



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI FENOMENOLOGI :  
PENGALAMAN LANJUT USIA MELAKUKAN  
PERAWATAN TEKANAN DARAH TINGGI DI  
KELURAHAN NGESREP KECAMATAN  
BANYUMANIK KOTA SEMARANG  
JAWA TENGAH**

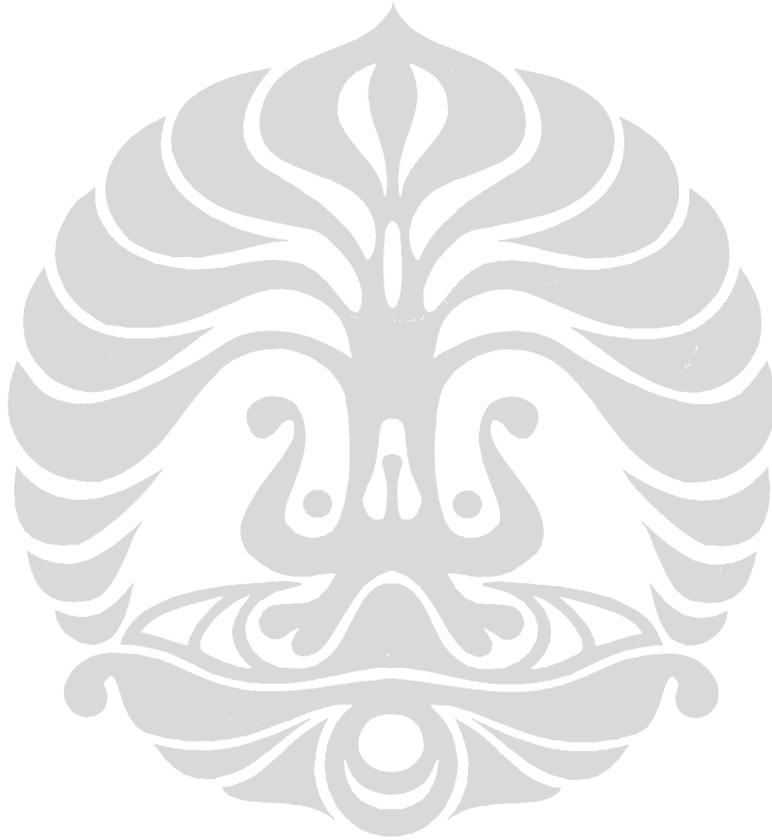
**MANUSCRIPT**

**NURULLYA RACHMA  
0806446630**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JULI 2010**

**TESIS**

**STUDI FENOMENOLOGI :  
PENGALAMAN LANJUT USIA MELAKUKAN PERAWATAN  
TEKANAN DARAH TINGGI DI KELURAHAN NGESREP  
KECAMATAN BANYUMANIK KOTA SEMARANG  
JAWA TENGAH**





**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI FENOMENOLOGI :  
PENGALAMAN LANJUT USIA MELAKUKAN  
PERAWATAN TEKANAN DARAH TINGGI DI  
KELURAHAN NGESREP KECAMATAN  
BANYUMANIK KOTA SEMARANG  
JAWA TENGAH**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**NURULLYA RACHMA  
0806446630**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JULI 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nurullya Rachma

NPM : 0806146630

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Juli 2010

## LEMBAR PERSETUJUAN

Telah disetujui oleh pembimbing dan telah dipertahankan dihadapan dewan penguji sidang tesis, Program Pascasarjana Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.

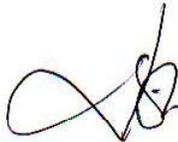
Depok, Juli 2010

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD

Pembimbing II



Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Nurullya Rachma  
NPM : 0806446630  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengalaman Lanjut Usia Melakukan Perawatan  
Tekanan Darah Tinggi di Kelurahan Ngesrep  
Kecamatan Banyumanik Kota Semarang Jawa  
Tengah

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Ketua : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD (  )  
Anggota I : Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN (  )  
Anggota II : Ety Rekawati, S.Kp., MKM. (  )  
Anggota III : Ni Made Riasmini, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat dan perlindunganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Studi Fenomenologi : Pengalaman Lanjut Usia Melakukan Perawatan Tekanan Darah Tinggi di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah". Penelitian disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini pula peneliti mengucapkan terima kasih yang sebanyak banyaknya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD, selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan ide, bimbingan, perhatian, dan motivasi pada penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, bantuan, pengertian, motivasi, perhatian, dan semangat selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc. selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya bagian keilmuan keperawatan komunitas, yang telah banyak memberikan ilmunya.
6. Seluruh staf akademik dan staf perpustakaan yang telah membantu dan memfasilitasi selama proses belajar dan penyusunan tesis ini.
7. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi.

