko dan variabel dependen.

BAB 5

Hasil Penelitian

5.1 Gambaran Umum Unit Pelayanan Fungsional (UPF) Puskesmas Bojonggede

UPF Puskesmas Bojonggede secara administratif berada di wilayah desa Bojongbaru Kecamatan Bojonggede, Kabupaten Bogor dengan luas wilayah kerja 1169,8 hektar. Di sebelah utara berbatasan dengan Desa Citaya, sebelah selatan dengan Desa Kd.Waringin, sebelah timur dengan Desa Sukahati dan Cibinong, serta di sebelah barat dengan Desa Sukmajaya. Letak Puskesmas Bojonggede sangat strategis, mudah dijangkau dari arah manapun dengan berjalan kaki, kendaraan roda dua serta roda empat. Lokasi Puskesmas dekat dengan pusat kegiatan publik, seperti perumahan, pasar, sekolah, serta stasiun kereta sehingga menjamin keterjangkauan akses bagi masyarakat sekitar.

Jumlah penduduk yang berada di wilayah kerja UPF Puskesmas Bojonggede di tahun 2013 sebanyak 154.077 jiwa dengan penduduk laki-laki sebanyak 77.649 serta perempuan sebanyak 76.428 jiwa. Sebagian besar penduduk bekerja di sektor swasta sebagai pegawai swasta, berwirausaha, bertani, dan lain-lain, tetapi masih banyak yang belum atau tidak bekerja. Dari segi tingkat pendidikan, sebagian besar penduduk berlatarbelakang pendidikan SMA/ sederajat, namun masih banyak yang tamatan SD/SLTP atau tidak tamat SD/ sederajat.

UPF Puskesmas Bojonggede memiliki berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan umum (poli umum), pelayanan kesehatan gigi (poli gigi), poli kebidanan (KIA/KB), klinik gizi, klinik sanitasi, pelayanan lanjut usia, pelayanan kesehatan reproduksi remaja (PKPR), perkesmas, pelayanan kesehatan dasar berbasis jaminan (seperti askes, jamkesda, jamkesmas, dan lain-lain). Berdasarkan data kunjungan pasien yang melakukan pengobatan dan perawatan di Puskesmas Bojonggede diperoleh data sepuluh besar penyakit yang terdapat di masyarakat usia >45 tahun yang berada di bawah UPF Puskesmas Bojonggede, seperti yang tercantum pada tabel berikut:

Tabel 5.1 10 Besar Penyakit Masyarakat usia > 45 tahun di UPF Puskesmas Bojonggede pada tahun 2013

No	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	Penyakit infeksi saluran pernafasan akut tidak spesifik	3.073	14,99
2.	Hipertensi primer (esensial)	2.581	12,74
3.	Dispepsia	1.465	7,23
4.	Myalgia	1.414	6,9
5.	Gastroduodenitis tidak spesifik	1.222	6,03
6.	Penyakit gusi, jaringan periodontal dan tulang alveolar	1.171	5,78
7.	Migren dan sindrom nyeri kepala lainnya	956	4,72
8.	Dermatitis lain, tidak spesifik (eksema)	825	4,07
9.	Diabetes mellitus tidak spesifik Myalgia	654	3,23
10.	Faringitis akut	595	2,94
11.	Lain-lain	6.346	31,31
Jumlah		20266	100,00

Berdasarkan informasi dari pihak puskesmas Bojonggede, diketahui bahwa belum ada program khusus terkait penatalaksanaan penyakit hipertensi. Namun, setiap pasien hipertensi yang datang berkunjung, diberikan konseling terkait diet oleh perawat. Konseling tidak dilakukan di ruang khusus konsultasi gizi. Konseling mencakup hal-hal terkait makanan yang dianjurkan dan dihindari bagi penderita hipertensi serta perubahan gaya hidup lainnya, namun tidak dijelaskan secara spesifik. Pada kunjungan berikutnya, tenaga kesehatan menanyakan dan mengkonfirmasi terkait perubahan gaya hidup yang dianjurkan serta apakah telah terjadi perubahan pola makan sesuai saran yang diberikan.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin memotret kepatuhan diet pasien jika dibandingkan dengan rekomendasi DASHI meskipun tidak melakukan intervensi. Pola makan penderita hipertensi akan dilihat kesesuaiannya dengan rekomendasi DASHI, kemudian dibuat suatu kategori kepatuhan yaitu cukup patuh dan kurang patuh. Dengan demikian, peneliti dapat memberikan saran kepada pihak puskesmas agar membuat program yang menitikberatkan pada rekomendasi diet tertentu. Untuk selanjutnya, pihak puskesmas dapat

Universitas Indonesia

menggunakan rekomendasi diet tersebut dalam mengevaluasi terkait pola makan pada penderita hipertensi.

5.2 Subjek Aktual Penelitian

Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 100 orang. Selama penelitian berlangsung, didapatkan sebanyak 114 responden. Namun, sebanyak 9 orang responden mengalami *drop out*, sehingga terdapat 105 orang responden yang dianalisis datanya. Sampel yang di *drop out* karena berada di luar rentang usia 30-65 tahun serta tidak menyelesaikan rangkaian penelitian dengan sejumlah alasan. Oleh karena itu, jumlah responden aktual adalah sebanyak 105 orang dan seluruhnya telah memenuhi syarat yang dibutuhkan untuk menjadi responden penelitian.

5.3 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini dilakukan untuk memaparkan distribusi variabel dependen maupun independen yang diteliti, berupa kepatuhan diet, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, pengetahuan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, persepsi kemampuan diri/*self-efficacy*, dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, serta dukungan tenaga kesehatan.

Jenis data yang dikumpulkan berupa data numerik dan kategorik. Data kategorik terdiri jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan pendapatan. Data kategorik diolah untuk memperoleh gambaran proporsi pada masing-masing variabel yang dikategorikan. Data numerik terdiri dari kepatuhan diet, usia, pengetahuan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, persepsi kemampuan diri/*self-efficacy*, dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, dan dukungan tenaga kesehatan. Data numerik diolah untuk mengetahui nilai minimum, maksimum, mean, median, serta standar deviasi.

Pada data numerik dilakukan uji normalitas menggunakan uji *skewness*. Uji normalitas ini bertujuan untuk menentukan apakah dalam analisis menggunakan nilai mean atau median. Berdasarkan uji tersebut diperoleh hasil bahwa semua variabel numerik memiliki distribusi data normal. Oleh karena itu,

peneliti menetapkan penggunaan nilai mean untuk menganalisis beberapa variabel dalam penelitian.

5.3.1 Gambaran Kepatuhan diet

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kepatuhan diet pada responden penderita hipertensi. Hal tersebut dievaluasi berdasarkan DASHI, berikut gambaran untuk masing-masing kelompok bahan makanan yang dikonsumsi oleh responden:

Tabel 5.2 Distribusi Umum Porsi Konsumsi berbagai Bahan Makanan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Makanan	Konsumsi Terendah	Konsumsi Tertinggi	Rata-Rata Asupan
Sumber karbohidrat	2,13 porsi/hari	12,37 porsi/hari	6,23 porsi/hari
Sayur	0 porsi/hari	4,42 porsi/hari	1,01 porsi/hari
Buah	0 porsi/hari	6,79 porsi/hari	1,18 porsi/hari
Lauk	0,02 porsi/hari	6,65 porsi/hari	1,68 porsi/hari
Berminyak	2 porsi/hari	6,87 porsi/hari	3,91 porsi/hari
Kacang-kacangan	0,35 porsi/minggu	31,08 porsi/minggu	9,37 porsi/minggu
Susu rendah lemak	0 porsi/hari	3 porsi/hari	0,4 porsi/hari
Gula	0 porsi/minggu	21,17 porsi/minggu	3,74 porsi/minggu
Konsumsi natrium	1163,8 mg/hari	3784,13 mg/hari	2326,6 porsi/hari

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa responden rata-rata mengkonsumsi bahan makanan sumber karbohidrat 6,23 porsi/hari, dengan konsumsi terendah 2,13 porsi dan konsumsi tertinggi 12,37 porsi. Responden rata-rata mengkonsumsi sayur-sayuran 1 porsi sehari, dengan konsumsi terendah 0 porsi dan konsumsi tertinggi 4,42 porsi. Responden rata-rata mengkonsumsi buah-buahan 1,18 porsi/hari, dengan konsumsi terendah 0 porsi dan konsumsi tertinggi 6,79 porsi. Sedangkan untuk konsumsi lauk-pauk, responden rata-rata mengkonsumsi 1,68 porsi/hari, dengan konsumsi terendah 0 porsi dan konsumsi tertinggi 6,65 porsi. Responden rata-rata mengkonsumsi minyak 3,91 porsi sehari, dengan konsumsi terendah 2 porsi dan konsumsi tertinggi 6,87 porsi. Responden rata-rata mengkonsumsi kacang-kacangan 9,37 porsi/minggu, dengan konsumsi terendah 0,35 porsi dan konsumsi tertinggi 31,08 porsi. Responden rata-rata mengkonsumsi susu rendah lemak 0,4 porsi/hari, dengan konsumsi terendah 0 porsi dan konsumsi

tertinggi 3 porsi. Untuk konsumsi gula, responden rata-rata mengonsumsi 3,74 porsi/minggu, dengan konsumsi terendah 0 porsi dan konsumsi tertinggi 21,17 porsi. Responden rata-rata mengonsumsi natrium 2326,6 mg/hari, dengan konsumsi terendah 1163,8 mg/hari dan konsumsi tertinggi 3784,13 mg/hari.

Tabel 5.3 Distribusi dan Persentase Skor Responden pada Masing-Masing Kelompok Bahan Makanan Berdasarkan DASHI

No	Kategori Bahan Makanan	Skor	n	%
1	Karbohidrat (Porsi/hari)			
	$\geq 2-8$	1	77	73,33
	1	0,5	0	0
	0 atau ≥ 9	0	28	26,67
2	Sayur-sayuran (Porsi/hari)			
	≥ 3	1	0	0
	1-2	0,5	77	73,33
	0	0	28	26,67
3	Buah-buahan (Porsi/hari)			
	≥ 5	1	2	1,9
	3-4	0,5	10	9,52
	≤ 2	0	93	88,57
4	Lauk-pauk (Porsi/hari)			
	≤ 2	1	82	78,1
	3	0,5	15	14,29
	≥ 4	0	8	7,6
5	Minyak (Porsi/hari)			
	≤ 2	1	38	36,2
	3	0,5	20	19,05
	≥ 4	0	47	44,76
6	Kacang-kacangan (Porsi/minggu)			
	≥ 4	1	93	88,57
	2-3	0,5	9	8,57
	< 2	0	3	2,86
7	Susu rendah lemak (Porsi/hari) 1			
	≥ 1	1	21	20
	0	0	84	80
8	Makanan yang manis (Porsi/hari)			
	≤ 5	1	60	57,14
	6-7	0,5	14	13,33
	≥ 8	0	31	29,52
9	Konsumsi natrium (mg/hari)			
	≤ 1500	1	9	8,57
	1501-2400	0,5	55	52,38
	> 2401	0	41	39,05

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat distribusi dan persentase skor responden pada masing-masing kelompok bahan makanan. Sebagian besar responden mengkonsumsi karbohidrat sesuai rekomendasi DASHI (≥ 2 -8 porsi/hari) dengan persentase 73,33%. Dari segi konsumsi sayuran, sebagian besar responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi (1-2 porsi/hari) yaitu dengan persentase 73,33%. Sebagian besar responden mengkonsumsi lauk-pauk sesuai rekomendasi (2-3 porsi/hari) dengan persentase 78,1%. Dari segi konsumsi minyak, sebesar 44,76% responden mengkonsumsi minyak di atas rekomendasi (≥ 4 porsi/hari), 36,2% responden mengkonsumsi sesuai rekomendasi (≤ 2 porsi/hari), dan 19,05% responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi (3 porsi/hari). Dari segi konsumsi kacang-kacangan, sebagian besar responden mengkonsumsi di atas rekomendasi (≥ 4 porsi/minggu) dengan persentase 88,57%. Sebagian besar responden tidak mengkonsumsi susu rendah lemak sesuai rekomendasi (≥ 1 porsi/hari) dengan persentase 80%. Dari segi asupan manis (gula), sebesar 57,14% responden mengkonsumsi sesuai rekomendasi (≤ 5 porsi/minggu), 29,52% responden mengkonsumsi di atas rekomendasi (≥ 8 porsi/minggu), dan 13,33% responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi (6-7 porsi/minggu). Dari segi asupan natrium, sebesar 52,38% responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi (1501-2400/hari), 39,05% responden mengkonsumsi di atas rekomendasi (> 2401 /hari), dan 8,57% responden mengkonsumsi sesuai rekomendasi (≤ 1500 /hari). Skor responden pada masing-masing kelompok bahan makanan diakumulasikan, kemudian diperoleh gambaran skor kepatuhan sebagai berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Umum Skor Kepatuhan Diet pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean $\pm$ SD	Median
Skor kepatuhan	11,11	77,78	52,04 $\pm$ 12,83	50,00

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa skor minimum yang diperoleh responden terkait kepatuhan diet adalah 11,11 dan skor maksimum 77,78 (skala 0-

100). Rata-rata skor responden untuk kepatuhan diet adalah 52,04, standar deviasi 12,83, serta nilai median 50,00. Dengan demikian tidak terdapat responden yang memiliki kepatuhan diet yang sempurna (skor 100) serta ketidakpatuhan yang mutlak (skor 0). Oleh karena itu, peneliti memilih kata cukup patuh dan kurang patuh untuk menggambarkan kepatuhan diet DASHI responden. Berikut pengkategorianya:

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Cukup patuh	> 52,04	52	49,52
Kurang patuh	≤ 52,04	53	50,48
Total		105	100,00

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa persentase responden yang cukup patuh dan kurang patuh dalam pelaksanaan diet hipertensi tidak jauh berbeda. Sebesar 49,52% responden berada pada kategori cukup patuh dan 50,48% responden berada pada kategori kurang patuh.

5.3.2 Usia

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui usia responden terhitung sejak dilahirkan hingga ulang tahun terakhir yang telah dilewati saat penelitian berlangsung. Berikut gambaran usia responden:

Tabel 5.6 Distribusi Umum Variabel Usia pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Usia dalam tahun	33	65	49,67±8,19	49,00

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa usia minimal responden pada penelitian ini adalah 33 tahun dan usia maksimal adalah 65 tahun. Rata-rata usia

responden adalah 49,67 tahun, standar deviasi 8,19 dan median 49,00. Untuk kepentingan analisis, usia responden dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang tercantum pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Usia pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori Usia	Rentang Usia	Frekuensi	Persentase (%)
Dewasa akhir	56-65	26	24,8
Dewasa madya	36-55	73	69,5
Dewasa awal	21-35	6	5,7

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada kategori usia dewasa madya dengan persentase 69,5%. Responden dengan kategori usia dewasa akhir dengan persentase 24,8%, dan dewasa awal 5,7%.

5.3.3 Jenis Kelamin

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui status biologis responden yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan. Berikut gambaran jenis kelamin responden:

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Jenis Kelamin	n	Persentase (%)
Laki-Laki	16	15,24
Perempuan	89	84,76

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan dengan persentase 84,76%, sedangkan jenis kelamin laki-laki sebesar 15,24%.

5.3.4 Pekerjaan

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui profesi yang ditekuni responden sebagai mata pencaharian utama untuk memperoleh penghasilan. Berikut deskripsi pekerjaan responden:

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Jenis Pekerjaan	n	Persentase (%)
PNS/TNI/POLRI	3	2,9
Pegawai Swasta	4	3,8
Guru	3	2,9
Wirausaha	7	6,7
Buruh	2	1,9
Ibu rumah tangga	71	67,62
Pensiunan	7	6,7
Belum/tidak bekerja	1	1,0
Lain-lain	7	8,57
Total	105	100

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga dengan persentase 66,7%. Jenis pekerjaan lainnya dengan persentase yang cukup besar adalah lain-lain, seperti nelayan dan petani dengan persentase 7,6%. Diikuti oleh wirausaha dan pensiunan dengan persentase sebesar 6,7%, pegawai swasta 3,8%, PNS/TNI/POLRI dan guru 2,9%, serta buruh 1,9%. Hanya terdapat 1 responden (1,0%) yang belum/tidak bekerja. Untuk keperluan analisis data, maka variabel ini dikategorikan sebagai berikut:

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Status Pekerjaan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori Status Pekerjaan	n	Persentase (%)
Bekerja	26	24,8
Tidak bekerja	79	75,2
Total	105	100

Berdasarkan tabel 5.10 diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu dengan persentase 75,2%, sedangkan responden yang memiliki status bekerja sebesar 24,8%. Hal tersebut terjadi karena sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah perempuan yang berstatus sebagai ibu rumah tangga.