8. Teman-teman Tim Keperawatan Komunitas PSIK FK UNDIP (Mbak Dewi, Mbak Rita, Mbak Megah, Pak Muin, Tika) atas pengertian dan dukungannya selama penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK UI.
9. Suamiku (Darmawan) dan anakku (Mirza Fayzul Haq Darmawan) tercinta atas segala doa, pengorbanan dan dukungannya, yang menjadikan motivasi bagi penulis dalam penyusunan tesis ini dan untuk segera menyelesaikan pendidikan.
10. Seluruh keluarga besar yang telah memberikan doa, dukungan, dan bantuannya selama penulis menempuh pendidikan, terutama untuk mamah dan adikku, yang telah dengan sepenuh hati dan tenaga menjaga si kecil Mirza.
11. Teman-teman Program Magister Ilmu Keperawatan Angkatan 2008, khususnya di peminatan komunitas, atas segala pengertian, bantuan, dan dukungannya selama menempuh pendidikan.
12. Sahabat-sahabatku seperjuangan Pak Hadi (Peminatan Komunitas Angkatan 2009), Mbak Eko, Mbak Enok, dan Mbak Diyan atas segala bantuan dan motivasinya.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Semoga penelitian ini memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam perawatan lansia dengan tekanan darah tinggi. Peneliti menyadari penelitian ini jauh dari sempurna., oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penelitian ini.

Depok, Juli 2010

Penulis

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

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

Nama : Nurullya Rachma  
NPM : 0806446630  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

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 :

**Pengalaman Lanjut Usia Melakukan Perawatan Tekanan Darah Tinggi di Kelurahan Ngesrep Kecamatan Banyumanik Kota Semarang Jawa Tengah**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/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 : 19 Juli 2010  
Yang menyatakan



Nurullya Rachma

## ABSTRAK

Nama : Nurullya Rachma  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Studi Fenomenologi : Pengalaman Lanjut Usia Melakukan Perawatan Tekanan Darah Tinggi di Kelurahan Ngesrep Kecamatan Banyumanik Kota Semarang Jawa Tengah

Tujuan penelitian untuk memahami secara mendalam arti dan makna pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Desain penelitian menggunakan fenomenologi deskriptif dengan wawancara mendalam. Partisipan diperoleh dengan teknik *purposive sampling*. Analisa data menggunakan tahapan analisa menurut Collaizi, dimana teridentifikasi 8 tema, yaitu : 1) respon fisik; 2) respon psikologis; 3) penyesuaian pola hidup; 4) mengatasi dengan obat; 5) berpikir positif; 6) kesembuhan penyakit; 7) dukungan sosial keluarga; 8) pelayanan keperawatan atau kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman lansia melakukan perawatan hipertensi merupakan pengalaman yang bersifat individual. Keluarga telah memberikan dukungan dalam perawatan hipertensi dan perlu diselaraskan dengan dukungan petugas kesehatan.

### Kata Kunci

Lansia, perawatan, tekanan darah tinggi  
Daftar pustaka, 82 (1989 – 2010)

## ABSTRACT

Name : Nurullya Rachma  
Study Program : Master Program in Nursing Science  
Title : Fenomenology Study : Elderly experiences in caring high blood pressure in Ngesrep Village, Banyumanik, Semarang, Central Java

The purpose of this study was to provide deeper understanding of elderly's experiences in caring for hypertension. This study applied descriptive phenomenology design and use indepth interview in data collection method. The participants were identified by purposive sampling technique. The collected data were analyzed by Collaizi's analysis method. It was identified 8 themes that were : 1) physical responses; 2) psychological responses; 3) lifestyle adaptation; 4) use medication; 5) positive thinking; 6) disease recovery; 7) social support from family; 8) nursing care or health care. This result showed that caring for hypertension was basically based on elderly's experiences individually. Family had provided social support during the treatment of hypertension. It needed to be integrated to the support from the health care team.

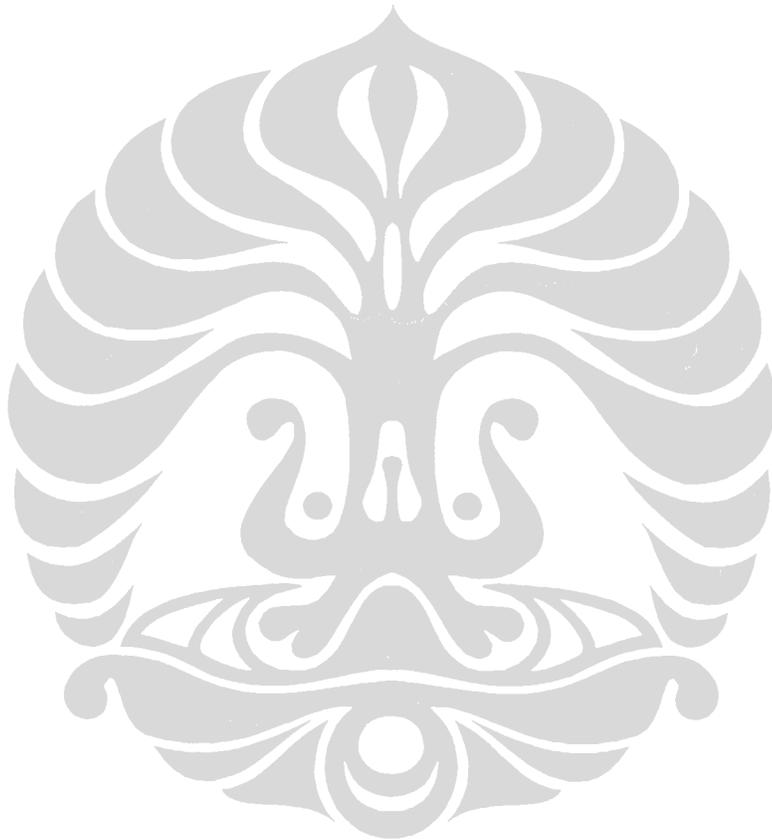
Key words :