5.3.5 Pendidikan

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui jenjang pendidikan formal terakhir yang berhasil dilewati responden. Berikut deskripsi pendidikan responden:

Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede

Tingkat Pendidikan	n	Persentase (%)
Tidak tamat SD	4	3,8
SD	45	42,9
SMP	21	20,0
SMA	29	27,6
D1/D2/D3	3	2,9
S1/S2	2	1,9
S3	1	1,0
Total	105	100

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah lulusan SD dengan persentase 42,9%. Diikuti oleh lulusan SMA dengan persentase 27,6% serta SMP 20,0%. Sedangkan persentase terendah terdapat pada

Universitas Indonesia

lulusan D1/D2/D3, S1/S2, dan S3 dengan persentase masing-masing 2,9%, 1,9% dan 1,0%. Untuk keperluan analisis, pendidikan responden dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang tercantum pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tingkat Pendidikan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori Tingkat Pendidikan	Rentang	n	Persentase (%)
Tinggi	$\geq$ SMA/ sederajat	35	33,3
Rendah	$<$ SMA sederajat	70	66,7
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.12 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah dengan persentase 66,7%, sedangkan responden dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 33,3%.

5.3.6 Pendapatan

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui total jumlah uang yang diperoleh keluarga responden per bulan bagi setiap anggota keluarga yang bekerja. Untuk kepentingan analisis, pendapatan responden dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang tercantum pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.13 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendapatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori pendapatan	n	Persentase (%)
$>$ Rp. 2.590.000,-	29	27,6
$\leq$ Rp 2.590.000,-	76	72,4
Total	105	100

Berdasarkan tabel 5.13 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pendapatan di bawah UMR (upah minimum regional) yaitu dengan

Universitas Indonesia

persentase 72,4%, sedangkan untuk responden dengan pendapatan di atas UMR sebesar 27,6%.

5.3.7 Pengetahuan

Tabel 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Benar pada Pengetahuan Hipertensi dan Hal-Hal terkait Lainnya

No	Pertanyaan	n	%
1	Obesitas sebagai salah satu faktor risiko hipertensi	19	18,1
2	Makanan yang dapat memicu obesitas dan tekanan darah tinggi	91	86,67
3	Hipertensi sebagai salah satu faktor risiko penyakit diabetes mellitus	62	59,05
4	Makanan yang harus dihindari sebagai faktor risiko hipertensi dan dampaknya seperti diabetes	74	70,48
5	Penyebab utama hipertensi	44	41,9
6	Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah	92	87,62
7	Definisi dan gejala klinis hipertensi	94	89,52
8	Dampak hipertensi, seperti penyakit stroke dan gagal ginjal	102	97,14
9	Gejala hipertensi, hipertensi sebagai salah satu <i>silent killer</i>	68	64,76
10	Faktor risiko hipertensi yang dapat diubah	79	75,24

Berdasarkan tabel 5.14 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik terkait dampak hipertensi yang ditunjukan dengan persentase responden yang menjawab benar terbanyak pada pertanyaan nomor 8 dengan persentase 97,14%. Pertanyaan lainnya yang memiliki persentase responden menjawab benar terbanyak adalah pertanyaan terkait definisi dan gejala klinis hipertensi (pertanyaan nomor 7) serta faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah (pertanyaan nomor 6) dengan persentase masing-masing 89,52% dan 87,62%. Sedangkan pertanyaan dengan persentase jawaban benar responden terendah adalah terkait penyebab utama hipertensi (pertanyaan nomor 5) dan

obesitas sebagai salah satu faktor risiko hipertensi (pertanyaan nomor 1) dengan persentase masing-masing 41,9% dan 18,1%. Pertanyaan lainnya memiliki persentase jawaban benar responden di atas 50%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui wawasan responden terkait hipertensi (definisi, gejala, faktor risiko, komplikasi, dan hal-hal terkait lainnya). Berikut distribusi umum variabel pengetahuan:

Tabel 5.15 Distribusi Umum Skor Pengetahuan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Skor pengetahuan	10	100	69,95±13,83	70,00

Berdasarkan tabel 5.15 dapat diketahui bahwa skor terendah terkait pengetahuan responden adalah 10 dan skor tertinggi adalah 100 (skala 0-100). Sedangkan rata-rata skor responden adalah 69,95, standar deviasi 13,83 dan nilai median 70,00. Untuk keperluan analisis, pengetahuan responden dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terdapat pada tabel berikut:

Tabel 5.16 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori pengetahuan	Rentang skor	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	Skor pengetahuan >80%	10	9,5
Cukup	Skor pengetahuan 60-80%	83	79,0
Kurang	Skor pengetahuan <60%	12	11,4

Berdasarkan tabel 5.16 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang cukup dengan persentase 79%. Persentase responden dengan pengetahuan baik sebesar 9,5% dan kurang sebesar 11,4%.

5.3.8 Persepsi Manfaat

Tabel 5.17 Distribusi Responden berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Manfaat

No	Pertanyaan	n	%
1	Bila menerapkan diet hipertensi dengan tepat, maka saya akan terhindar dari komplikasi hipertensi	103	98,1
2	Kepatuhan saya menerapkan diet hipertensi akan berkontribusi dalam menurunkan risiko komplikasi penyakit akibat hipertensi	97	92,4
3	Berhenti merokok dapat membantu saya terhindar dari risiko komplikasi hipertensi	97	92,4
4	Kepatuhan saya mengendalikan stres dapat menurunkan risiko terjadinya komplikasi akibat hipertensi	100	95,2
5	Olahraga rutin selama 30 menit sebanyak 3-4 kali seminggu akan membantu mengendalikan tekanan darah dan menghindarkan saya dari risiko komplikasi hipertensi	102	97,1

Berdasarkan tabel 5.17 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi mengenai manfaat yang baik terkait manfaat dari berbagai tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi komplikasi dari penyakit hipertensi. Hal tersebut ditunjukkan dengan persentase responden menjawab benar untuk setiap pernyataan lebih dari 90%, dengan persentase tertinggi pada pernyataan nomor 1 terkait manfaat menerapkan diet secara tepat untuk mengurangi risiko komplikasi hipertensi, yaitu dengan persentase 98,1%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui persepsi responden mengenai manfaat yang dirasakan dari berbagai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari penyakit hipertensi. Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh skor persepsi manfaat responden sebagai berikut:

Tabel 5.18 Distribusi Umum Skor Persepsi Manfaat pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Persepsi Manfaat	40	100	95,05±12,94	100,00

Berdasarkan tabel 5.18 diketahui bahwa skor minimum pada variabel persepsi manfaat adalah 40 dan skor maksimum adalah 100 (skala 0-100). Rata-rata skor responden adalah 95,05, standar deviasi 12,94 dan nilai median 100,00. Untuk keperluan analisis maka skor persepsi manfaat dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.19 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Manfaat pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Bermanfaat	> 95,05	88	83,88
Kurang bermanfaat	≤ 95,05	17	16,2
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.19 diketahui bahwa sebagian besar responden mempersepsikan berbagai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari penyakit hipertensi adalah bermanfaat dengan persentase 83,88% dan 16,2% responden yang mempersepsikan kurang bermanfaat.

5.3.9 Persepsi Hambatan

Tabel 5.20 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Hambatan

No	Pertanyaan	n	%
1	Saya menerapkan diet hipertensi karena terpaksa	63	60
2	Sulit untuk menerapkan diet hipertensi, sebab semua masakan di rumah dibuat untuk semua keluarga (misalnya: tidak membedakan masakan rendah garam)	43	40,95

Universitas Indonesia

Tabel 5.20 (Sambungan)

3	Saya tidak punya cukup waktu untuk berolahraga	52	49,52
4	Saya kesulitan menahan diri untuk merokok	86	81,9
5	Tidak ada teman atau kelompok sosial (pengajian/arisan, dll) yang mendukung saya untuk mengelola/melepaskan stres	71	67,62

Berdasarkan tabel 5.20 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi mengenai hambatan yang cukup tinggi dalam melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi dampak dari penyakit hipertensi yang dideritanya. Hal tersebut ditunjukkan oleh persentase responden menjawab baik yang rendah pada pernyataan nomor 2 dan 3 dengan persentase masing-masing 40,95% dan 49,52%. Untuk pertanyaan nomor 1 dan 5 persentase responden menjawab benar masing-masing 60% dan 67,2% yang menunjukkan bahwa masih terdapat sekitar 40% responden yang mempersepsikan adanya hambatan terkait tindakan yang dianjurkan tersebut. Pertanyaan nomor 4 memiliki persentase responden menjawab baik terbanyak yaitu sebesar 81,9%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui aspek potensial negatif yang dapat menjadi penghambat responden dalam melakukan berbagai tindakan untuk mencegah atau mengurangi dampak hipertensi yang diderita. Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh skor persepsi hambatan responden sebagai berikut:

Tabel 5.21 Distribusi Umum Skor Persepsi Hambatan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Skor persepsi hambatan	0	100	61,14±24,34	60,00

Berdasarkan tabel 5.21 diketahui bahwa skor minimum pada variabel persepsi hambatan adalah 0 dan skor maksimum adalah 100 (skala 0-100). Rata-rata skor adalah 61,14, standar deviasi 24,34 dan median 60,00. Untuk keperluan

analisis maka skor persepsi hambatan dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.22 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Hambatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Tidak ada hambatan	> 61,14	40	38,1
Ada hambatan	≤ 61,14	65	61,9
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.22 diketahui bahwa sebagian besar responden mempersepsikan adanya hambatan dalam melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari penyakit hipertensi, dengan persentase sebesar 61,9%, sedangkan persentase responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan adalah sebesar 38,1%.

5.3.10 Persepsi Kemampuan Diri (*self-efficacy*)

Tabel 5.23 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Baik pada Persepsi mengenai Kemampuan Diri (*Self-efficacy*)

No	Pertanyaan	n	%
1	Saya yakin dengan kemampuan saya untuk selalu menerapkan diet hipertensi	99	94,29
2	Saya bersedia menerapkan diet hipertensi untuk mencegah berbagai komplikasi penyakit	104	99,05
3	Saya tahu manfaat dari berhenti merokok dan mengendalikan stres	96	91,43
4	Saya tahu manfaat dari rutin berolahraga	98	93,33

Berdasarkan tabel 5.23 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi mengenai kemampuan diri yang baik. Hal tersebut ditunjukkan

dengan persentase responden menjawab baik untuk setiap pernyataan lebih dari 90%, dengan persentase tertinggi pada pernyataan nomor 2 terkait kesediaan menerapkan diet hipertensi, yaitu dengan persentase sebesar 99,05%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui persepsi responden terkait kemampuan dirinya dalam melaksanakan berbagai perilaku untuk mencegah atau mengurangi dampak hipertensi yang diderita. Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh distribusi umum skor persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) sebagai berikut:

Tabel 5.24 Distribusi Umum Skor Persepsi Kemampuan Diri (*Self-efficacy*) pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Skor persepsi kemampuan diri	50	100	94,52±12,96	100,00

Berdasarkan tabel 5.24 diketahui bahwa skor minimum pada variabel persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) adalah 50 dan skor maksimum adalah 100 (skala 0-100). Rata-rata skor responden adalah 94,52, standar deviasi 12,96 dan nilai median 100,00. Untuk keperluan analisis maka skor persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.25 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Persepsi Kemampuan Diri (*Self-efficacy*) pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Yakin dengan kemampuan diri	> 94,52	87	82,19
Kurang yakin dengan kemampuan diri	≤ 94,52	18	17,1
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.25 diketahui bahwa sebagian besar responden mempersepsikan bahwa ia yakin dengan kemampuan dirinya dalam melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari penyakit hipertensi, dengan persentase sebesar 82,19%, sedangkan persentase responden yang mempersepsikan kurang yakin dengan kemampuan dirinya adalah sebesar 17,1%.

5.3.11 Dukungan Keluarga

Tabel 5.26 Distribusi Responden Berdasarkan berbagai Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Keluarga

No	Pertanyaan	n	%
1	Apakah keluarga memberikan dukungan bagi penderita hipertensi	103	98,1
2	Diingatkan untuk minum obat	83	79,05
3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	92	87,62
4	Diingatkan berolahraga secara rutin	37	35,24
5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut mengkonsumsi makanan rendah garam, dan sebagainya)	59	56,2
6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	73	69,52
7	Membantu mengelola stres	83	79,05
8	Selalu mengingatkan untuk berhenti/tidak merokok	42	40
9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	55	52,38

Berdasarkan tabel 5.26 diketahui bahwa hampir semua responden mengaku memperoleh dukungan dari keluarga dengan persentase 98,1%, namun terdapat variasi bentuk dukungan yang diberikan. Bentuk dukungan dengan persentase terbesar yang diperoleh oleh penderita hipertensi dari keluarga adalah terkait pengingatan mengenai makanan/minuman yang harus dihindari oleh

penderita hipertensi, dengan persentase sebesar 87,62%. Bentuk dukungan dengan persentase terbesar lainnya adalah dukungan untuk minum obat dan mengelola stres dengan persentase masing-masing 79,05%. Bentuk dukungan dengan persentase terendah adalah terkait olahraga secara rutin dengan persentase 35,24%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui segala bentuk upaya yang dilakukan anggota keluarga dalam menunjang kepatuhan responden. Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh gambaran skor dukungan keluarga sebagai berikut:

Tabel 5.27 Distribusi Umum Skor Dukungan Keluarga pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maximum	Mean±SD	Median
Skor dukungan keluarga	0	100	65,77±23,13	66,00

Berdasarkan tabel 5.27 diketahui bahwa skor minimum pada variabel dukungan keluarga adalah 0 dan skor maksimum adalah 100 (skala 0-100). Rata-rata skor responden 65,77, standar deviasi 23,13, dan nilai median 60,00. Untuk keperluan analisis maka skor dukungan keluarga dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.28 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Dukungan Keluarga pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Kuat	> 65,77	67	63,8
Lemah	≤ 65,77	38	36,2
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.28 diketahui bahwa sebagian besar responden memperoleh dukungan keluarga yang kuat dengan persentase 63,8%. Sedangkan

persentase responden dengan dukungan keluarga yang lemah adalah sebesar 36,3%.

5.3.12 Dukungan Lingkungan Sosial/*peer group*

Tabel 5.29 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Sosial/*peer group*

No	Pertanyaan	n	%
1	Apakah lingkungan sosial/ <i>peer group</i> memberikan dukungan bagi penderita hipertensi	90	85,71
2	Diingatkan untuk minum obat	50	47,62
3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	63	60
4	Diingatkan berolahraga secara rutin	45	42,86
5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut mengonsumsi makanan rendah garam, dan sebagainya)	32	30,48
6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	48	45,71
7	Membantu mengelola stres	65	61,9
8	Selalu mengingatkan untuk berhenti/tidak merokok	34	32,38
9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	40	38,1

Berdasarkan tabel 5.29 diketahui bahwa sebagian besar responden mengaku memperoleh dukungan dari lingkungan sosial/*peer group* dengan persentase 85,71%, namun terdapat variasi bentuk dukungan yang diberikan. Bentuk dukungan dengan persentase terbesar yang diperoleh oleh penderita hipertensi dari lingkungan sosial/*peer group* adalah terkait pengelolaan stres dengan persentase sebesar 61,9%. Bentuk dukungan dengan persentase terbesar lainnya adalah pengingatan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang dengan persentase masing-masing 60%. Sedangkan bentuk dukungan lainnya berada pada persentase di bawah 50%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui segala bentuk upaya yang dilakukan lingkungan sosial/*peer group* dalam menunjang kepatuhan responden. Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh gambaran skor dukungan lingkungan sosial/*peer group* sebagai berikut:

Tabel 5.30 Distribusi Umum Skor Dukungan Sosial/*peer group* pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean±SD	Median
Skor dukungan lingkungan sosial/ <i>peer group</i>	0	100	49,00±29,79	55,00

Berdasarkan tabel 5.30 diketahui bahwa skor minimum pada variabel dukungan lingkungan sosial/*peer group* adalah 0 dan skor maksimum adalah 100. Rata-rata skor responden 49,00, standar deviasi 29,79 dan nilai median 55,00. Untuk keperluan analisis maka skor dukungan lingkungan sosial/*peer group* dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.31 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Dukungan Sosial/*Peer group* pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Kuat	> 49,00	53	50,5
Lemah	≤ 49,00	52	49,5
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.31 diketahui bahwa persentase responden yang memperoleh dukungan sosial/*peer group* kuat adalah sebesar 50,5%. Sedangkan persentase responden dengan dukungan sosial/*peer group* yang lemah adalah sebesar 49,5%.

5.3.13 Dukungan Tenaga Kesehatan

Tabel 5.32 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Positif pada Variabel Dukungan Tenaga Kesehatan

No	Pertanyaan	n	%
1	Apakah tenaga kesehatan memberikan dukungan bagi penderita hipertensi	96	91,43
2	Diingatkan untuk minum obat	88	83,8
3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	83	79,05
4	Diingatkan berolahraga secara rutin	35	33,33
5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut mengkonsumsi makanan rendah garam, dan sebagainya)	43	40,95
6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	76	72,38
7	Membantu mengelola stres	52	49,52
8	Selalu mengingatkan untuk berhenti/tidak merokok	43	40,95
9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	55	52,38

Berdasarkan tabel 5.32 diketahui bahwa sebagian besar responden mengaku memperoleh dukungan dari tenaga kesehatan dengan persentase 91,43%, namun terdapat variasi bentuk dukungan yang diberikan. Bentuk dukungan dengan persentase terbesar yang diperoleh oleh penderita hipertensi dari tenaga kesehatan adalah terkait pengingatan untuk minum obat dan mengecek tekanan darah serta berkonsultasi diet secara rutin dengan persentase masing-masing 83,8% dan 72,38%. Bentuk dukungan dengan persentase terendah adalah terkait olahraga secara rutin dengan persentase 33,33%. Bentuk dukungan lainnya berkisar 40-50%.

Variabel ini bertujuan untuk mengetahui segala bentuk upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam menunjang kepatuhan responden.

Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan maka diperoleh gambaran skor dukungan dari tenaga kesehatan sebagai berikut:

Tabel 5.33 Distribusi Umum Skor Dukungan Tenaga Kesehatan pada Responden Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean±SD	Median
Skor dukungan tenaga kesehatan	0	100	59,92±29,16	60,00

Berdasarkan tabel 5.33 diketahui bahwa skor minimum pada variabel dukungan lingkungan tenaga kesehatan adalah 0 dan skor maksimum adalah 100 (skala 0-100). Rata-rata skor responden 59,92, standar deviasi 29,16 dan nilai median 6,00. Untuk keperluan analisis maka skor dukungan tenaga kesehatan dikategorikan menjadi 2 kategori, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.34 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Dukungan Tenaga Kesehatan pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Kategori	Rentang	Frekuensi	Persentase
Kuat	> 59,92	56	53,3
Lemah	≤ 59,92	49	46,7
Total		105	100

Berdasarkan tabel 5.34 diketahui bahwa sebagian besar responden memperoleh dukungan tenaga kesehatan secara kuat dengan persentase sebesar 53,3%. Sedangkan persentase responden dengan dukungan tenaga kesehatan yang lemah adalah sebesar 46,7%.

5.3.14 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat

Tabel 5.35 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat

Variabel	Kategori	n	%
Kepatuhan diet	Cukup patuh	52	49,52
	Kurang patuh	53	50,48
Usia	Dewasa akhir	26	24,8
	Dewasa madya	73	69,5
	Dewasa awal	6	5,7
Jenis kelamin	Laki-laki	16	15,24
	Perempuan	89	84,76
Status pekerjaan	Bekerja	26	24,8
	Tidak bekerja	79	75,2
Pendidikan	Tinggi	35	33,33
	Rendah	70	66,7
Pendapatan	Di atas UMR	29	27,6
	Di bawah UMR	76	72,4
Pengetahuan	Baik	10	9,5
	Cukup	83	79,0
	Kurang	12	11,4
Persepsi manfaat	Bermanfaat	88	83,88
	Kurang bermanfaat	17	16,2
Persepsi hambatan	Tidak ada hambatan	40	38,1
	Ada hambatan	65	61,9
Persepsi kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>)	Yakin dengan kemampuan diri	87	82,19
	Kurang yakin dengan kemampuan diri	18	17,1
Dukungan keluarga	Kuat	67	63,8
	Lemah	38	36,2
Dukungan sosial/ <i>peer</i> <i>group</i>	Kuat	53	50,5
	Lemah	52	49,5
Dukungan tenaga kesehatan	Kuat	56	53,3
	Lemah	49	46,7

Universitas Indonesia

5.4 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square* atau tabulasi silang, yaitu untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen yang bersifat kategorik. Derajat kemaknaan yang digunakan adalah pada alfa 0,05. Variabel independen dan dependen dikatakan berhubungan jika nilai *p-value* <0,05. Kemudian dilakukan analisis *odds ratio* (OR) untuk melihat keeratan hubungan antara 2 variabel.

5.4.1 Hubungan antara Usia dan Kepatuhan diet

5.36 Hubungan antara Usia dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel Usia	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	<i>p-value</i>
	n	%	n	%	n	%		
Dewasa akhir	17	65,38	9	34,62	26	100	2,375	0,062
Dewasa awal-madya	35	44,3	44	55,7	79	100	(0,945-5970)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.36 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan usia. Pada analisis bivariat ini, usia dikategorikan menjadi 2 yaitu dewasa akhir dan dewasa awal-madya, hal ini agar data dapat dianalisis dengan uji tabulasi silang. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 65,38% responden pada kategori usia dewasa akhir berada pada kategori cukup patuh, serta 44,3% responden pada kategori usia dewasa awal-madya berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,062, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel usia dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.2 Hubungan antara Jenis kelamin dan Kepatuhan Diet

5.37 Hubungan antara Jenis Kelamin dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel jenis kelamin	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Laki-laki	6	37,5	10	62,5	16	100	0,561	0,296
Perempuan	46	51,69	43	48,31	89	100	(0,188-1,675)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.37 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan jenis kelamin. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 51,69% responden perempuan, serta 37,5% responden laki-laki berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,296, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel jenis kelamin dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.3 Hubungan antara Pekerjaan dan Kepatuhan Diet

5.38 Hubungan antara Pekerjaan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel jenis pekerjaan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Bekerja	10	38,46	16	61,54	26	100	0,551	0,193
Tidak bekerja	42	53,16	37	46,84	79	100	(0,223-1.361)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.38 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan status pekerjaan. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 53,16% responden yang tidak bekerja berada pada kategori cukup patuh, serta 38,46%

Universitas Indonesia

responden yang bekerja berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai p -value 0,193, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.4 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Kepatuhan Diet

5.39 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel jenis pekerjaan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	p -value
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	18	51,43	17	48,57	35	100	1,121	0,783
Rendah	34	48,57	36	51,43	70	100	(0,498-2,525)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.39 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan tingkat pendidikan. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 51,43% responden pada tingkat pendidikan tinggi, serta 48,57% responden pada tingkat pendidikan rendah berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai p -value 0,783, dengan demikian dapat dikatakan bahwa bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel usia dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.5 Hubungan antara Pendapatan dan Kepatuhan Diet

5.40 Hubungan antara Pendapatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel pendapatan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Di atas UMR	16	55,17	13	44,83	29	100	1,368	0,475
Di bawah UMR	36	47,37	40	52,63	76	100	(0,579-3,229)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.40 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan pendapatan. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 55,17% responden pada kategori pendapatan di atas UMR berada pada kategori cukup patuh, serta 47,37% responden berpendapatan di bawah UMR berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,475, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel pendapatan dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.6 Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Diet

5.41 Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel pengetahuan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Baik	6	60	4	40	10	100	1,598	0,486
Kurang-cukup	46	48,42	49	51,58	95	100	(0,424-6,027)	
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.41 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan pengetahuan. Pada analisis bivariat ini, pengetahuan dikategorikan menjadi 2

yaitu dewasa akhir dan dewasa awal-madya, hal ini agar data dapat dianalisis dengan uji tabulasi silang. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 60% responden pada kategori pengetahuan baik berada pada kategori cukup patuh dan 48,42% responden pada kategori pengetahuan kurang-cukup berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,486, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel pengetahuan dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.7 Hubungan antara Persepsi Manfaat dan Kepatuhan Diet

5.42 Hubungan antara Persepsi Manfaat dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel persepsi manfaat	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95% CI	<i>p-value</i>
	n	%	n	%	n	%		
Bermanfaat	48	54,54	40	48,57	88	100	3,900 (1,179-12,905)	0.019*
Kurang bermanfaat	4	23,53	13	51,43	17	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

* *p-value* <0,05

Tabel 5.42 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan persepsi manfaat. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 54,54% responden yang mempersepsikan bermanfaat, serta 23,53% responden yang mempersepsikan kurang bermanfaat berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,019, dengan demikian dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel persepsi manfaat dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini. Responden yang mempersepsikan bermanfaat 3,9 kali lebih patuh dibandingkan responden yang mempersepsikan kurang bermanfaat.

5.4.8 Hubungan antara Persepsi Hambatan dan Kepatuhan Diet

5.43 Hubungan antara Persepsi Hambatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel persepsi hambatan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95%CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Tidak ada hambatan	27	67,5	13	32,5	40	100	3,077 (1,343-7,048)	0,004*
Ada hambatan	25	38,46	40	61,54	65	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

* $p\text{-value} < 0,05$

Tabel 5.43 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan persepsi hambatan. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 67,5% responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan, serta 38,46% responden yang mempersepsikan adanya hambatan berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai $p\text{-value}$ 0,004, dengan demikian dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel persepsi hambatan dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini. Responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan 3,007 kali lebih patuh dibandingkan dengan responden yang mempersepsikan adanya hambatan.

5.4.9 Hubungan antara Persepsi Kemampuan diri (*self-efficacy*) dan Kepatuhan Diet

5.44 Hubungan antara Persepsi Kemampuan diri (*self-efficacy*) dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel persepsi kemampuan diri	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95%CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Yakin dengan kemampuan diri	44	50,57	43	49,43	87	100	1,179 (0,461-3,548)	0,636
Kurang yakin dengan kemampuan diri	8	44,44	10	55,56	18	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.44 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*). Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 50,57% responden yang mempersepsikan yakin dengan kemampuan dirinya, serta 44,44% responden yang mempersepsikan kurang yakin dengan kemampuan dirinya berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,636, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel persepsi kemampuan diri dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.10 Hubungan antara Dukungan keluarga dan Kepatuhan Diet

5.45 Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel dukungan keluarga	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95%CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Kuat	34	50,75	33	49,25	67	100	1,145 (0,561-2,540)	0,739
Lemah	18	47,37	20	52,63	38	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.45 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan dukungan keluarga. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 50,75% responden yang memperoleh dukungan keluarga kuat, serta 47,37% responden yang memperoleh dukungan keluarga lemah berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,793, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel dukungan keluarga dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.11 Hubungan antara Dukungan Sosial/*peer group* dan Kepatuhan Diet

5.46 Hubungan antara Dukungan Sosial/*peer group* dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel dukungan sosial	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95%CI	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Kuat	24	45,28	29	54,72	53	100	0,709 (0,329-1,529)	0,380
Lemah	28	53,85	24	46,15	52	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.46 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan dukungan sosial/*peer group*. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar

53,85% responden yang memperoleh dukungan sosial lemah, serta 45,28% responden yang memperoleh dukungan sosial kuat berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,380, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel dukungan sosial/*peer group* dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.12 Hubungan antara Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kepatuhan Diet

5.47 Hubungan antara Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede Tahun 2015

Variabel dukungan tenaga kesehatan	Cukup patuh		Kurang patuh		Total		OR 95%CI	<i>p-value</i>
	n	%	n	%	n	%		
Kuat	29	51,79	27	48,21	56	100	1,214 (0,563-2,617)	0,620
Lemah	23	46,94	26	53,06	49	100		
Total	52	49,52	53	50,48	105	100		

Tabel 5.47 menjelaskan distribusi kepatuhan diet responden berdasarkan dukungan tenaga kesehatan. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa sebesar 51,79% responden yang memperoleh dukungan tenaga kesehatan kuat, serta 46,94% responden yang memperoleh dukungan tenaga kesehatan lemah berada pada kategori cukup patuh. Dari hasil uji statistik diketahui nilai *p-value* 0,620, dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel dukungan sosial/*peer group* dan kepatuhan diet responden dalam penelitian ini.

5.4.13 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

Tabel 5.48 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Kategori	Kepatuhan Diet				p-value
		Cukup Patuh		Kurang patuh		
		n	%	n	%	
Usia	Dewasa akhir	17	65,38	9	34,62	0,062
	Dewasa awal-madya	35	44,3	44	55,7	
Jenis kelamin	Laki-laki	6	37,5	10	62,5	0,296
	Perempuan	46	51,69	43	48,31	
Status pekerjaan	Bekerja	10	38,46	16	61,54	0,193
	Tidak bekerja	42	53,16	37	46,84	
Pendidikan	Tinggi	18	51,43	17	48,57	0,783
	Rendah	34	48,57	36	51,43	
Pendapatan	Di atas UMR	16	55,17	13	44,83	0,475
	Di bawah UMR	36	47,37	40	52,63	
Pengetahuan	Baik	6	60	4	40	0,486
	Kurang-cukup	46	48,42	49	51,58	
Persepsi manfaat	Bermanfaat	48	54,54	40	48,57	0,019*
	Kurang bermanfaat	4	23,53	13	51,43	
Persepsi hambatan	Tidak ada hambatan	27	67,5	13	32,5	0,004*
	Ada hambatan	25	38,46	40	61,54	
Persepsi kemampuan diri (self-efficacy)	Yakin dengan kemampuan diri	44	50,57	43	49,43	0,636
	Kurang yakin dengan kemampuan diri	8	44,44	10	55,56	
Dukungan keluarga	Kuat	34	50,75	33	49,25	0,739
	Lemah	18	47,37	20	52,63	
Dukungan sosial/peer group	Kuat	24	45,28	29	54,72	0,380
	Lemah	28	53,85	24	46,15	
Dukungan tenaga kesehatan	Kuat	29	51,79	27	48,21	0,620
	Lemah	23	46,94	26	53,06	

*p-value <0,05, hubungan signifikan

BAB 6

Pembahasan

6.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan baik dalam hal desain studi, metode penelitian, dan proses pelaksanaannya. Desain studi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross-sectional*, dengan desain ini peneliti tidak mampu melihat hubungan sebab-akibat antara variabel dependen dan independen, melainkan hanya ada tidaknya hubungan antar variabel. Selain itu, dengan desain studi ini, peneliti hanya dapat memotret pola makan penderita hipertensi kemudian dilihat kesesuaiannya berdasarkan rekomendasi DASHI tanpa dilakukan intervensi.

Penelitian ini merupakan salah satu penelitian “payung” yang mengangkat topik *Non-communicable diseases* (hipertensi, obesitas, dan diabetes mellitus). Dalam proses pelaksanaannya, seorang responden melalui serangkaian proses yang meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar pinggang, dan lingkar panggul; pengecekan gula darah; dan wawancara. Proses ini memakan waktu yang panjang sehingga responden terlihat cukup lelah dan dikhawatirkan mengalami gangguan konsentrasi pada saat diwawancara. Selain itu, terdapat 24,8% responden dalam rentang usia 56-65 tahun yang dikhawatirkan tidak mampu mengingat dengan tepat pola makannya. Namun, dengan proses wawancara yang baik serta adanya responden lansia yang didampingi oleh keluarganya, diharapkan enumerator dapat menggali informasi secara holistik.

Ruangan puskesmas yang tidak cukup besar membuat suasana cukup bising disaat para enumerator mewawancarai masing-masing respondennya. Selain itu, ada responden yang terburu-buru ingin melakukan aktivitas lainnya sehingga ingin diwawancara secara cepat atau tidak menyelesaikan proses wawancara sama sekali. Dari segi wawancara SFFQ, adanya keterbatasan responden dalam mengingat frekuensi mengkonsumsi bahan makanan tertentu, sehingga hanya digunakan estimasi yang menjadi salah satu kekurangan metode ini. Namun, penggunaan SFFQ dinilai peneliti tepat digunakan dalam penelitian ini karena dapat digunakan pada populasi yang besar serta kelompok orang yang

sakit, sederhana dan mudah dilakukan, beban pada responden lebih rendah, serta dapat melihat jenis makanan tertentu yang jarang dikonsumsi.

Peneliti juga mengalami kesulitan memperoleh sumber pustaka dari penelitian maupun artikel jurnal yang berkaitan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Sebagian sumber pustaka yang diperoleh berkaitan dengan kepatuhan minum obat atau terapi farmakologi. Selain itu, penggunaan DASHI untuk mengukur kepatuhan diet pada penderita hipertensi belum pernah ditemui pada penelitian lain, sehingga ini merupakan sesuatu yang baru dan belum ada rujukan sebelumnya. Meskipun demikian, peneliti menilai metode ini tepat digunakan karena DASHI dibuat berdasarkan kondisi masyarakat Indonesia pada umumnya. Untuk menilai kepatuhan itu sendiri, belum ada *golden standar*, sehingga dilihat berdasarkan nilai mean.

Terdapat beberapa modifikasi penggunaan DASHI untuk menilai kepatuhan diet responden yang merujuk pada DASH. Yang pertama adalah terkait konsumsi gula, pada DASHI tidak ada batasan yang jelas terkait konsumsi gula, oleh karena itu peneliti menggunakan batasan DASH yaitu maksimal 5 porsi/minggu. Hal ini masih dianggap wajar karena pada dasarnya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 30 tahun 2013 merekomendasikan asupan gula maksimal 50 gram/orang/hari. Berdasarkan data Survey Diet Total masyarakat Indonesia (Balitbangkes, 2014) diketahui bahwa rata-rata asupan gula nasional 13,6 gram/orang/hari dan 11,3 gram/orang/hari untuk provinsi Jawa Barat. Yang kedua adalah terkait asupan garam, DASHI merekomendasikan asupan garam maksimal 3,5 gram/hari (1400 mg natrium). Namun peneliti menggunakan batasan 1500 mg natrium dalam pemberian skoring kepatuhan yang juga merujuk pada penelitian Folsom, AR., Parker, ED., Harnack, LJ (2007), dengan asumsi adanya kandungan natrium yang secara alami memang sudah terdapat dalam bahan makanan. Jumlah tersebut masih dianggap wajar karena pemerintah melalui Permenkes nomor 30 tahun 2013 menganjurkan asupan garam maksimal 4 gram per hari atau 1600 mg natrium.