Elderly, caring, high blood pressure  
82 references (1989 – 2010)

## DAFTAR ISI

|   |      |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL.....  | i    |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....                         | ii   |
| LEMBAR PERSETUJUAN .....                                      | iii  |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                                      | iv   |
| KATA PENGANTAR.....   | v    |
| HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....                           | vii  |
| ABSTRAK.....  | viii |
| ABSTRACT .....  | ix   |
| DAFTAR ISI.....   | x    |
| DAFTAR TABEL .....  | xii  |
| DAFTAR LAMPIRAN.....  | xiii |
| <br>  |      |
| <b>1. PENDAHULUAN</b>   |      |
| 1.1 Latar Belakang.....                                       | 1    |
| 1.2 Rumusan Masalah.....                                      | 10   |
| 1.3 Tujuan Penelitian.....                                    | 11   |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....                                       | 11   |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....                                     | 11   |
| 1.4 Manfaat Penelitian.....                                   | 11   |
| <br>  |      |
| <b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>                                    |      |
| 2.1 Lansia Sebagai Populasi Rentan .....                      | 13   |
| 2.2 Perawatan Hipertensi.....                                 | 17   |
| 2.3 Dukungan Keluarga .....                                   | 33   |
| 2.4 Pendekatan Fenomenologi dalam Penelitian Kualitatif ..... | 36   |
| <br>  |      |
| <b>3. METODE PENELITIAN</b>                                   |      |
| 3.1 Desain Penelitian .....                                   | 41   |
| 3.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....                      | 42   |
| 3.3 Waktu dan Tempat .....                                    | 43   |
| 3.4 Etika Penelitian dan <i>Informed Consent</i> .....        | 44   |
| 3.5 Cara dan Prosedur Pengumpulan Data.....                   | 46   |
| 3.6 Alat Bantu Pengumpulan Data .....                         | 49   |
| 3.7 Pengolahan dan Analisa Data.....                          | 50   |
| 3.8 Keabsahan Data .....                                      | 51   |
| <br>  |      |
| <b>4. HASIL PENELITIAN</b>                                    |      |
| 4.1 Karakteristik Partisipan .....                            | 54   |
| 4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian .....                      | 54   |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| <b>5. PEMBAHASAN</b>                  |    |
| 5.1 Pembahasan Hasil Penelitian ..... | 65 |
| 5.2 Keterbatasan Penelitian .....     | 80 |
| 5.3 Implikasi Bagi Keperawatan .....  | 81 |
| <b>6. SIMPULAN DAN SARAN</b>          |    |
| 6.1 Simpulan .....                    | 86 |
| 6.2 Saran .....                       | 87 |
| <b>DAFTAR REFERENSI</b>               | 89 |



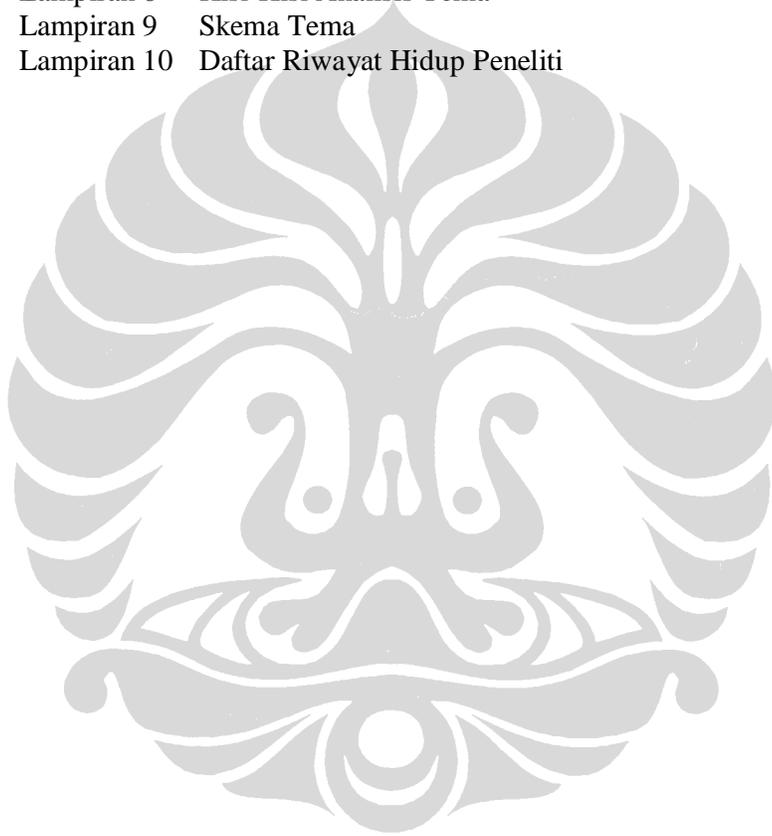
## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1      Tabel Klasifikasi Hipertensi



## DAFTAR LAMPIRAN

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| Lampiran 1  | Surat Ijin Penelitian         |
| Lampiran 2  | Penjelasan Penelitian         |
| Lampiran 3  | Lembar Persetujuan            |
| Lampiran 4  | Karakteristik Partisipan      |
| Lampiran 5  | Pedoman Wawancara             |
| Lampiran 6  | Catatan Lapangan              |
| Lampiran 7  | Karakteristik Partisipan      |
| Lampiran 8  | Kisi-Kisi Analisis Tema       |
| Lampiran 9  | Skema Tema                    |
| Lampiran 10 | Daftar Riwayat Hidup Peneliti |



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

Pada bab pendahuluan akan dipaparkan latar belakang, rumusan masalah, tujuan umum dan tujuan khusus serta manfaat dari hasil penelitian.