6.2 Gambaran Kepatuhan Diet Penderita Hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede

Kepatuhan diet dalam penelitian ini didefinisikan sebagai Ukuran sejauh mana penderita hipertensi menerapkan diet sesuai dengan rekomendasi DASHI (*Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian*). Kepatuhan diet pada penelitian ini dinilai berdasarkan DASHI (*Dietary Approach to Stop Hypertension for Indonesian*) yang merupakan modifikasi DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang diteliti oleh Harahap (2009). Kepatuhan diet dikategorikan menjadi cukup patuh dan kurang patuh yang dilihat berdasarkan nilai mean. Pada dasarnya belum ada *golden standard* untuk menilai kepatuhan DASH maupun DASHI itu sendiri (Kwan *et al.*, 2013).

Kepatuhan terhadap diet merupakan masalah dengan prevalensi yang rendah diberbagai wilayah di Indonesia maupun di negara-negara lain. Berbagai penelitian menunjukan proporsi penderita hipertensi yang patuh terhadap rekomendasi diet masih sangat rendah. Padahal dalam manajemen atau penatalaksanaan hipertensi kepatuhan diet merupakan manajemen non-farmakologis yang sangat berpengaruh terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi.

Hasil penelitian menunjukan bahwa sebagian responden berada pada kategori cukup patuh dengan persentase 49,52%, dan separuh responden kurang patuh dengan persentase 50,48%. Persentase kepatuhan diet penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede lebih rendah dibandingkan dengan penelitian pada daerah lain di Indonesia. Penelitian yang sama di wilayah kerja Puskesmas Larompong, Kabupaten Luwu, menunjukan bahwa tingkat kepatuhan diet penderita hipertensi adalah sebesar 58,3% (Elmiani, Sewang & Sri, 2014). Penelitian lainnya di wilayah kerja Puskesmas Wolaang, Kecamatan Langowan Timur, menunjukan bahwa kepatuhan diet penderita hipertensi adalah sebesar 74% (Runtukahu, Rompas & Pondaag, 2015). Secara global, kepatuhan di negara maju rata-rata 50%, sedangkan untuk negara berkembang lebih rendah dibandingkan persentase tersebut (WHO, 2003). Hasil penelitian ini menunjukan bahwa masih rendahnya kepatuhan terhadap diet pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede.

Universitas Indonesia

Berdasarkan aspek konsumsi berbagai bahan makanan yang diukur diketahui bahwa masih rendahnya kepatuhan responden dalam mengkonsumsi sesuai rekomendasi DASHI. Pada konsumsi sayur-sayuran tidak ada responden yang mengkonsumsi mencapai rekomendasi (3-4 porsi/hari). Tingkat konsumsi buah responden juga tergolong rendah, ditunjukkan dengan proporsi responden yang mengkonsumsi sesuai rekomendasi (5-6 porsi/hari) hanya 1,9%. Dari segi asupan susu rendah lemak, hanya 20% responden yang mengkonsumsi sesuai rekomendasi (1 porsi/hari). Sedangkan untuk konsumsi natrium, sebagian besar responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi (52,38%) dan tidak sesuai rekomendasi (39,05%). Meskipun demikian, asupan karbohidrat, lauk-pauk, minyak, kacang-kacangan, dan gula sudah tergolong baik yang ditunjukkan oleh sebagian besar responden mengkonsumsi mendekati rekomendasi dan sesuai rekomendasi DASHI.

Dalam penelitian ini, terdapat beberapa faktor risiko yang diduga berhubungan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi. Faktor-faktor tersebut antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, persepsi kemampuan diri (*self efficacy*), dukungan keluarga, dukungan sosial/*peer group*, dan dukungan tenaga kesehatan. Secara umum, peneliti ingin melihat kepatuhan diet penderita hipertensi berdasarkan kerangka teori *Health Belief Model* (HBM).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa persepsi manfaat berhubungan signifikan dengan kepatuhan diet. Responden yang mempersepsikan adanya manfaat dari berbagai tindakan untuk penanggulangan atau pencegahan komplikasi akibat hipertensi cenderung memiliki kepatuhan diet yang lebih baik. Nilai OR 3,900 menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan adanya manfaat 3,9 kali lebih patuh dalam menerapkan diet hipertensi. Faktor lain yang berhubungan signifikan dengan kepatuhan adalah persepsi hambatan. Responden yang mempersepsikan adanya hambatan cenderung untuk kurang patuh dalam menerapkan diet. Nilai OR 3,007 menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan tidak adanya hambatan 3,007 kali lebih patuh dalam menerapkan diet hipertensi.

Teori *Health Belief Model* Glanz *et al* (2008) menyatakan bahwa saat seseorang mempersepsikan dirinya berisiko terhadap suatu penyakit, apakah hal tersebut mendorong ia untuk merubah perilaku sangat tergantung pada persepsi manfaat yang akan ia peroleh atas tindakan tersebut. Jika semakin besar persepsi manfaat atau keuntungan yang akan diperoleh maka semakin besar peluang perilaku tersebut dilakukan. Persepsi hambatan merupakan persepsi mengenai adanya aspek potensial negatif yang akan menghambat terlaksananya suatu perilaku. Dengan persepsi hambatan yang rendah maka semakin besar peluang perilaku tersebut dilakukan. Hasil penelitian di atas sesuai dengan teori tersebut yang menunjukkan bahwa kepatuhan diet lebih tinggi pada responden dengan persepsi manfaat yang tinggi serta persepsi hambatan yang rendah.

6.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet

6.3.1 Usia

Peneliti membagi usia ke dalam 3 kategori yaitu dewasa awal (21-35 tahun), dewasa madya (36-55 tahun), dan dewasa akhir (56-65 tahun). Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori usia dewasa madya dengan persentase 69,5%. Hasil uji statistik antara usia dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,062 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun demikian, hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden pada kategori usia dewasa akhir memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (65,38%) dibandingkan dengan responden pada kategori usia dewasa awal-madya (44,3%).

Berbagai penelitian menunjukkan adanya variasi kepatuhan pada berbagai kelompok usia. Penelitian yang dilakukan oleh Abel (2011) menunjukkan bahwa usia 40-49 tahun memiliki kepatuhan yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Venkatachalam, Abrahm, Singh, Stalin, dan Sathya (2015) menunjukkan bahwa kepatuhan tertinggi terdapat pada kelompok usia 30-39 tahun dan > 60 tahun. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Khan *et al* (2014) menunjukkan bahwa usia > 60 tahun memiliki kepatuhan yang tinggi. Oleh karena itu, tidak ada suatu teori yang secara pasti menyatakan bahwa kelompok usia

tertentu memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lainnya. Meskipun demikian, *literature review* yang dilakukan oleh Alsolami, Xiang-Yu, dan Correa-Vellez (2012) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap *treatment* antihipertensi menunjukkan bahwa pasien hipertensi yang lebih tua memiliki kepatuhan yang lebih tinggi serta pengetahuan yang lebih baik mengenai kondisinya dibandingkan pasien yang lebih muda.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia tertentu berhubungan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak dapat menunjukkan hubungan tersebut. Hal ini dapat terjadi karena kepatuhan diet adalah variabel yang berkaitan dengan gaya hidup yang dapat berbeda-beda dan dipengaruhi berbagai faktor meskipun dalam rentang usia yang sama. Faktor usia juga tidak dapat menjamin seseorang menerapkan perilaku kesehatan dengan baik apabila tidak didukung oleh faktor eksternal maupun internal lainnya. Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa perilaku harus melalui suatu tahapan yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif untuk menjadikan perilaku tersebut bersifat langgeng (*long lasting*). Oleh karena itu, usia tidak dapat dijadikan faktor penentu perilaku kesehatan yang dalam hal ini adalah kepatuhan diet, karena terdapat faktor lain yang perlu dipertimbangkan seperti pengetahuan, persepsi, motivasi, dan lain-lain yang tidak ada kecenderungan spesifik pada kelompok umur tertentu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) dan Novian (2013) yang meneliti kepatuhan diet pasien hipertensi di salah satu klinik di Semarang, yang menunjukkan bahwa usia tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan diet. Meskipun penelitian lainnya menunjukkan hasil yang berbeda, hal tersebut dapat disebabkan adanya perbedaan jumlah sampel serta *cut off point* dalam mengelompokkan usia responden. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Khan et al (2014) dengan jumlah sampel 400 orang serta menggunakan *cut off point* > 60 tahun dan < 60 tahun yang memiliki rentang usia yang cukup luas. Meskipun demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa responden pada tingkat usia yang lebih tua memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi, sesuai dengan hasil *literature review* yang telah dipaparkan sebelumnya.

Universitas Indonesia

6.3.2 Jenis Kelamin

Penelitian ini membagi jenis kelamin ke dalam 2 kategori, yaitu laki-laki dan perempuan. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan dengan persentase 84,76%. Hasil uji statistik antara jenis kelamin dan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,296 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun demikian responden berjenis kelamin perempuan memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (51,69%) dibandingkan laki-laki (37,5%).

Jenis kelamin dalam kaitannya dengan teori *health belief model* Glanz *et al* (2008) merupakan faktor pemodifikasi yang mempengaruhi perilaku kesehatan secara tidak langsung. Faktor jenis kelamin bersama faktor lainnya seperti pengetahuan, status sosio-ekonomi, dan dukungan dapat saling berinteraksi dan mempengaruhi kepatuhan. Selain itu, pada era global ini pendidikan tidak memandang gender, informasi mudah diakses oleh siapapun, serta tidak ada perbedaan dalam pelayanan kesehatan bagi laki-laki maupun perempuan. Oleh karena itu, jenis kelamin dapat menjadi salah satu faktor yang tidak mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung.

Secara teori tidak dijelaskan bahwa jenis kelamin tertentu berhubungan signifikan dengan kepatuhan dalam menjalankan diet bagi penderita hipertensi. Oleh karena itu, terdapat variasi kepatuhan pada berbagai penelitian. Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa jenis kelamin berhubungan signifikan dengan kepatuhan, di mana jenis kelamin laki-laki dihubungkan dengan kepatuhan yang lebih tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Flack, Novikov, dan Ferrario (1996) menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan berhubungan dengan kepatuhan yang lebih tinggi dalam terapi hipertensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Novian (2013), Shanti (2012), Khan *et al* (2014), dan Gohar (2008) yang menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Hal ini dapat disebabkan oleh sampel penelitian yang tidak cukup besar serta proporsi jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang tidak sebanding. Selain itu, terdapat faktor

Universitas Indonesia

lainnya baik internal maupun eksternal yang lebih berpengaruh terhadap kepatuhan. Namun, terdapat kecenderungan bahwa jenis kelamin perempuan memiliki kepatuhan yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Ramadona (2011) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan gender yang menyangkut keterampilan, perempuan memiliki tingkat ketelitian dan kepatuhan yang lebih tinggi sehingga perempuan lebih memperhatikan kesehatannya. Meskipun hasil tabulasi silang antara pendidikan dan jenis kelamin menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung memiliki pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan perempuan.

6.3.3 Pekerjaan

Peneliti membagi status pekerjaan menjadi 2 kategori, yaitu bekerja dan tidak bekerja. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini tidak bekerja dengan persentase sebesar 75,2%. Hasil uji statistik antara status pekerjaan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,193 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun demikian, responden yang tidak bekerja memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (53,16%) dibandingkan responden yang bekerja (38,46%).

Secara teori dikatakan bahwa status sosio-ekonomi yang salah satunya adalah pekerjaan mempengaruhi perilaku seseorang. Dalam teori *health belief model* Glanz *et al* (2008) status sosio-ekonomi mempengaruhi perilaku kesehatan secara tidak langsung. Penelitian yang dilakukan oleh Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa status pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan, responden yang tidak bekerja memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan responden yang bekerja.

Penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kepatuhan diet. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novian (2013) yang menunjukkan bahwa pekerjaan tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Hal ini terjadi karena proporsi responden yang bekerja dan tidak bekerja tidak sebanding sehingga dimungkinkan memperoleh hasil yang

tidak signifikan. Selain itu, dalam teori *health belief model*, pekerjaan atau status sosio ekonomi merupakan faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi perilaku seseorang. Meskipun demikian, peneliti menemukan bahwa responden yang tidak bekerja cenderung lebih patuh dibandingkan responden yang bekerja. Peneliti mengasumsikan, hal tersebut dimungkinkan terjadi karena bagi responden yang bekerja, rutinitas pekerjaan dapat menyebabkan tidak adanya waktu khusus untuk memperhatikan pola makan. Selain itu, bagi mereka yang bekerja, juga dimungkinkan akan melakukan makan siang di luar saat jam istirahat kantor bersama teman-teman sejawat. Pada saat itu orang akan mengabaikan diet tertentu yang seharusnya dilakukan.

6.3.4 Pendidikan

Peneliti membagi pendidikan ke dalam 2 kategori, yaitu pendidikan tinggi ($\geq$ SMA/ sederajat) dan pendidikan rendah ($<$ SMA/ sederajat). Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori pendidikan rendah dengan persentase 66,7%. Hasil uji statistik antara pendidikan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,783 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun demikian, responden dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (51,43%) dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan rendah (48,57%).

Atribut pribadi seseorang yang salah satunya adalah tingkat pendidikan dapat membentuk motivasi dan perilakunya. Perilaku ditentukan oleh dimensi fisik, emosi, dan kognitif (Bastable, 2002). Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap wawasan atau kognitif seseorang, pola berpikir, kemampuan menyerap informasi, dan berperilaku (Suhadi, 2011). Tentunya semakin tinggi tingkat pendidikan, diharapkan semakin baik seseorang dalam menerapkan perilaku yang dianjurkan. Dalam hal kepatuhan diet, penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) membuktikan bahwa kepatuhan diet berhubungan signifikan dengan tingkat pendidikan. Responden dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kepatuhan yang lebih tinggi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Santhi (2012) yang menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan dengan responden tingkat pendidikan rendah.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendidikan berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) dan Shamsi (2014), yang menunjukkan bahwa pendidikan tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Hal tersebut dapat terjadi karena proporsi responden dengan tingkat pendidikan tinggi maupun rendah memiliki proporsi cukup patuh dan kurang patuh yang tidak jauh berbeda.

Hal tersebut juga membuktikan bahwa pendidikan formal tidak dapat dijadikan acuan mutlak dalam menilai perilaku atau kepatuhan seseorang. Dalam hal kepatuhan diet, pendidikan informal seperti melalui penyuluhan, konseling gizi, maupun paparan informasi dari media massa lainnya dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Banyak faktor lain yang perlu diperhitungkan, dalam teori *health belief model* Glanz *et al* (2008) pendidikan merupakan faktor pemodifikasi yang mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan sehingga perlu diperhitungkan faktor lainnya seperti persepsi, dukungan, maupun faktor struktural lainnya dalam hal pengaruhnya terhadap kepatuhan diet.

Di lain sisi, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden yang berpendidikan tinggi cenderung lebih patuh dibandingkan responden yang berpendidikan rendah. Selain itu, hasil tabulasi silang antara jenis kelamin dan pendidikan menunjukkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan responden yang berjenis kelamin perempuan, meskipun demikian responden perempuan memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hal tersebut kembali menegaskan bahwa pendidikan formal tidak berpengaruh secara langsung terhadap kepatuhan diet. Hasil tabulasi silang lainnya menunjukkan bahwa responden yang berada pada kategori usia dewasa awal-madya memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan usia dewasa akhir, meskipun demikian responden pada kategori usia dewasa akhir memiliki proporsi kepatuhan yang

Universitas Indonesia

lebih tinggi. Hal ini kembali menegaskan bahwa terdapat faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap kepatuhan selain pendidikan formal.

6.3.5 Pendapatan

Peneliti membagi pendapatan ke dalam 2 kategori, yaitu pendapatan di atas UMR dan di bawah UMR. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori pendapatan di bawah UMR dengan persentase 72,4%. Uji statistik antara pendapatan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,475 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden yang memiliki pendapatan di atas UMR memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (55,17%) dibandingkan dengan responden yang berpendapatan di bawah UMR (47,37%).