### **.1 Latar Belakang**

Proses menua adalah suatu proses universal yang dimulai dari kelahiran sampai dengan menjadi tua (Miller, 1999). Seiring dengan proses penuaan, terjadi penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Kondisi tersebut menjadikan lanjut usia (lansia) sebagai populasi yang rentan terhadap masalah, baik fisik, psikologis, dan sosial, khususnya yang terkait dengan proses menua. Kerentanan mengacu pada kondisi individu yang lebih sensitif terhadap faktor risiko daripada yang lain (O'Connor, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 2000). Populasi rentan didefinisikan sebagai kelompok sosial yang meningkat kerentanannya terhadap dampak kesehatan yang merugikan (Flaskerud & Winslow, 1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2000).

Selanjutnya menurut teori biologi, penuaan menyebabkan menurunnya fungsi tubuh, yang disebabkan karena perubahan struktur dan fisiologi (Zarit, 1980 dalam Lueckenotte, 2000). Individu secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan semakin banyak mengalami gangguan metabolik dan struktural akibat proses menua. Kondisi ini mengakibatkan munculnya penyakit-penyakit degeneratif seperti hipertensi, aterosklerosis, diabetes mellitus dan kanker yang akan menyebabkan seseorang menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang memprihatinkan seperti stroke, infark miokard, koma asidosis, metastasis kanker dan lain sebagainya (Darmojo & Martono, 1999).

Sementara itu, keberhasilan pemerintah dalam Pembangunan Nasional, telah mewujudkan hasil yang positif diberbagai bidang, yaitu adanya kemajuan

ekonomi, perbaikan kesehatan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama di bidang kesehatan, keberhasilan tersebut meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dan umur harapan hidup (UHH) penduduk. Menurut data statistik, jumlah penduduk lansia di Indonesia tahun 1990 adalah 11,3 juta orang, kemudian tahun 1995 meningkat menjadi 13,2 juta orang, pada tahun 2000 meningkat lagi menjadi 14,6 juta orang, tahun 2005 menjadi 15,8 juta orang, dan yang terakhir tahun 2008 berjumlah 18,8 juta orang (BPS, 2008). Data ini menunjukkan bahwa penduduk lansia meningkat secara signifikan dari waktu ke waktu. Peningkatan jumlah penduduk lansia tiap tahun tersebut diikuti dengan munculnya berbagai permasalahan kesehatan, sosial, dan perekonomian akibat proses menua, terutama karena masalah penyakit degeneratif yang diderita para lansia.

Proses penuaan kardiovaskuler yang merupakan bagian dari proses degenerasi menyebabkan berbagai masalah kesehatan pada lansia. Saat individu mencapai usia 65 tahun terjadi perubahan fisiologis yang akan mengurangi efektifitas jantung sebagai sebuah pompa (Christensen, 2006). Perubahan ini akan mengganggu kapasitas fungsional lansia. Apalagi jika diperberat dengan faktor gaya hidup meliputi merokok, kurang aktifitas, banyak makan makanan berlemak, konsumsi alkohol, stress, penggunaan hormon, serta beberapa penyakit seperti hipertensi dan diabetes mellitus, maka akan meningkatkan risiko terjadinya berbagai masalah kardiovaskuler (Lueckenotte, 1996; Christensen, 2006). Hal ini sesuai dengan teori konsekuensi fungsional yang menyatakan bahwa lansia akan mengalami konsekuensi fungsional karena proses menua dan adanya faktor-faktor risiko. Dalam teori ini, konsekuensi fungsional diartikan sebagai efek tindakan, faktor risiko, dan penuaan yang dapat terlihat, yang akan mempengaruhi kualitas hidup atau aktifitas sehari-hari lansia (Miller, 1999).

Salah satu masalah kardiovaskuler yang paling banyak diderita lansia adalah hipertensi. Akibat proses menua, pembuluh darah menjadi kaku dan menyebabkan dinding ventrikel kiri berkurang elastisitasnya, akibatnya

kenaikan tekanan darah terjadi secara progresif (Miller, 1999). Peningkatan resistensi pembuluh darah perifer karena vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah merupakan faktor terjadinya hipertensi (Christensen, 2006). Kondisi ini akibat dari stimulasi sistem saraf simpatis dan terlepasnya epinephrin dan atau norepinephrin. Angiotensin merupakan vasokonstriktor yang kuat, dimana terbentuk dari renin. Angiotensin menstimulasi sekresi aldosteron, sehingga terjadi retensi sodium dan air. Akibatnya pada lansia terjadi peningkatan tekanan darah. Lansia yang berusia lebih dari 65 tahun, pada 2 dari 5 orang tekanan darahnya cenderung tinggi dan dianggap mengalami hipertensi (Allender & Spradley, 2005). Secara normal, tekanan darah meningkat secara bertahap antara usia 30 sampai 70 tahun, dan secara spesifik, tekanan darah diastolik meningkat secara bertahap sampai usia 50 tahunan bagi pria dan sampai usia 60 tahunan bagi wanita (Christensen, 2006). Tetapi seseorang dapat didiagnosa menderita hipertensi bila tekanan darah mengalami peningkatan setelah diukur sebanyak minimal 3 kali kunjungan untuk memeriksakan tekanan darah (Miller, 1999; Lueckenotte & Meiner, 2006).