Faktor sosio-ekonomi merupakan salah satu faktor determinan yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Gottlieb dan Green (1984) menemukan bahwa perilaku kesehatan biasanya dipraktikkan oleh kelompok usia yang lebih muda, golongan yang lebih kaya, berpendidikan baik, orang dengan tingkat stres yang rendah, dan adanya dukungan sosial (Taylor, 1995, p.77-78). Sebuah buku *the black report* (1980) menganalisis bahwa masyarakat lapisan sosio-ekonomi atas memiliki kesempatan yang lebih besar untuk menghindari penyakit dan tetap sehat dibandingkan masyarakat ekonomi bawah. Meskipun kedua kelompok tersebut mempraktikkan perilaku kesehatan, perbaikan kesehatan tidak sama atau masih terdapat kesenjangan antar kelompok tersebut (Maulana, 2009).

Dalam kaitanya dengan kepatuhan diet, berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendapatan atau status sosio-ekonomi berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Dijkstra *et al* (2014) menunjukkan bahwa pendapatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden yang berpendapatan rendah cenderung memiliki kepatuhan yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Armstrong (2010) menunjukkan bahwa responden dengan pendapatan rendah lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap pengobatan hipertensi dengan OR sebesar 5,828.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendapatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alsabbagh *et al* (2014) yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang kuat antara status sosio-ekonomi dan ketidakpatuhan bagi penderita hipertensi. Hasil serupa juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan Suhadi (2011), status sosio-ekonomi atau pendapatan tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun ada kecenderungan responden dengan penghasilan baik memiliki kepatuhan lebih besar dibandingkan responden dengan penghasilan kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Aue dan Roosen (2010) menunjukkan bahwa individu dengan status sosio-ekonomi yang tinggi 1,85 kali lebih besar kemungkinan untuk mengikuti suatu pola diet dengan kesadaran sendiri dibandingkan individu dengan status sosio-ekonomi rendah.

Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat terjadi karena proporsi responden dengan pendapatan di atas UMR maupun di bawah UMR memiliki persentase cukup patuh dan kurang patuh yang tidak jauh berbeda. Selain itu, peneliti mengasumsikan pendapatan yang tinggi tidak dapat menjamin seorang penderita hipertensi lebih patuh dalam menerapkan diet karena adanya kecenderungan pola hidup yang tidak sehat bagi masyarakat ekonomi menengah ke atas, seperti konsumsi *junk food* dan *fast food* yang tinggi garam, gula, dan lemak, namun hal tersebut juga terjadi pada masyarakat ekonomi bawah. Pada masyarakat ekonomi menengah ke bawah, konsumsi buah, sayur, dan susu rendah lemak sesuai rekomendasi sangat sulit untuk dicapai karena harga yang mahal atau akses terhadap bahan makanan yang sulit. Oleh karena itu, status sosio-ekonomi atau pendapatan tidak dapat dijadikan prediktor kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Hasil ini juga sesuai dengan teori *health belief model* Glanz *et al* (2008) yang menempatkan faktor sosio ekonomi sebagai faktor pemodifikasi yang tidak mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung.

Di lain sisi, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden dengan pendapatan di atas UMR cenderung lebih patuh dibandingkan responden yang berpendapatan di bawah UMR. Selain itu, hasil tabulasi silang antara pendidikan dan pendapatan menunjukkan bahwa responden dengan tingkat

Universitas Indonesia

pendidikan yang tinggi memiliki pendapatan di atas UMR, serta responden dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pendapatan di bawah UMR. Hal ini akan berpengaruh pada akses responden terhadap bahan makanan yang sehat dan bergizi serta pemilihan makanan.

6.3.6 Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 9,5% responden memiliki pengetahuan yang baik, 79,0% cukup, dan 11,4% kurang. Pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang diderita akan mendorong terbentuknya sikap dan perilaku kesehatan yang positif.

Berdasarkan aspek pengetahuan yang diukur, diketahui bahwa terdapat beberapa poin pengetahuan responden yang masih rendah, 81,9% responden tidak mengetahui bahwa obesitas merupakan salah satu faktor risiko hipertensi, 58,1% responden tidak mengetahui penyebab utama hipertensi, dan 40,95% responden tidak mengetahui bahwa hipertensi merupakan faktor risiko penyakit diabetes mellitus. Di lain sisi, sebagian besar responden telah memiliki pengetahuan yang baik terkait makanan yang dapat memicu hipertensi, faktor risiko hipertensi, definisi dan gejala klinis hipertensi, serta dampak penyakit akibat hipertensi.

Idealnya, pengetahuan yang baik terkait penyakit akan mendorong individu untuk berperilaku positif dalam meningkatkan derajat kesehatan serta menurunkan risiko komplikasi akibat penyakit yang dideritanya. Namun, hasil uji statistik antara pengetahuan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,486 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun hasil analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden dengan tingkat pengetahuan baik memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (60%) dibandingkan dengan tingkat pengetahuan kurang-cukup (48,42%).

Perilaku dibagi ke dalam 3 domain, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Komponen kognitif berupa pengetahuan merupakan dasar terbentuknya suatu perilaku kesehatan. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng

dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Sementara itu, WHO (2003) menyatakan bahwa pengetahuan tentang penyakit merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan pasien yang mempengaruhi kepatuhan.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan yang baik cenderung lebih patuh dibandingkan responden dengan pengetahuan yang kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) juga menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden dengan tingkat pengetahuan baik cenderung lebih patuh dibandingkan dengan responden dengan tingkat pengetahuan kurang-cukup. Penelitian yang dilakukan oleh Desitasari, Utami, dan Misrawati (2014) menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan tinggi cenderung lebih patuh dalam menerapkan diet dibandingkan responden dengan pengetahuan sedang.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aisyah (2003) dan Hareri (2013) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan terkait penyakit dengan kepatuhan. Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat terjadi karena proporsi responden dengan tingkat pengetahuan baik maupun kurang-cukup memiliki persentase cukup patuh dan kurang patuh yang tidak jauh berbeda. Selain itu, terdapat 3 domain yang harus dilewati untuk terbentuknya suatu perilaku kesehatan. Pengetahuan (*knowledge*) yang baik belum tentu menjamin seseorang patuh karena masih ada tahapan sikap (*attitude*) dan praktik (*practice*) untuk terbentuknya suatu perilaku yang akan menjadi kebiasaan (Notoatmodjo 2003). Banyak faktor lain yang perlu diperhitungkan, dalam teori HBM Glanz *et al* (2008) pengetahuan merupakan faktor pemodifikasi yang mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan sehingga perlu diperhitungkan faktor lainnya seperti persepsi, dukungan, maupun faktor struktural lainnya dalam hal pengaruhnya terhadap kepatuhan diet.

Universitas Indonesia

Di lain sisi, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden dengan pengetahuan yang baik cenderung memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan responden dengan pengetahuan yang kurang-cukup. Selain itu, hasil tabulasi silang antara persepsi manfaat dengan pengetahuan menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan adanya manfaat memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan responden yang mempersepsikan kurangnya manfaat. Hal ini sesuai dengan teori HBM Glanz *et al* (2008) yang menunjukkan bahwa pengetahuan secara langsung mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan.

6.3.7 Persepsi Manfaat

Peneliti membagi persepsi mengenai manfaat ke dalam 2 kategori, yaitu responden yang mempersepsikan bermanfaat dan kurang bermanfaat. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempersepsikan bermanfaat dengan persentase 83,88%. Uji statistik antara persepsi manfaat dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,019 (*p-value* <0,05) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan bermanfaat memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (54,54%) dibandingkan responden yang mempersepsikan kurang bermanfaat (23,53%). Nilai OR 3,900 menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan bermanfaat 3,9 kali lebih patuh dalam menerapkan diet hipertensi dibandingkan responden yang mempersepsikan kurang bermanfaat.

Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa dalam proses pembentukan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu yang disebut sebagai aspek sosio-psikologi perilaku kesehatan. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, dan belajar. Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi, setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda meskipun terhadap satu objek yang sama. Berdasarkan teori *Health Belief Model* Glanz *et al* (2008) dinyatakan bahwa persepsi mengenai manfaat mempengaruhi perilaku

individu secara langsung. Saat seseorang mempersepsikan dirinya rentan mengalami suatu penyakit serius atau memperoleh dampak serius dari suatu penyakit, apakah persepsi tersebut mendorong ia untuk merubah perilaku akan dipengaruhi oleh persepsi mengenai manfaat dari berbagai tindakan untuk mengurangi ancaman penyakit tersebut. Semakin tinggi persepsi mengenai manfaat, maka semakin besar peluang perilaku tersebut dilakukan dan sebaliknya. Dalam hal ini, semakin tinggi persepsi manfaat seseorang terhadap berbagai tindakan untuk pencegahan dampak hipertensi, maka diharapkan semakin tinggi kepatuhannya dalam menerapkan diet dan gaya hidup yang dianjurkan lainnya.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi manfaat berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Shanti (2012), Fair *et al* (2012), dan Suhadi (2011) menunjukkan bahwa persepsi manfaat berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Responden yang mempersepsikan adanya manfaat dari suatu tindakan cenderung untuk lebih patuh dalam menerapkan tindakan tersebut dibandingkan dengan responden yang mempersepsikan manfaat yang rendah atau kurang. Secara statistik juga terbukti dalam penelitian ini, yang ditunjukkan dengan nilai *p-value* <0,05.

Persepsi mengenai manfaat ini dapat muncul jika penderita hipertensi memahami segala aspek dari penyakit yang dideritanya dalam arti memiliki pengetahuan yang baik. Segala tindakan terkait perubahan gaya hidup, terapi pengobatan, serta penerapan diet hipertensi dapat dirasakan bermanfaat jika penderita terpapar informasi dengan benar, terbentuk pemahaman dan sikap yang baik, serta telah merasakan manfaat dari tindakan tersebut. Hal ini sesuai dengan hasil tabulasi silang antara variabel pengetahuan dan persepsi manfaat yang menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pengetahuan yang baik memiliki persepsi manfaat yang tinggi (89,6%) dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang (73,7%). Hal ini sesuai dengan teori *health belief model* yang menyatakan bahwa jika seseorang mempersepsikan adanya manfaat dari tindakan yang akan dilakukan maka semakin besar peluang tindakan tersebut untuk dilakukan atau dipatuhi.

6.3.8 Persepsi Hambatan

Peneliti membagi persepsi mengenai hambatan ke dalam 2 kategori, yaitu responden yang mempersepsikan adanya hambatan dan tidak ada hambatan. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempersepsikan adanya hambatan dengan persentase 61,9%. Uji statistik antara persepsi hambatan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,004 (*p-value* <0,05) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (67,5%) dibandingkan responden yang mempersepsikan adanya hambatan (38,46%). Nilai OR 3,007 menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan 3,007 kali lebih patuh dalam menerapkan diet hipertensi dibandingkan responden yang mempersepsikan adanya hambatan.

Glanz *et al* (2008) menyatakan bahwa persepsi hambatan merupakan persepsi mengenai adanya aspek potensial negatif yang menghambat pelaksanaan suatu tindakan sehat. Dalam bidang kesehatan, persepsi hambatan dapat berupa pengalaman yang tidak menyenangkan saat memperoleh tindakan medis, biaya yang mahal, akses ke pelayanan kesehatan yang jauh, dan lain sebagainya. Merubah keyakinan dengan meningkatkan persepsi manfaat dan mengurangi persepsi hambatan memungkinkan seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan yang dianjurkan (Cotento, 2007).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi hambatan berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Abraham.,*et al* (2015) dan Mahmoud (2012) menunjukkan bahwa persepsi hambatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Responden yang mempersepsikan adanya hambatan memiliki kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan. Penelitian yang dilakukan oleh Richardson, Simons-Morton, dan Annegers (1993) menunjukkan bahwa persepsi hambatan khususnya dalam hal biaya pengobatan/perawatan hipertensi yang tinggi berhubungan signifikan dengan ketidakpatuhan. Hambatan terkait biaya perawatan menyumbang 50% ketidakpatuhan pada penderita hipertensi khususnya yang berusia muda dan

Universitas Indonesia

berada pada tahap awal pengobatan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini, di mana proporsi kepatuhan lebih tinggi pada responden yang mempersepsikan tidak adanya hambatan. Nilai $p\text{-value} < 0,05$ menunjukkan bahwa persepsi hambatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi.

Jika dianalisis maka diperoleh suatu kesimpulan bahwa responden dengan persepsi manfaat yang tinggi cenderung memiliki persepsi hambatan yang rendah dan kemudian memiliki kepatuhan yang lebih baik. Sebaliknya, responden dengan persepsi manfaat yang rendah namun persepsi hambatan yang tinggi cenderung memiliki kepatuhan yang kurang. Pada dasarnya, responden yang mempersepsikan tidak ada hambatan akan lebih percaya diri dalam menerapkan diet serta yakin dengan manfaat yang akan diperoleh. Hubungan antar persepsi tersebut terbukti melalui hasil penelitian ini. Selain itu, hasil tabulasi silang antara pengetahuan dan persepsi hambatan menunjukkan hubungan yang signifikan, responden dengan tingkat pengetahuan yang kurang mempersepsikan adanya hambatan yang lebih tinggi dibandingkan responden dengan tingkat pengetahuan yang baik.

6.3.9 Persepsi Kemampuan Diri (*Self-efficacy*)

Peneliti membagi persepsi mengenai kemampuan diri ke dalam 2 kategori, yaitu yakin dengan kemampuan diri dan kurang yakin dengan kemampuan diri. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempersepsikan yakin dengan kemampuan dirinya dengan persentase 82,19%. Uji statistik antara persepsi kemampuan diri dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai $p\text{-value}$ sebesar 0,636 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kemampuan diri dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun hasil analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden yang mempersepsikan yakin dengan kemampuan dirinya cenderung memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (50,57%) dibandingkan dengan responden yang mempersepsikan kurang yakin dengan kemampuan dirinya (44,44%).

Persepsi mengenai kemampuan diri dapat diartikan sebagai persepsi seseorang terkait kemampuan dirinya dalam melaksanakan suatu perilaku untuk memperoleh *outcome* yang diinginkan (Bandura, 1997; Glanz et al, 2008). Persepsi mengenai kemampuan diri sering dinyatakan dalam pernyataan bahwa seseorang yakin atau percaya diri bahwa ia mampu melakukan suatu tindakan secara sukses. Ini merupakan suatu konsep baru yang ditambahkan dalam teori *health belief model* untuk menjelaskan perilaku jangka panjang seperti pola makan atau diet tertentu. Kurang yakin dengan kemampuan diri dapat menjadi penghambat terlaksananya suatu perilaku sehat yang dianjurkan (Cotento, 2007). Dalam penelitian ini diharapkan bahwa seseorang dengan persepsi mengenai kemampuan diri yang tinggi memiliki kepatuhan yang baik.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi mengenai kemampuan diri berhubungan dengan kepatuhan. Penelitian Mughal dan Torres (1992) menunjukkan bahwa responden dengan tingkat persepsi kemampuan diri (*self-efficacy*) yang tinggi cenderung memiliki kepatuhan diet yang lebih baik dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat persepsi *self-efficacy* rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Setiadi (2014) menunjukkan bahwa keyakinan diri berhubungan signifikan dengan kepatuhan, responden dengan keyakinan diri yang baik cenderung lebih patuh dibandingkan responden dengan keyakinan diri yang kurang baik.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prusak (2007) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi kemampuan diri atau kepercayaan diri dengan kepatuhan. Hal ini dapat terjadi karena proporsi responden yang yakin dengan kemampuan dirinya maupun kurang yakin dengan kemampuan dirinya memiliki persentase cukup patuh maupun kurang patuh yang tidak jauh berbeda. Selain itu, berdasarkan survei yang dilakukan oleh peneliti terdapat kecenderungan responden malu untuk menyatakan bahwa ia tidak mampu, meskipun dalam penerapan diet nyatanya ia tidak patuh. Meskipun demikian, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden yang mempersepsikan yakin

Universitas Indonesia

dengan kemampuan dirinya cenderung memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan responden yang kurang yakin dengan kemampuan dirinya.

Terdapat beberapa pendapat yang menyatakan bahwa persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) tidak berhubungan langsung dengan suatu perilaku kesehatan. Maddux (1991 & 1995a dalam Gochman, 1997) menyatakan bahwa hubungan antara *self-efficacy* dan *outcome* ekspektansi (dapat berupa perilaku kesehatan, seperti kepatuhan diet) masih membingungkan dan kontroversi, selain itu studi yang mengkaji hubungan antara kedua konsep tersebut masih sangat sedikit. *Self-efficacy* tidak secara eksplisit terdapat dalam teori awal *health belief model*, tetapi secara tersirat terdapat pada persepsi hambatan. Sebagai kesimpulan, dinyatakan bahwa *self efficacy* adalah suatu komponen dalam teori *health belief model* yang *underrepresented* (kurang terwakili), dengan demikian perlu dikaji lagi (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1998; Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986 dalam Schwarzer, 1992).

6.3.10 Dukungan Keluarga

Faktor eksternal berupa dukungan dari lingkungan merupakan salah satu determinan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Hampir seluruh responden (98,1%) memperoleh dukungan dari keluarga. Sebesar 63,8% responden dalam penelitian ini memperoleh dukungan keluarga yang kuat, sementara itu 36,3% responden memperoleh dukungan keluarga yang lemah. Adanya dukungan dari lingkungan yang dalam hal ini adalah keluarga merupakan strategi untuk mengaktifkan kesiapan seseorang dalam melakukan suatu perilaku kesehatan. Dukungan keluarga dapat menjadi *reminder system* dan membangkitkan kesadaran seseorang untuk menerapkan perilaku yang seharusnya dilakukan (Glanz *et al*, 2008).

Berdasarkan aspek dukungan keluarga yang diukur, diketahui bahwa hanya 35,24% responden yang diingatkan keluarga untuk berolahraga secara rutin dan 40% responden yang diingatkan untuk berhenti/tidak merokok. Hanya sebagian responden (52,38%) yang diingatkan keluarga untuk menimbang berat badan secara rutin. Sementara itu sebesar 43,8% responden tidak memperoleh dukungan untuk menerapkan diet hipertensi secara utuh.

Idealnya, dengan dukungan keluarga yang kuat maka individu akan semakin patuh dalam menerapkan suatu perilaku kesehatan. Namun, hasil uji statistik antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,793 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun hasil analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden dengan dukungan keluarga yang kuat cenderung memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (50,57%) dibandingkan responden dengan dukungan keluarga lemah (47,37%).

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor isyarat bertindak yang mampu mengaktifkan atau mendorong kesiapan seseorang dalam melakukan suatu perilaku kesehatan (Contento, 2011). Wilson (2001) menyatakan bahwa dukungan keluarga secara emosional terhadap diet pada tingkatan yang lebih tinggi berhubungan dengan kepatuhan yang baik. Oleh karena itu, dukungan keluarga yang kuat akan memungkinkan seseorang untuk menerapkan suatu perilaku dibandingkan pada mereka dengan dukungan keluarga yang lemah. Penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) dan Novian (2013) menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Dukungan keluarga yang kuat atau baik menghasilkan kepatuhan yang lebih tinggi (Glanz *et al*, 2008).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2009) dan Desitasari, Utami & Misrawati (2014) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet. Hal ini dapat terjadi karena proporsi responden dengan dukungan keluarga yang kuat maupun lemah memiliki persentase cukup patuh maupun kurang patuh yang tidak jauh berbeda. Selain itu, faktor internal maupun eksternal akan saling berpadu untuk menjadi perilaku suatu individu yang selaras dengan lingkungannya, kemudian apakah perilaku tersebut dapat diterima oleh lingkungan maupun individu itu sendiri (Notoatmodjo, 2003). Dari pernyataan tersebut terdapat faktor lain yang penting untuk diperhatikan terkait perilaku kepatuhan diet, yaitu faktor

Universitas Indonesia

internal seperti persepsi, sikap, dan motivasi yang dapat mempengaruhi kepatuhan secara lebih besar dibandingkan faktor eksternal seperti dukungan keluarga.

Di lain sisi, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden dengan dukungan keluarga yang kuat lebih patuh dalam menjalankan diet dibandingkan dengan dukungan keluarga yang lemah. Selain itu, hasil tabulasi silang antara dukungan sosial/*peer group* dan dukungan keluarga menunjukkan bahwa responden dengan dukungan sosial/*peer group* yang kuat memiliki dukungan keluarga yang kuat, sedangkan responden dengan dukungan sosial/*peer group* yang lemah memiliki dukungan keluarga yang lemah. Responden yang memperoleh dukungan dari tenaga kesehatan yang kuat memiliki dukungan keluarga yang kuat dan sebaliknya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perlu dukungan dari berbagai pihak untuk mendorong terciptanya suatu perilaku sehat.

6.3.11 Dukungan Sosial/*peer group*

Faktor eksternal berupa dukungan dari lingkungan merupakan salah satu determinan perilaku kesehatan, yang salah satunya adalah lingkungan sosial (Notoatmodjo, 2003). Sebesar 85,71% responden dalam penelitian ini memperoleh dukungan dari lingkungan sosial/*peer group*. Sebesar 50,5% responden dalam penelitian ini memperoleh dukungan sosial/*peer group* yang kuat, sementara itu 49,5% responden memperoleh dukungan sosial/*peer group* yang lemah. Dukungan sosial merupakan bagian dari faktor isyarat bertindak dalam teori *health belief model* yang dapat mendorong seseorang dalam menerapkan suatu perilaku kesehatan (Glanz *et al*, 2008).

Berdasarkan aspek dukungan sosial/*peer group* yang diukur, diketahui bahwa masih sangat rendahnya dukungan dari lingkungan sosial/*peer group* kepada penderita hipertensi terkait berbagai hal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 30,48% responden yang memperoleh dukungan dari lingkungan sosial/*peer group* dalam menerapkan diet hipertensi, 32,38% responden terkait berhenti/tidak merokok, 38,1% responden terkait menimbang berat badan secara rutin, 42,86% responden terkait berolahraga secara rutin, 45,71% responden terkait mengecek tekanan darah dan konsultasi diet secara rutin, serta 47,62%

responden terkait dukungan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang bagi penderita hipertensi. Dengan demikian, dukungan lingkungan sosial/*peer group* masih sangat rendah dalam berbagai hal yang ditunjukkan oleh proporsi responden yang memperoleh dukungan tersebut rata-rata di bawah 50%.

Idealnya, dukungan sosial/*peer group* dapat menjadi faktor pendorong bagi individu dalam menerapkan suatu perilaku sehat. Namun, hasil uji statistik antara dukungan sosial/*peer group* dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,380 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial/*peer group* dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun hasil analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden dengan dukungan sosial/*peer group* yang lemah cenderung memiliki kepatuhan yang lebih tinggi (53,85%) dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan sosial/*peer group* yang kuat (45,28%).

Dukungan sosial merupakan bagian dari isyarat bertindak yang mampu mengaktifkan atau mendorong kesiapan seseorang dalam melakukan suatu perilaku kesehatan (Contento, 2011). Jaringan sosial dapat mempengaruhi perilaku kesehatan melalui berbagai mekanisme. Dukungan sosial yang merupakan bagian dari jaringan sosial memainkan peran kunci dalam mempengaruhi perilaku kesehatan, termasuk perilaku preventif, kepatuhan, dan manajemen penyakit kronis (Martin dan Dimatteo, 2014).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial mempengaruhi perilaku kesehatan dan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Goodrich dan Williams (1994) menunjukkan bahwa dukungan yang bersifat umum maupun spesifik terhadap diet menjadi prediktor terhadap kepatuhan diet pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Khat *et al* (2014) menunjukkan bahwa berbagai bentuk kegiatan dan dukungan sosial menjadi prediktor ketidakpatuhan. Lebih dari satu kegiatan sosial dalam seminggu, pengaruh *peer group*, tidak ada teman yang mengikuti rekomendasi diet, serta kurang yakin bahwa diet sebagai langkah efektif untuk mengontrol tekanan darah, menjadi prediktor signifikan dari ketidakpatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Ahrari, Moshki & Bahrami (2014) menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan signifikan dengan kepatuhan.

Universitas Indonesia

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial/*peer group* berhubungan signifikan dengan kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011). Penelitian yang dilakukan oleh Schoenberg (1998) juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi mengenai dukungan sosial dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi.

Hal ini dapat terjadi karena proporsi responden dengan dukungan sosial yang kuat maupun lemah memiliki persentase cukup patuh maupun kurang patuh yang tidak jauh berbeda. Hal ini juga menunjukkan bahwa banyak faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap kepatuhan responden, misalnya faktor internal seperti persepsi, sikap, dan motivasi. Selain itu peneliti mengasumsikan bahwa, jika responden hidup di lingkungan sosial dengan pemahaman dan sikap terhadap kesehatan yang rendah maka dukungan secara sosial sulit diperoleh. Hal ini tergambar melalui hasil penelitian ini, yang mana, meskipun responden memperoleh dukungan sosial yang lemah tetapi memiliki persentase kepatuhan diet yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang memperoleh dukungan sosial secara kuat.

Hasil tabulasi silang beberapa variabel menunjukkan bahwa terdapat faktor lain yang mempengaruhi dukungan sosial/*peer group*. Responden dengan dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan yang kuat memiliki dukungan sosial/*peer group* yang kuat dan sebaliknya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa untuk terlaksananya suatu perilaku maka terdapat berbagai faktor eksternal yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi.

6.3.12 Dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan merupakan bagian dari faktor isyarat bertindak dalam teori *health belief model* yang dapat mendorong seseorang dalam menerapkan suatu perilaku kesehatan (Glanz *et al*, 2008). Sebesar 91,43% responden dalam penelitian ini memperoleh dukungan tenaga kesehatan. Sebesar 53,3% responden memperoleh dukungan dari tenaga kesehatan secara kuat, sementara itu 46,7% responden memperoleh dukungan tenaga kesehatan yang lemah.

Berdasarkan aspek dukungan tenaga kesehatan yang diukur, diketahui bahwa hanya 33,33% responden yang diingatkan oleh tenaga kesehatan untuk berolahraga secara rutin. Sebesar 40,95% responden yang memperoleh dukungan untuk menerapkan diet hipertensi dan pengingatan untuk berhenti/tidak merokok. Sementara itu hanya sebagian responden (49,52%) yang memperoleh dukungan dari tenaga kesehatan terkait pengelolaan stres.

Idealnya, dukungan dari tenaga kesehatan dapat menjadi pendorong individu dalam menerapkan suatu perilaku sehat. Namun, hasil uji statistik antara dukungan tenaga kesehatan dengan kepatuhan diet menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,620 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan tenaga kesehatan dengan kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede. Meskipun hasil analisis bivariat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, namun responden dengan dukungan tenaga kesehatan yang kuat cenderung memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi (51,79%) dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan tenaga kesehatan yang lemah (46,94%).

Tenaga kesehatan merupakan salah satu garda utama dalam menunjang menunjang kepatuhan pasien. Terdapat beberapa penelitian yang mengkaji hubungan antara efek dari dukungan tenaga kesehatan serta sistem terkait dengan kepatuhan, di mana hubungan yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan akan meningkatkan kepatuhan (WHO, 2003). Dukungan dari tenaga kesehatan dapat berupa pemberian peringatan untuk minum obat atau menerapkan diet, konsultasi gizi, motivasi, dan lain sebagainya. Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Novian (2013) menunjukkan bahwa kepatuhan diet yang tinggi terdapat pada responden dengan dukungan dari tenaga kesehatan yang baik. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Abel (2011) menunjukkan bahwa kepercayaan yang tinggi pada petugas kesehatan memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan tenaga kesehatan merupakan prediktor signifikan dari kepatuhan, namun penelitian ini tidak menunjukkan hubungan tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan

Universitas Indonesia

oleh Zuliana (2010) yang menunjukkan bahwa dukungan tenaga kesehatan seperti penyuluhan dan sikap petugas kesehatan, tidak berhubungan dengan kepatuhan responden. Hal ini dapat terjadi karena proporsi responden dengan dukungan tenaga kesehatan yang kuat maupun lemah memiliki persentase cukup patuh maupun kurang patuh yang tidak jauh berbeda.

Faktor internal seperti motivasi, persepsi manfaat yang rendah dan persepsi hambatan yang tinggi memegang peranan penting terhadap kepatuhan yang terbukti melalui penelitian ini. Faktor eksternal seperti dukungan yang diberikan tenaga kesehatan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan responden (misalnya penyuluhan atau konseling gizi) belum tentu membuat responden menerapkan perilaku kepatuhan, karena hal tersebut bergantung pada persepsi dan perilaku responden itu sendiri. Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor internal lebih berpengaruh terhadap kepatuhan diet responden dibandingkan dengan faktor eksternal. Selain itu, dukungan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan pada umumnya diberikan dalam bentuk motivasi dan penyuluhan yang sulit dimonitoring, sedangkan peluang untuk tidak dipatuhi sangat besar.

Di lain sisi, penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa responden dengan dukungan tenaga kesehatan yang kuat memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan dukungan tenaga kesehatan yang lemah. Hasil tabulasi silang beberapa variabel menunjukkan bahwa terdapat faktor lain yang mempengaruhi dukungan tenaga kesehatan. Responden dengan dukungan keluarga dan dukungan sosial/*peer group* yang kuat memiliki dukungan dari tenaga kesehatan yang kuat dan sebaliknya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perlu dukungan dari berbagai pihak untuk terciptanya suatu perilaku sehat.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan penderita hipertensi di wilayah kerja UPF Puskesmas Bojonggede dalam menerapkan diet hipertensi berdasarkan DASHI masih rendah, responden yang berada dalam kategori cukup patuh sebesar 49,52% dan kategori kurang patuh sebesar 50,48%.
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat dengan kepatuhan diet DASHI, responden yang mempersepsikan adanya manfaat dari berbagai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi ancaman atau dampak dari hipertensi 3,9 kali lebih patuh dalam menjalankan diet DASHI.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan kepatuhan diet DASHI, responden yang mempersepsikan tidak adanya hambatan 3,077 kali lebih patuh dalam menjalankan diet DASHI.
4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik responden dengan kepatuhan diet DASHI. Namun terdapat kecenderungan bahwa kelompok usia dewasa akhir, jenis kelamin perempuan, responden yang tidak bekerja, berpendidikan tinggi, pendapatan di atas UMR, dan berpengetahuan baik memiliki proporsi kepatuhan lebih tinggi dibandingkan kategori lainnya pada masing-masing variabel tersebut.
5. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi mengenai kemampuan diri (*self-efficacy*) dengan kepatuhan diet DASHI.
6. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor isyarat bertindak dengan kepatuhan diet DASHI. Namun terdapat kecenderungan bahwa responden dengan dukungan keluarga yang kuat, dukungan sosial/*peer group* yang lemah, dan dukungan tenaga kesehatan yang kuat, memiliki proporsi kepatuhan lebih tinggi dibandingkan responden kategori lainnya pada masing-masing variabel tersebut.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Puskesmas Bojonggede atau Instansi Terkait

Pihak puskesmas diharapkan merekomendasikan diet DASHI sebagai pola diet bagi penderita hipertensi. Melihat hasil penelitian bahwa pada dasarnya sebagian responden telah berada pada kategori cukup patuh jika dievaluasi kepatuhannya berdasarkan DASHI tersebut. Pihak puskesmas disarankan untuk memberikan konseling terkait diet tersebut saat pasien melakukan kontrol. Mengingat terdapat beberapa kelompok bahan makanan dalam DASHI, maka pemberian informasi terkait diet DASHI dapat dilakukan secara bertahap.

Melihat tingginya prevalensi hipertensi serta rendahnya kepatuhan diet pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bojonggede, maka diharapkan puskesmas memaksimalkan fungsinya sebagai upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat I khususnya terkait UKM pengembangan. Pihak puskesmas diharapkan menjadikan hipertensi sebagai salah satu prioritas masalah kesehatan sehingga program-program yang dikembangkan memuat unsur-unsur pencegahan dan pengendalian hipertensi. Adapun program-program yang disarankan adalah penyuluhan, konseling, dan intervensi melalui berbagai bentuk media.

Pihak puskesmas diharapkan memberikan penyuluhan tentang faktor risiko, gejala, dampak dan komplikasi, serta diet DASHI kepada penderita hipertensi khususnya dan masyarakat pada umumnya. Pihak puskesmas diharapkan mensosialisasikan pesan kesehatan dalam Permenkes nomor 30 tahun 2013 terkait konsumsi gula, garam, dan lemak. Selain itu perlunya penyuluhan terkait asupan buah dan sayur melihat rendahnya asupan buah dan sayur pada penderita hipertensi. Kemudian, perlu ditekankan manfaat yang diperoleh jika mampu menerapkan diet DASHI, pengobatan, serta pola hidup sehat sebagai manajemen hipertensi.

Pihak puskesmas juga diharapkan mampu mengedukasi penderita hipertensi mengenai hambatan-hambatan dalam menerapkan diet serta cara mengatasinya. Jika pada saat berobat pasien didampingi oleh keluarga, maka pihak puskesmas dapat mengedukasi keluarga mengenai diet dan perubahan gaya hidup pada penderita hipertensi. Serta mengingatkan keluarga untuk selalu

Universitas Indonesia

memotivasi penderita hipertensi dengan cara mengingatkan minum obat, memberitahu makanan yang dianjurkan dan dihindari, membantu mengelola stres, serta berbagai aktivitas lainnya yang berkaitan dengan manajemen hipertensi.

Pihak puskesmas juga diharapkan melakukan monitoring dan evaluasi terkait penerapan diet penderita hipertensi pada saat ia melakukan kontrol setiap bulannya. Sebaiknya ada formulir khusus yang dapat dijadikan acuan untuk mengevaluasi diet pasien. Dengan demikian, diet pasien selalu terpantau dan dapat dideteksi segera jika terjadi perubahan pola makan ke arah yang negatif. Hal ini dapat dilakukan melalui *24-hours recall* atau form lainnya untuk mengkaji asupan pasien yang dapat dilakukan saat pasien tersebut kontrol ke puskesmas.