Menurut *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003), hipertensi stadium 1 jika tekanan darah sistolik antara 140 – 159 mmHg dan tekanan diastolik antara 90 – 99 mmHg (Lueckenotte & Meiner, 2006). Hipertensi juga diklasifikasikan menjadi dua tipe, yaitu hipertensi esensial (primer) dan sekunder (Christensen, 2006; Lueckenotte & Meiner, 2006). Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya belum pasti, sedangkan hipertensi sekunder adalah hipertensi yang muncul karena penyakit lain seperti ginjal, trauma kepala, dan karena kehamilan. Hipertensi primer merupakan yang paling umum terjadi, dimana 90% - 95% kasus hipertensi yang terdiagnosis adalah tipe ini (Christensen, 2006).

Kejadian hipertensi pada lansia dibanyak negara saat ini meningkat. Peningkatan ini diakibatkan oleh obesitas dan dipengaruhi oleh faktor gaya

hidup tidak sehat seperti merokok dan kurangnya aktifitas fisik (Miller, 1999). Menurut JNC (*Joint National Committee*) VII tahun 2003, hipertensi ditemukan sebanyak 60-70% pada lansia di atas 65 tahun. Bahkan lansia yang berumur di atas 80 tahun sering mengalami hipertensi persisten, dengan tekanan sistolik menetap di atas 160 mmHg (*National Institute of Health*, 2003)

Pada tahun 2000 prevalensi pada populasi lansia dengan hipertensi di kawasan Eropa yaitu Italia sebesar 64,8% , Spanyol sebesar 61% (Prencipe et al., 2000, Pedre et al, 1999 dalam Joshi, 2005). Sedangkan di kawasan Asia pada tahun 2000 prevalensi hipertensi pada populasi lansia di Korea sebesar 65%, India sebesar 51%, dan Taiwan 60% (Jo et al., 2001, Singh et al., 2005, Lu et al., 2000, dalam Joshi, 2005). Survey Kesehatan Rumah Tangga di Indonesia pada tahun 1986 menyebutkan bahwa hipertensi penyebab utama kematian pada penderita jantung koroner di Indonesia, sedangkan kasusnya berjumlah 42,8 per 100.000 kematian. Selanjutnya pada tahun 1995, hasil survey yang sama menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 8,3% anggota rumah tangga (Lukito, 2005).

Berdasarkan hasil Susenas oleh BPS tahun 2008, jumlah penduduk di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2008 sebesar 32.626.390 jiwa. Dari jumlah tersebut 7,7% adalah penduduk lansia (Profil kesehatan Jawa Tengah, 2008). Hasil Riskesdas tahun 2007 menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi di Jawa Tengah menduduki urutan ketiga jika dibandingkan dengan wilayah provinsi lainnya, dan kasusnya tersebar di seluruh wilayah (Litbang Depkes, 2007). Hal ini dimungkinkan karena prevalensi kasus hipertensi primer di Provinsi Jawa Tengah mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Tahun 2006 prevalensi hipertensi primer sebesar 1,87%, menjadi 2,02% pada tahun 2007, dan 3,30% pada tahun 2008 (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2008).

Kota Semarang yang merupakan ibu kota Provinsi Jawa Tengah adalah satu-satunya kota di Provinsi Jawa Tengah yang dapat digolongkan sebagai kota

metropolitan. Untuk wilayah perkotaan, wilayahnya tidak terlalu besar tetapi kepadatan penduduknya sangat tinggi. Kepadatan penduduk tertinggi terletak di daerah Semarang Selatan, yaitu sebesar 14.444 jiwa/km<sup>2</sup> (Profil Kota Semarang, 2008). Kecamatan yang terletak di Semarang bagian selatan adalah Kecamatan Banyumanik. Jumlah penduduk di Kecamatan Banyumanik adalah 40.258 jiwa, dan dari jumlah tersebut, 6854 jiwa adalah penduduk lansia (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2008). Meskipun tidak disebutkan secara pasti jumlah lansia yang menderita hipertensi baik di Kota Semarang, khususnya di Kecamatan Banyumanik, namun kasus hipertensi primer di Kota Semarang menduduki peringkat pertama yaitu sebanyak 92.145 kasus (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2008).

Meskipun tidak disebutkan secara pasti prevalensi lansia hipertensi di Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah maupun Kota Semarang, namun karena bertambahnya usia dan perubahan struktur dan fungsi dari sistem kardiovaskuler serta adanya faktor risiko, memungkinkan angka kejadian hipertensi lebih besar pada populasi lansia. Hal tersebut didasarkan pada model konsekuensi fungsional dalam keperawatan lansia (Miller, 1999). Selanjutnya menurut model tersebut, jika tidak dilakukan intervensi maka akan muncul konsekuensi fungsional negatif, yaitu dampak-dampak merugikan dari hipertensi. Namun sebaliknya, jika dilakukan intervensi, maka konsekuensi fungsional yang timbul adalah positif. Oleh karena itu peran perawat adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konsekuensi fungsional negatif dan intervensi yang dilakukan sedini mungkin akan menghasilkan konsekuensi fungsional positif, yaitu tekanan darah lansia dapat dipertahankan stabil.

Paparan faktor risiko dan pola makan tidak sehat dan kurang olah raga dapat memicu peningkatan kasus hipertensi. Hal ini berdasarkan data bahwa kecamatan Banyumanik yang terletak di daerah Semarang Selatan merupakan pintu gerbang (*entrance point*) Kota Semarang dari arah selatan. Kecamatan ini merupakan kawasan campuran, dimana menjadi kawasan pemukiman,

perkantoran, pendidikan, perdagangan dan jasa. Kelurahan Ngesrep merupakan kawasan campuran di Kecamatan Banyumanik, dan sebagai pintu gerbang kota Semarang dari arah selatan. Berdasarkan hasil pengamatan oleh peneliti selama membina wilayah ini pada tahun 2007 - 2008, masyarakatnya identik dengan gaya hidup modern yang cenderung tidak sehat. Kondisi ini berpotensi semakin meningkatkan kasus hipertensi jika tidak tertangani dengan baik.

Penyakit hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam (*silent killer*) karena datang tanpa diketahui dan tahu-tahu sudah merengut nyawa. Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala, meskipun beberapa gejala dapat terjadi bersamaan dan berhubungan dengan tekanan darah tinggi. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, pusing, migren, dada berdebar-debar, telinga berdengung, rasa kaku ditengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang (Smeltzer & Bare, 2002). Pada lansia gejala-gejala tersebut biasanya tidak muncul atau muncul secara tersamar atau tersembunyi karena yang terlihat adalah gejala akibat penyakit, komplikasi, atau penyakit lain yang menyertai (Darmojo & Martono, 1999).

Berdasarkan Riskesdas tahun 2007, hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya Penyakit Tidak Menular utama selain gula darah, lipid darah dan berat badan (Litbang, Depkes, 2007). Oleh karena itu maka hipertensi dapat dikatakan merupakan penyebab terbesar dari penyakit jantung. Tetapi banyak masyarakat tidak menaruh perhatian terhadap penyakit hipertensi yang kadang dianggap sepele oleh mereka, tanpa menyadari jika penyakit ini menjadi berbahaya dan mengakibatkan berbagai kelainan yang lebih fatal misalnya kelainan pembuluh darah, jantung dan gangguan ginjal, bahkan pecahnya pembuluh darah kapiler di otak atau stroke.

Masyarakat sering menganggap kalau hipertensi pada kelompok lansia adalah hal biasa, tidak perlu diobati, karena sudah merupakan hal yang wajar. Asumsi itu tidak benar karena tekanan darah yang selalu tinggi bisa menyebabkan

komplikasi seperti serangan jantung atau stroke. Bahkan, kalau sudah berat dan kronis, penderita hipertensi lansia bisa mengalami penurunan kesadaran atau koma yang membuat pengobatannya akan makin sulit. Padahal pengobatan hipertensi pada lansia akan lebih mudah bila tidak disertai komplikasi atau ada penyakit pada organ lain secara bersamaan (Darmojo & Martono, 1999).

Hipertensi pada lansia perlu diatasi secara menyeluruh. Penatalaksanaan hipertensi pada lansia tidak seluruhnya sama dengan hipertensi pada usia dewasa. Pada lansia aspek diagnosis selain diarahkan ke hipertensi dan komplikasinya, juga diarahkan pada pengenalan berbagai penyakit yang juga diderita oleh lansia karena berhubungan erat dengan penatalaksanaan secara keseluruhan (Darmojo & Martono, 1999). Sekitar 60 persen hipertensi pada lansia adalah hipertensi sistolik terisolasi di mana terdapat kenaikan tekanan darah sistolik disertai penurunan tekanan darah diastolik, yang selisih tekanan ini terbukti sebagai penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan ("Hipertensi Berat", 2009). Selain itu selisih dari tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik yang disebut tekanan nadi, terbukti sebagai penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan (Lueckenotte, 2000). Hal tersebut menjadi alasan bahwa hipertensi harus dirawat dengan baik karena penyakit ini tidak dapat disembuhkan, yang dapat dilakukan oleh klien adalah mempertahankan agar tekanan darahnya tetap stabil.

Pencegahan kenaikan tekanan darah dapat dilakukan dengan dua cara yaitu menggunakan obat-obatan anti hipertensi dan tanpa menggunakan obat. Obat yang digunakan harus dipilih secara hati-hati, dan dimulai dari dosis rendah kemudian ditingkatkan secara berlahan-lahan (Miller, 1999). Pencegahan kenaikan tekanan darah tanpa obat dapat dilakukan dengan cara menurunkan berat badan yang berlebihan, menerapkan pola makan sehat dan seimbang, membatasi konsumsi garam, menjauhi minuman beralkohol dan berkafein, menghentikan kebiasaan merokok, berolahraga ringan secara teratur seperti jalan kaki yang sesuai untuk lansia (Hartono, 2000).