Mengingat tingginya prevalensi penderita hipertensi di UPF Puskesmas Bojonggede, serta rendahnya kepatuhan diet maka perlu dikembangkan suatu media KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) gizi. Puskesmas/instansi kesehatan dapat bekerja sama dengan pihak *provider* tertentu untuk melakukan edukasi lewat SMS (*short message service*) yang berisi pesan kesehatan bagi masyarakat umumnya dan penderita hipertensi khususnya. Puskesmas dapat mengembangkan sistem tutor sebaya antara penderita hipertensi dimana mereka saling berbagi informasi dan mengingatkan terkait berbagai hal yang berhubungan dengan hipertensi. Edukasi lewat media leaflet, poster, *banner* juga sebaiknya dimasifkan. Selain itu, pihak puskesmas dapat mengintervensi melalui pengoptimalan fungsi Posbindu sebagai sarana pengecekan tekanan darah secara rutin, edukasi bagi lansia, konseling gizi, pembentukan tim senam jantung sehat, dan lain-lain.

7.2.2 Bagi Penderita Hipertensi

Penderita hipertensi disarankan untuk menerapkan DASHI sebagai pola makan bagi penderita hipertensi. Selain itu, penderita hipertensi diharapkan mampu secara aktif meningkatkan pengetahuannya terkait penyakit hipertensi dan faktor-faktor terkait lainnya. Dengan meningkatkan pengetahuan dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan persepsi hambatan dan meningkatkan persepsi manfaat atas segala tindakan yang berhubungan dengan pengendalian hipertensi. Penderita hipertensi sebaiknya memiliki pengingat bagi dirinya sendiri (bisa dari

pihak keluarga, teman, atau petugas kesehatan) mengenai waktu pengecekan tekanan darah, penimbangan berat badan, makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari, dan hal-hal positif lainnya.

7.2.3 Bagi Masyarakat

Melalui hasil penelitian ini diharapkan agar masyarakat lebih peduli terhadap penderita hipertensi yang berada dilingkungannya. Masyarakat sebaiknya menjadi salah satu pihak yang mampu mengingatkan penderita hipertensi untuk menjaga pola makan, patuh minum obat, rutin mengecek tekanan darah, dan lain sebagainya. Masyarakat dalam hal ini pihak Rukun Warga (RW) maupun Rukun Tetangga (RT) diharapkan mengembangkan program seperti senam warga, menyisipkan materi-materi kesehatan (penyuluhan kesehatan) saat kegiatan warga seperti pengajian/gotong-royong, dan mengadakan acara-acara yang mengangkat tema kesehatan, mengingat tingginya prevalensi penderita hipertensi di Kabupaten Bogor.

7.2.4 Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain yang ingin meneliti terkait kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi. Peneliti lain sebaiknya meneliti berbagai variabel yang belum diteliti dalam penelitian ini, selain itu jumlah sampel dapat diperbesar, dengan metode penelitian yang lebih akurat, hingga analisis multivariat. Peneliti lainnya dapat melakukan studi intervensi terkait kepatuhan diet DASHI pada penderita hipertensi, sehingga dapat dilihat pengaruh langsung DASHI dalam menurunkan tekanan darah bagi penderita hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abel, W.M. (2011). *Issues influencing medication in black women with hypertension*. Tesis/Disertasi. The University of North Carolina at Greensboro, p.292.
- Abraham, A.M., *et al.* (2015). Illness perception and perceived barriers to self care in patients with type 2 diabetes mellitus: An exploratory study from India. *Journal of diabetes in developing country*, -.
- Agrina., Rini, S.S., & Hairitama, R. (2011). *Kepatuhan lansia penderita hipertensi dalam pemenuhan diet hipertensi*. April, 2011. Universitas Riau. <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JS/article/viewFile/2001/1969>, (15 Feb. 2015).
- Ahrari., *et al.* (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restriction among hemodialysis patients in iran. *Journal of caring science*, 3.1, 11-19.
- Aisyah. (2003). Hubungan persepsi, pengetahuan TB Paru, dan PMO dengan kepatuhan berobat pasien tb paru di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur tahun 2001. Tesis: Universitas Indonesia.
- Almatsier, S. (2010). *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Alsabbagh, Wasem., *et al.* (2014). Socioeconomic status and Nonadherence to Antihypertensive Drugs: A systematic review and meta-analysis. *Value in Health*, 17, 288-296.
- Alsolami, F., Xiang-Yu, H., Correa-Velez, I. (2012). Factors affecting antihypertensive treatment adherence: A Saudi Arabian Perspective. *Clinical Medicine and Diagnostics*, 2(4), 27-32.
- Ariawan, I. (1998). *Besar Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI.
- Armstrong, K.A. (2010). *The relationship of personal characteristic, behavioral capability, environmental factors, and hypertension medication adherence in African American adults with metabolic syndrome*. Georgia State University, p.187.
- Aue, K dan Roosen, J. (2010, September). *Comparing socioeconomic status and a*

combined poverty indicator as a determinant of health behavior. Paper presented in 1st Joint EAAE/AAEA Seminar, Germany.

Axelsson, M., et al. (2011), *The influence of personality traits in reported adherence to medication in individual with chronic disease: An epidemiological study in West Sweden.* PLoS ONE 6(3). doi: 10.1371/journal.pone.001241.

Azadbakht., et al. (2011). Effect of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Eating Plan on Cardiovascular Risk among Type 2 Diabetic Patient: A Randomized Crossover Clinical Trial. *Diabetes Care*, 34, 55-7.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset kesehatan dasar.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2014). Studi diet total: Survei konsumsi makanan individu Indonesia 2014. Jakarta: Balitbangkes, Kementerian Kesehatan RI.

Bastable, S.B. Widyastuti, P. (ed). (2002). *Perawat sebagai Pendidik: Prinsip Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran.* (Terj. Gerda Wulandari & Gianto Widiyanto). Jakarta: EGC.

Baune, B.Th., Aljeesh, Y., Bender, R. (2005). Factors of non-compliance with the therapeutic regimen among hypertensive men and women: A case-control study to investigate risk factors of stroke. *European Journal of Epidemiology*, 20, 411-419.

Bonaccio, M., et al. (2012). Mass media information and adherence to mediterranean diet: Result from the Moli-sani study. *International Journal of Public Health*, 57, 589-597.

Brantsæter, AL. (-, September). Design, Use, and Interpretation of Food Frequency Questionnaire. Norwegian Institute of Public Health. <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-les/gees/inflame/consortium/atcs/food-frequency-question-brantsaeter.pdf>, (4 May. 2015).

Cardiovascular Diseases and Conditions: Findings from Gachon University Update Understanding of Hypertension (The impact of medication adherence on health outcomes for chronic metabolic diseases: A retrospective cohort study). **Universitas Indonesia**

- study). Desember 14, 2014. *Diabetes Week*, p. 130.
<http://search.proquest.com/docview/1636975892?accountid=17242>, (15 Feb. 2015).
- Chandra, B. (2009). *Ilmu Kedokteran Pencegahan & Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Corwin, EJ. (2009). *Buku Saku Patofisiologi (Ed. 3)*. (Terj. Nike Budhi Subekti). Jakarta: EGC.
- Cotento, I.R. (2011). *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Damjanovi, M dan Barton, M. (2008). Fat Intake and Cardiovascular Response. *Medical Sciences-Urology and Nephrology*, 10, 25-31.
- Fathina, U.A. (2007).
- Dehghan M., et al. (2012). Validation of a Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire for Argentinean Adults. *PLoS ONE* 7(5): e37958. doi:10.1371/journal.pone.0037958
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013*. Maret 13, 2015. Jakarta: Depkes.
http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod/permenkes/PMK%20No.%2075%20Ttg%20Angka%20Kecukupan%20Gizi%20Bangsa%20Indonesia.pdf.
- Desitasari., et al. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Mei 30, 2015.
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=186714&val=6447&title=Hubungan%20Tingkat%20Pengetahuan,%20Sikap%20Dan%20Dukungan%20Keluarga%20Terhadap%20Kepatuhan%20Diet%20Pasien%20Gagal%20Ginjal%20Kronik%20Yang%20Menjalani%20Hemodialisa>.
- Dijkstra., et al. (2014). Adherence to dietary guidelines for fruit, vegetables and fish, among older dutch adults; The role of education, income, and job prestige. *The journal of nutrition, health & aging*, 18, 115-121.
- Doulougou, B., et al. (2014). Differences in Hypertension between Informal and Formal Areas of Ouagadougou, A Sub-Saharan African City. *BMC Public Health*, 14, 893.
- Droatar, D. (ed). (2000). *Promoting Adherence to Medical Treatment in Chronic*

Childhood Illness: Concepts, Methods, and Intervention. New Jersey: Lawrence Erlbaum Association, Inc.

Elmiani., Sewang, N., Darmawan, S. (2014). Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 4 (2), 213-220. Februari 15, 2015. <http://library.stikesnh.ac.id/files/disk1/10/elibrary%20stikes%20nani%20hasanuddin--elmianinur-460-1-42142132-1.pdf>.

Fair., et al. (2012). The interaction of perceived risk and benefits and the relationship to predicting mammography adherence in African American women. *Oncology nursing forum*, 39, 53-60.

Flack, J.M., Novikov, S.V., Ferrario, C.M. (1996). Benefits of adherence to anti hypertensive drug therapy. *Europen Heart Journal*, 17, 16-20.

Folsom, AR., Parker, ED, dan Harnack, LJ. (2007). Degree of Concordance with DASH Diet Guidelines and Incidence of Hypertension and Fatal Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 20, 225-232.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K (Ed.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.)*. USA: Jossey-Bass.

Glanz, K., Lewis F.M., Rimer, B.K. (1990). *Health behavior and health education*. USA: Jossey-Bass Inc Pusblisher.

Gochman, D.S. (ed.). (1997). *Handbook of Health Behavior Reserach I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.

Gohar, Faekah., et al. (2008). Self-care and adherence to medication: A survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8:4.

Goodrich and Williams. (1994). Social support and dietary adherence of elderly persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. University of South Florida: Dissertasion & Theses.

Harahap, Heryudarini. (2009). Pengaruh diet penurunan berat badan dan tekanan darah pada penderita prahipertensi yang kegemukan. Institut Pertanian Bogor: Disertasi.

Hareri, H.A., Abebe, M., Asefaw, T. (2013). Assessments of adherence to

Universitas Indonesia

hypertension managements and its influencing factors among hypertensive patients attending black lion hospital chronic follow up unit, Addis Ababa, Ethiopia- A cross-sectional study. *International Journal of Pharmaceutical Science and Research*, 4, 10.

Hartono, A. (2006). *Terapi Gizi & Diet Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.

Heard, E.B.S., et al. (2011). Mediating Effects of Social Support on the Relationship among Perceived Stress, Depression, and Hypertension in African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 116, 22.

Hicks, L.S., et al. (2004). Determinants of JNC VI guideline adherence, intensity of drug therapy, and blood pressure control by race and ethnicity. *Journal of American Heart Association: Hypertension*, 44, 429-434.

Hochbaum, G.M., dimodifikasi penulis lain. "Health Belief Model (HBM)".

Februari 10, 2015.
http://www.med.uottawa.ca/courses/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf.

Hubungan Asupan Sumber Lemak dan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi. Maret 4, 2015. Semarang: Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id/26108/>.

Iloh, G.U.P., et al. (2014). Adherence to Lifestyle Modifications among Adult Hypertensive Nigerians with Essential Hypertension in a Primary Care Clinic of a Tertiary Hospital in Resource-poor Environmental of Eastern Nigeria. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 4, 3478-3490.

Indrawati, L., et al. (2009). Hubungan Pola Kebiasaan Konsumsi Makanan Masyarakat Miskin dengan Kejadian Hipertensi di Indonesia. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 19, 174-184.

Joho, A.A. (2012). Factors affecting treatment compliance among hypertension patient in three district hospitals - Dar Es Salaam. Muhimbili University of Health and Allied Science: Dissertation.

Kaplan., Norman, M., Victor, R.G. (2010). *Kaplan's Clinical Hypertension*. (10th ed.). Philadelphia: LIPPINCOTT Williams & Walkins.

Kearney, P.M., et al. (2004). World Wide Prevalence of Hypertension: A Systematic Review. *Journal of Hypertension*, 22, 11-19.

Universitas Indonesia

- Keputusan Gubernur Jawa Barat. (2014). No: 561/Kep.1581-Bangsos/2014 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota di Jawa Barat Tahun 2015.
- Khan, M.S., *et al.* (2014). Frequency and predictors of non-compliance to dietary recommendations among hypertensive patients. *Journal of Community Health*, 39, 732-736.
- Khanam, M.A., *et al.* (2014). Hypertension: Adherence to Treatment in Rural Bangladesh -findings from A Population-based Study. *Global Health Action, University of Newcastle*, 7.
- Kholid, A. (2012). Promosi kesehatan: dengan pendekatan teori perilaku, media, dan aplikasinya untuk mahasiswa dan praktisi kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers.
- Khomsan, A., *et al.* (2004). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Klein., *et al.* (2006). *Medication Adherence: Many Conditions, A Common Problem*. Maret 7, 2015. http://www.ideo.com/images/uploads/news/pdfs/HFES_IDEOadherence_2006.pdf.
- Kroke., *et al.* (1999). Validation of e Self-administered Food Frequency Questionnaire Administered in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Study: Comparison of Energy, Protein, and Macronutrient Intake Estimated with the Doubly Labeled Water, Urinary Nitrogen, and Repeated 24-h Dietary Recall Methods. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 439-447.
- Kumanyika, S.K., *et al.* (2012). Sodium Reduction for Hypertension Prevention in Overweight Adults: Further Results from the Trials of Hypertension Prevention Phase II. *Journal of Human Hypertension*, 19, 33-45.
- Kwan., *et al.* (2013). Compliance with the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet: A systematic Review. *PLoS One*, 8.
- Lagi, A., *et al.* (2006). Compliance with Therapy in Hypertensive Patients. *Internal Emergency Medical*, 1, 204-208.
- Lin-Lien., *et al.* (2008). Analysis of Prevalence and Risk Factors of Hypertension

- Among Uygur Adults in Tushala and Hetien Xinjiang Uygur Autonomous Region. *Cardiovascular Toxicol*, 8, 87-91.
- Mahan, L.K., & Escott-Stump. (2008). *Krause's Food & Nutrition Therapy*. (12th ed.). Canada: Saunders Elsevier.
- Mahmoud, M.I.H. (2012). Compliance with Treatment of Patients with Hypertension in Almadinah Almunawwarah: A Community-based Study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7 (2), 92-98.
- Martin, L.R dan Dimatteo, M.R. (Ed.). (2014). *The Oxford Handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*. UK: oxford university press.
- Maulana, H.D.J. (2009). Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Mayo Clinic. (2014). High Blood Pressure (Hypertension). April 11, 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/art-20045868?pg=2>.
- Mayo Clinic. (2013). *DASH diet: Healthy eating to lower your blood pressure*. April 1, 2015. <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20048456>.
- Mihrete, K. (2012). *Association Between Fast Food Consumption and Obesity and High Blood Pressure among Office Workers*. Walden University, 127.
- Moser, M. (2008). *Clinical Management of Hypertension*. New York: Professional Communications, Inc.
- Mughal dan Torres. (1992). The relationship of diet-related knowledge and self efficacy to dietary adherence among adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. -, 273.
- Nadar, S dan Lip, G, eds. (2009). *Oxford Cardiology Library: Hypertension*. Oxford, GBR: Oxford University Press.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2006). *Your Guide to Lowering Blood Pressure: NIH Publication No. 06-5834*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2004). *National High Blood Pressure Education Program: The Seventh Report of the Joint National Committee in Prevention, Detection, Evaluation, and*
- Universitas Indonesia**

- Treatment of High Blood Pressure*. Maret 7, 2015. NIH Publication No. 04-5230. <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>.
- Ndumele, C.D., et al. (2010). Disparities in Adherence to Hypertensive Care in Urban Ambulatory Settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21, 132-143.
- Neal, B., MacMahon, S., dan Chapman, N. (2000). Effects of ACE Inhibitors, Calcium Antagonists, and other Blood-Pressure-Lowering Drugs: Results of Prospectively Designed Overviews of Randomised Trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*, 356, 1955-1964.
- Nijjar & Bobby. (2001). *The relationship of perceived threat, knowledge, and health locus of control to compliance with diabetes management regimen among South Asians living in greater Vancouver*. -, p.192.
- Northwestern University, Center for Healthcare Equity-Institute for Healthcare Studies.(n.d.). *Socioeconomic status*. Februari 17, 2015. <http://chicagohealth77.org/characteristics/socioeconomic/>.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Novian, A. (2013). Kepatuhan diet pasien hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9, 100-105.
- Pan, X., et al. (2010). Interaction between the C(-344)T Polymorphism of CYP11B2 and Alcohol Consumption on the Risk of Essential Hypertension in a Chinese Mongolian Population. *European Journal of Epidemiology*, 25, 813-821.
- Pradono, J., Indrawati, L, dan Murnawan, T. (2013). Permasalahan dan Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Terjadinya Hipertensi di Kabupaten Bogor Prov. Jawa Barat. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 41, 61-71.
- Prusak, O. (2007). Relationships among locus of control, perceived self-efficacy, and medication adherence in members of Double -Trouble in Recovery or Dual Recovery Anonymous self -help groups. Capella University: Disertasi.
- Purnama., A.S. (2012). Hubungan antara kemampuan membaca label informasi

nilai gizi, persepsi terhadap rasa produk, dan faktor lain dengan kepatuhan membaca label informasi nilai gizi pada siswa/i Mandalahayu, Bekasi tahun 2012. Universitas Indonesia: Skripsi.

Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. (-). *Hipertensi*. Maret 7, 2015. Jakarta: Kemenkes RI.
<http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi.pdf>.

Ramadona, A. (2011). *Pengaruh konseling obat terhadap kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik khusus Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang*. Universitas Andalas: Tesis.

Richardson, Simons-Morton, dan Annegers. (1993). Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medications. *Health Education Quarterly*, 20(4), 489-503.

Rookes, P dan Willson, J. (2000). *Perception: Theory, Development and Organisation*. London: Routledge.

Sacks, FM., et al. (2001). Effect on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *The New England Journal of Medicine*, 344, 3-10.

Santhi, F. (2012). *Kepatuhan Minum Obat Filariasis pada Pengobatan Massal Berdasarkan Teori Health Belief Model di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011*. Depok: Universitas Indonesia.

Sari, L. K. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam pemabatasan asupan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di ruang hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta 2009. Mei 30, 2015. <http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file.../LITA%20KARTIKA%20SARI.Pdf>.

Schoenberg, N.E. (1998). The relationship between perceptions of social support and adherence to dietary recommendations among African-American elders with hypertension. *The International Journal of Aging and Human Development*, 47, 279-97.

Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. New York: Taylor & Francis Group.

Universitas Indonesia

- Setiadi, A. (2014). Hubungan keyakinan diri dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita DM tipe II di wilayah kerja puskesmas ayah. Universitas Jenderal Soedirman: Skripsi.
- Shamsi, A., *et al.* (2014). Is there any relationship between medication adherence compliance and affective temperaments in patients with type 2 diabetes?. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13, 96.
- Suhadi. (2011). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia dalam Perawatan Hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang*. Universitas Indonesia: Tesis.
- Sumarno, S., *et al.* (2011). *Evaluasi Program Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU)*. Jakarta: P3KS Press.
- Streppel., *et al.* (2013). Relative Validity of the Food Frequency Questionnaire used to Assess Dietary Intake in the Leiden Longevity Study. *Nutrition Journal*, 12, 75.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*. (3rd ed.). USA: McGraw-Hill, Inc.
- Trivedi, R.B., *et al.* (2008). The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 489-497.
- Venkatachalam, J., *et al.* Determinants of patient's adherence to hypertension medications in a rural population of Kancheepuram District in Tamil Nadu, South India. *Journal of Community Medicine*, 40, 33-37.
- Whiteley, J.A. (2006). *Exploring Predictors of Medication Adherence in Hypertensive African Americans: What is the Role Psychosocial Predictors?*. Columbia University, p.113.
- Widyaningrum, S. (2012). *Hubungan antara Konsumsi Makanan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia*. Jember: Universitas Jember.
- Wilson, DK dan Ampey-Thornhill, G. (2001). The role of gender and family support on dietary compliance in African American adolescent hypertension prevention study. *Annals of behavioral medicine*, 23, 59-67.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies*:

Evidence for action. Februari 15, 2015. Switzerland: WHO.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1.

World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*. Maret 7. 2015. Geneva: WHO Press.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1.

Wu, JR da Moser, DK. (2014). Type D personality predicts poor medication adherence in patients with heart failure in the USA. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 833-842.

Zuliana, I. (2010). Pengaruh karakteristik individu, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor peran pengawas menelan obat terhadap tingkat kepatuhan penderita TB Paru dalam pengobatan di Puskesmas Pekan Labuhan Kota Medan tahun 2009. USU: Skripsi.

Kuesioner Penelitian

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi Usia 30-65 Tahun di Puskesmas Bojonggede, Kabupaten Bogor Tahun 2015



Dengan hormat,

Perkenalkan, saya Fhadilla Amelia mahasiswi Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok. Saya bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada penderita hipertensi. Dalam penelitian ini, akan dilakukan wawancara terkait pengetahuan mengenai hipertensi, persepsi, dan isyarat bertindak serta akan dilakukan pengisian form *Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire* (SFFQ).

Sehubungan dengan hal tersebut, saya memohon dengan segala kerendahan hati agar kiranya Bapak/Ibu bersedia meluangkan waktu untuk menjawab beberapa pertanyaan di dalam kuisisioner ini. Saya harap jawaban yang diberikan lengkap dan jujur karena akan sangat membantu penelitian saya. Jawaban yang Bapak dan Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Atas kesedian Bapak/Ibu berpartisipasi dalam penelitian ini, saya mengucapkan terima kasih.

Bojonggede, April 2015

()

--	--	--

Kelengkapan Data

KD1	Nama Pewawancara	
KD2	Tanggal Wawancara	/ /
KD3	Jam Wawancara	:.....

Identifikasi Responden

IR	Identifikasi Responden		Koding
IR1	Nama responden		
IR2	Tanggal lahir responden		[][]/[][]/[][]
IR3	Usia		[]
IR4	Jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	[]
IR5	Nomor telepon responden		
IR6	Alamat lengkap		
IR7	Pekerjaan responden	1. PNS/TNI/POLRI 2. Petani 3. Pegawai swasta 4. Guru 5. Wirausaha 6. Buruh 7. Ibu Rumah Tangga 8. Pensiunan 9. Belum/tidak bekerja 10. Lain-lain (Sebutkan:.....)	[]
IR8	Jenjang Pendidikan	1. Tidak tamat SD 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. D1/D2/D3 6. S1 7. S2/S3	[]
IR9	Pendapatan total keluarga per bulan (dalam Rupiah)		[]

A. Pengetahuan

Pilihlah jawaban yang paling tepat menurut Anda. Jika pernyataan di bawah ini Anda anggap benar, berikan tanda *checklist* (✓) pada pilihan BENAR (B), namun jika tidak, berikan tanda *checklist* ✓ pada pilihan jawaban SALAH (S)

No	Pertanyaan	Benar (B)	Salah (S)	Koding
A1	Obesitas timbul akibat pola makan sehari-hari yang rendah serat dan tinggi lemak serta aktivitas fisik yang berlebihan			[]
A2	Contoh makanan yang mengandung tinggi energi tinggi lemak dan rendah serat adalah goreng –gorengan seperti ayam <i>Kentucky</i>			[]
A3	Penyakit tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyebab terjadinya diabetes (penyakit gula)			[]
A4	Menghindari konsumsi makanan cepat saji seperti mie dapat mengurangi resiko diabetes mellitus			[]
A5	Penyebab utama penyakit darah tinggi adalah keturunan			[]
A6	Semakin bertambahnya umur seseorang maka semakin mudah terkena penyakit hipertensi			[]
A7	Seseorang dikatakan mengalami hipertensi (tekanan darah tinggi) jika nilai tekanan darahnya mencapai 140/90 mmHg			[]
A8	Hipertensi atau penyakit darah tinggi dapat menyebabkan penyakit lain seperti stroke dan gagal ginjal			[]

--	--	--

A9	Hipertensi tidak memiliki gejala penyakit yang jelas			[]
A10	Penyebab terjadinya hipertensi yang dapat diubah adalah kegemukan (obesitas)			[]

J. Persepsi Manfaat

Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan persepsi anda, “Setuju” atau “Tidak Setuju” sesuai dengan pernyataan yang disampaikan. Berikan tanda *checklist* (✓) pada pilihan jawaban tersebut.

No	Pernyataan Manfaat	Setuju	Tidak Setuju	Koding
J1	Bila menerapkan diet hipertensi dengan tepat, maka saya akan terhindar dari komplikasi hipertensi			[]
J2	Kepatuhan saya menerapkan diet hipertensi akan berkontribusi dalam menurunkan risiko komplikasi penyakit akibat hipertensi			[]
J3	Berhenti merokok dapat membantu saya terhindar dari risiko komplikasi hipertensi			[]
J4	Kepatuhan saya mengendalikan stres dapat menurunkan risiko terjadinya komplikasi akibat hipertensi			[]
J5	Olahraga rutin selama 30 menit sebanyak 3-4 kali seminggu akan membantu mengendalikan tekanan darah dan menghindarkan saya dari risiko komplikasi hipertensi			[]

K. Persepsi Hambatan

Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan persepsi anda, “Setuju” atau “Tidak Setuju” sesuai dengan pernyataan yang disampaikan. Berikan tanda *checklist* (✓) pada pilihan jawaban tersebut.

No	Pernyataan Hambatan	Setuju	Tidak Setuju	Koding
K1	Saya menerapkan diet hipertensi karena terpaksa			[]
K2	Sulit untuk menerapkan diet hipertensi, sebab semua masakan di rumah dibuat untuk semua keluarga (misalnya: tidak membedakan masakan rendah garam)			[]
K3	Saya tidak punya cukup waktu untuk berolahraga			[]
K4	Saya kesulitan menahan diri untuk merokok			[]
K5	Tidak ada teman atau kelompok sosial (pengajian/arisan, dll) yang mendukung saya untuk mengelola/melepaskan stres			[]

L. Persepsi Self-efficacy (Kemampuan Diri)

Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan persepsi anda, “Setuju” atau “Tidak Setuju” sesuai dengan pernyataan yang disampaikan. Berikan tanda *checklist* (✓) pada pilihan jawaban tersebut.

No	Pernyataan Kerentanan	Setuju	Tidak Setuju	Koding
L1	Saya yakin dengan kemampuan saya untuk selalu menerapkan diet hipertensi			[]
L2	Saya bersedia menerapkan diet hipertensi			[]

--	--	--

	untuk mencegah berbagai komplikasi penyakit			
L3	Saya tahu manfaat dari berhenti merokok dan mengendalikan stres			[]
L4	Saya tahu manfaat dari rutin berolahraga			[]

M. Dukungan Keluarga

Lingkarilah pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda

No	Pertanyaan	Pihak yang terlibat	Jawaban	Koding
M1	Selama Anda menderita hipertensi, siapa sajakah yang memberikan dorongan dan motivasi untuk menjalani gaya hidup sehat dalam menerapkan diet dan minum obat ?	L1A. Keluarga	1. Ya 2. Tidak.... <i>M(a)</i> <i>tidak diisi</i>	[]
		L1B. Lingkungan Sosial/ <i>peer group</i> (kelompok pengajian, arisan, dll)	1. Ya 2. Tidak.... <i>M(b)</i> <i>tidak diisi</i>	[]
		L1C. Petugas kesehatan	1. Ya 2. Tidak... <i>M(c)</i> <i>tidak diisi</i>	[]

M (a). Bentuk Dukungan Keluarga

No	Hal-hal yang diberikan motivasi / dorongan	Dari Keluarga	Koding
M2	Diingatkan untuk minum obat	1. Ya 2. Tidak	[]
M3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	1. Ya 2. Tidak	[]
M4	Diingatkan/diajak berolahraga secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut	1. Ya 2. Tidak	[]

--	--	--

	mengonsumsi makanan rendah garam, dsb)		
M6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M7	Membantu mengelola stres	1. Ya 2. Tidak	[]
M8	Selalu mengingatkan untuk berhenti merokok	1. Ya 2. Tidak	[]
M9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	1. Ya 2. Tidak	[]

M (b). Bentuk Dukungan Lingkungan Sosial dan *Peer Group*

No	Hal-hal yang diberikan motivasi / dorongan	Dari lingkungan sosial/peer group	Koding
M2	Diingatkan untuk minum obat	1. Ya 2. Tidak	[]
M3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	1. Ya 2. Tidak	[]
M4	Diingatkan/diajak berolahraga secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut mengonsumsi makanan rendah garam, dsb)	1. Ya 2. Tidak	[]
M6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M7	Membantu mengelola stres	1. Ya 2. Tidak	[]
M8	Selalu mengingatkan untuk berhenti merokok	1. Ya 2. Tidak	[]
M9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	1. Ya 2. Tidak	[]

M (c). Bentuk Dukungan dari Tenaga Kesehatan

No	Hal-hal yang diberikan motivasi / dorongan	Dari Tenaga Kesehatan	Koding
M2	Diingatkan untuk minum obat	1. Ya 2. Tidak	[]

--	--	--

M3	Diingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang dilarang	1. Ya 2. Tidak	[]
M4	Diingatkan/diiajak berolahraga secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M5	Turut serta menerapkan diet hipertensi (ikut mengkonsumsi makanan rendah garam, dsb)	1. Ya 2. Tidak	[]
M6	Diingatkan untuk mengecek tensi darah dan berkonsultasi diet secara rutin	1. Ya 2. Tidak	[]
M7	Membantu mengelola stres	1. Ya 2. Tidak	[]
M8	Selalu mengingatkan untuk berhenti merokok	1. Ya 2. Tidak	[]
M9	Diingatkan untuk rutin menimbang berat badan	1. Ya 2. Tidak	[]

--	--	--

**SEMI-QUANTITATIVE FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRE
(SFFQ)**

No	Jenis Makanan	Frekuensi					Porsi tiap kali konsumsi		Ket
		Hari (...kali)	Minggu (...kali)	Bulan (...kali)	Tahun (...kali)	Tidak pernah	Porsi	Ukuran (gram)	
Sumber Karbohidrat									
1	Nasi putih						 centong		
2	Nasi merah						 centong		
3	Bubur beras								
4	Roti tawar						... potong		
5	Roti gandum						potong		
6	Roti isi						potong		
7	Kentang						buah		
8	Singkong								
9	Ubi/talas								
10	Jagung								
11	Sereal (<i>oats</i>)						... mangkok		
12	Mie						bungkus		
13	Bihun/ Soun								
14	Biskuit, cookies (kue kering)						 Keping		
15	Cake / Bolu						... potong		
16	Ketan								
17	Lainnya, sebutkan.....								
Sumber Lauk Hewani & Nabati									
18	Daging ruminansia (sapi, kambing, kerbau, babi) tanpa lemak								
19	Daging unggas (ayam, bebek, kalkun, entog) tanpa kulit								
20	Ikan (asin, cue, keranjang)								
21	Ikan segar, udang								
22	Putih Telur								
23	Tempe								
24	Tahu/Kembang								

--	--	--

No	Jenis Makanan	Frekuensi					Porsi tiap kali konsumsi		Ket
		Hari (...kali)	Minggu (...kali)	Bulan (....kali)	Tahun (...kali)	Tidak pernah	Porsi	Ukuran (gram)	
	Tahu/Oncom								
25	Kacang tanah/ Ijo/Merah								
26	Tauco								
27	Susu Kedelai/Kacang Hijau								
Susu dan Olahannya									
28	Susu full cream								
29	Susu skim/rendah lemak								
30	Susu kental manis								
31	Keju								
32	Es Krim (berbahan dasar susu)								
33	Coklat batang (mis. Silver Queen, Take it, KitKat, dll)								
Minuman									
34	Kopi								
35	Teh manis								
36	Minuman ringan (soft drink dan isotonik)								
37	Minuman Alkohol								
Lemak dan Minyak									
38	Mentega / margarin								
39	Minyak goreng (kelapa, kelapa sawit)								
Makanan Cepat Saji (Fast Food)									
40	Ayam goreng kentucky, hamburger, spaghetti, pizza, nugget.								
Makanan berisiko									
41	Masakan padang (kaleo, rendang)								

--	--	--

No	Jenis Makanan	Frekuensi					Porsi tiap kali konsumsi		Ket
		Hari (...kali)	Minggu (...kali)	Bulan (....kali)	Tahun (...kali)	Tidak pernah	Porsi	Ukuran (gram)	
42	Kuning telur								
43	Gajih (lemak)								
44	Jeroan (otak, ginjal, usus, paru)								
45	Gorengan (bakwan, cireng, dll)								
Makanan Kalengan									
46	Makanan kalengan (ikan kalengan, daging kalengan, buah kalengan, sayur kalengan)								
Makanan berpengawet/berbumbu penyedap									
47	Bakso, sosis								
48	Keripik singkong/kentang berbumbu								
Bumbu dan bahan makanan lainnya									
49	Bumbu botolan/kalengan/sachet (Kecap manis, saus tomat, sambal botolan, saus tiram, kecap asin, kecap inggris)								
50	Bumbu penyedap, MSG								
51	Penambahan garam dapur								
Sayuran									
52	Sayuran								
Buah-buahan									
53	Pisang								
54	Semangka								
55	Jeruk								
56	Apel								

--	--	--

No	Jenis Makanan	Frekuensi					Porsi tiap kali konsumsi		Ket
		Hari (...kali)	Minggu (...kali)	Bulan (...kali)	Tahun (...kali)	Tidak pernah	Porsi	Ukuran (gram)	
57	Alpukat								
58	Mangga								
59	Stroberi								
60	Nanas								
61	Anggur								
62	Pepaya								
63	Melon								