Tetapi, terjadinya perubahan fisik dan psikososial lansia menyebabkan beberapa masalah pada sikap dan perilakunya untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Misalnya beberapa lansia dengan hipertensi tidak pernah periksa tekanan darah secara rutin dan hanya periksa jika merasakan keluhan yang parah. Penyebab lainnya, lansia yang sudah rutin kontrol dan mengurangi makanan yang mengandung garam tinggi, tetapi tidak menghindari faktor risiko lain yang menyebabkan kenaikan tekanan darah seperti tidak menghindari stres, tidak pernah olah raga, dan kurang istirahat. Atau ada juga lansia yang berpendapat bahwa obat adalah satu-satunya cara agar tekanan darah turun. Hal ini tentu saja menyebabkan ada beberapa lansia yang berhasil mencegah kenaikan tekanan darah maupun yang gagal. Padahal hipertensi yang sudah menjadi masalah kesehatan di masyarakat akan menjadi masalah yang lebih besar lagi jika tidak ditangani sejak dini (Depkes, 2007).

Lansia sangat memerlukan dukungan keluarga agar dapat tetap berespon adaptif terhadap dampak fisik maupun psikososial akibat hipertensi (Gallo, Riechel & Anderson, 1998). Menurut Friedman (1998), keluarga merupakan subsistem di komunitas yang ikut bertanggung jawab terhadap lansia yang ada di komunitas. Hal ini dikarenakan, lansia dipandang sebagai subsistem komunitas yang berisiko untuk mengalami masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi subsistem lainnya. Oleh karena itu dukungan yang diberikan keluarga sangat berharga bagi lansia dan akan membuat hidupnya lebih tenang. Berbagai dukungan yang dapat diberikan keluarga diantaranya adalah menyediakan makanan sehat untuk lansia, memfasilitasi dan memotivasi lansia untuk berolah raga, melakukan kegemaran atau hobby, dan memberikan semangat hidup. Bagi lansia yang menderita hipertensi, kondisi ini dapat membantu untuk menstabilkan tekanan darah.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melaporkan bahwa pelayanan kesehatan untuk kelompok lansia masih kurang diperhatikan (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2008). Hal ini senada dengan hasil wawancara dengan

petugas puskesmas yang mengelola lansia di wilayah Puskesmas Ngesrep menyatakan belum ada program yang dilakukan untuk lansia dengan hipertensi, khususnya program pencegahan kenaikan tekanan darah. Penanganan lansia dengan hipertensi dilakukan di posyandu lansia dan bagi penderita yang datang ke Puskesmas sebatas pemeriksaan tekanan darah dan pemberian obat-obatan. Padahal penatalaksanaan hipertensi pada lansia juga berbeda dengan usia dewasa karena lebih ditekankan pada memodifikasi gaya hidup kemudian baru menggunakan obat – obatan bila diperlukan (Lueckenotte & Meiner, 2006).

Perawat komunitas berperan penting dalam mengupayakan lansia sebagai populasi rentan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan mengembangkan program sebagai respon terhadap kebutuhan mereka (Stanhope & Lancaster, 2004). Perawat dapat melakukan pengkajian sesuai dengan kebutuhan lansia yang menderita tekanan darah tinggi, dan kemudian mengembangkan strategi intervensi yang tepat untuk mengatasi berbagai dampak dari hipertensi. Perawat komunitas fokus pada tindakan pencegahan hipertensi dan promosi serta mempertahankan kesehatan lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Tujuannya adalah meningkatkan kesehatan lansia. Untuk mencapai tujuan ini, perawat melibatkan tiga level pencegahan, yaitu primer, sekunder dan tertier.

Fakta-fakta yang telah dipaparkan merupakan fenomena yang terjadi di masyarakat. Oleh karena itu peneliti menggunakan metode riset kualitatif dengan desain fenomenologi, karena cara ini merupakan metode yang paling sesuai untuk menggambarkan dan memahami secara mendalam pengalaman individu (Streubert dan Carpenter, 1999). Studi kualitatif ini akan menggambarkan pemahaman secara mendalam tentang pengalaman lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi dan makna pengalaman tersebut bagi lansia. Hasil penelitian akan menggambarkan sikap dan perilaku lansia dengan hipertensi mempertahankan tekanan darah normal serta memberikan gambaran bagi perawat komunitas tentang apa saja kebutuhan

lansia agar asuhan keperawatan keluarga yang diberikan menjadi lebih optimal. Oleh karena itu peneliti menggunakan jenis fenomenologi deskriptif agar dapat mengeksplorasi langsung, menganalisis, dan mendeskripsikan fenomena, sebebaskan mungkin dari perkiraan yang belum teruji (Streubert dan Carpenter, 1999). Peneliti menetapkan metode fenomenologi deskriptif untuk meneliti pengalaman lansia dengan hipertensi dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi.

## **.2 Rumusan Permasalahan**

Survey awal yang dilakukan oleh peneliti di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah, menghasilkan data terdapatnya 722 lansia. Kasus baru lansia penderita hipertensi di wilayah ini meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2008 ditemukan 160 kasus baru lansia yang menderita hipertensi. Tahun 2009 jumlah kasus baru lansia dengan hipertensi mengalami peningkatan yaitu 235 orang. Para lansia masih mengandalkan obat-obatan untuk menurunkan tekanan darah di kelurahan Ngesrep. Beberapa lansia juga sudah menggunakan obat-obatan tradisional seperti ketimun, belimbing, dan pace, untuk menurunkan tekanan darah. Informasi tentang pengobatan tradisional tersebut mereka peroleh dari orang lain maupun majalah.

Modifikasi gaya hidup sebagian besar hanya dilakukan dengan mengurangi makanan asin. Selain itu para penderita cenderung untuk memeriksakan kesehatannya, jika ada keluhan peningkatan tekanan darah. Hasil penelitian Tirtayasa (2008) di Bali tentang hubungan kebiasaan hidup dengan terjadinya hipertensi, menggambarkan kebiasaan hidup sedang mempunyai risiko 3,73 kali terkena hipertensi dibandingkan responden dengan kebiasaan hidup baik. Responden dengan kebiasaan hidup kurang, terjadinya hipertensi 11,20 kali dibandingkan responden dengan kebiasaan hidup baik. Dari permasalahan tersebut dapat dirumuskan pertanyaan penelitian : Bagaimana arti dan makna pengalaman lansia dengan hipertensi melakukan perawatan tekanan darah

tinggi di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang Jawa Tengah.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna pengalaman lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang Jawa Tengah.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasi :

- a. Respon lansia terhadap penyakit darah tinggi yang diderita pada lansia di Kelurahan Ngesrep Kecamatan Banyumanik Kota Semarang Jawa Tengah.
- b. Tindakan yang dilakukan lansia dengan hipertensi untuk mencegah kenaikan tekanan darah
- c. Pandangan lansia tentang perawatan tekanan darah
- d. Harapan lansia dengan hipertensi terhadap penyakitnya
- e. Dukungan keluarga dalam perawatan hipertensi di rumah
- f. Program yang dibutuhkan lansia dengan hipertensi dalam perawatan tekanan darah untuk mengidentifikasi pelayanan kesehatan atau keperawatan yang diperlukan.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Bagi pengelola pelayanan kesehatan**

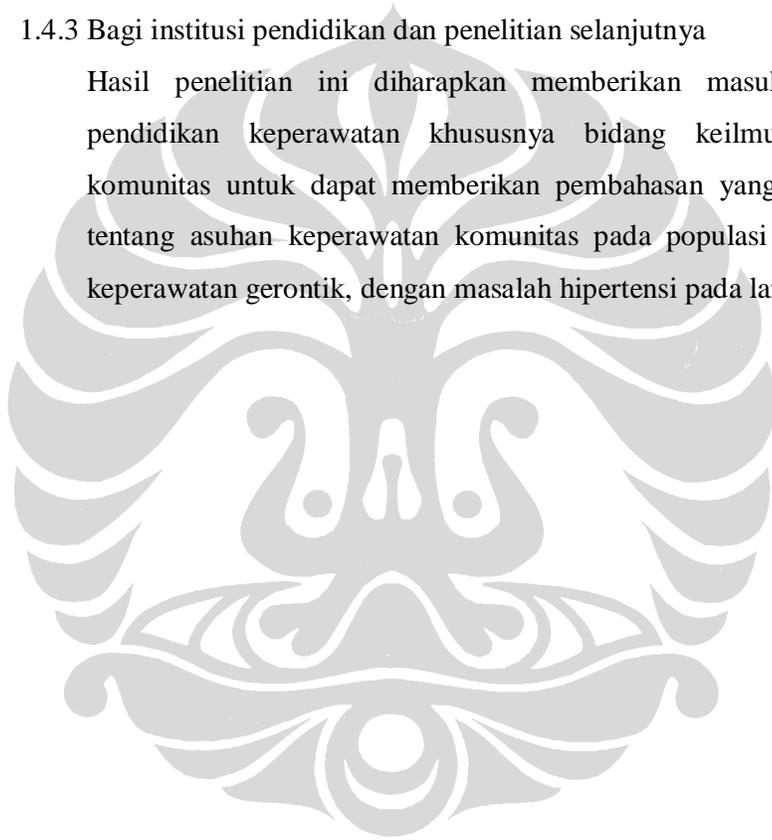
Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi penyedia pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan perawatan lansia dengan hipertensi. Pengelola pelayanan kesehatan juga dapat menjadikan penelitian ini sebagai landasan kebijakan dalam mengembangkan program preventif, promotif, dan rehabilitatif dalam perawatan penyakit hipertensi pada lansia, khususnya tindakan pencegahan peningkatan tekanan darah.

#### 1.4.2 Bagi perawat komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat komunitas agar dapat mengidentifikasi kebutuhan perawatan lansia hipertensi untuk melakukan perawatan tekanan darahnya. Perawat komunitas dapat mengembangkan intervensi yang efektif bagi lansia dengan hipertensi seperti membuat program pelatihan perawatan tekanan darah, dan membuat kelompok swabantu atau pendukung bagi lansia dengan hipertensi.

#### 1.4.3 Bagi institusi pendidikan dan penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi institusi pendidikan keperawatan khususnya bidang keilmuan keperawatan komunitas untuk dapat memberikan pembahasan yang lebih mendalam tentang asuhan keperawatan komunitas pada populasi lansia dan asuhan keperawatan gerontik, dengan masalah hipertensi pada lansia.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka ini akan memaparkan beberapa teori, konsep, dan penelitian sebelumnya yang terkait dengan masalah penelitian, yang nantinya sebagai sumber rujukan saat melakukan penelitian dan pembahasan. Tinjauan pustaka dalam penelitian ini meliputi lansia hipertensi sebagai populasi rentan, perawatan hipertensi, dukungan keluarga, promosi kesehatan pada lansia dengan hipertensi, dan pendekatan fenomenologi dalam penelitian kualitatif.

#### **2.1 Lansia Sebagai Populasi Rentan**

Proses menua (*aging*) adalah proses alami pada manusia yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan tersebut beresiko menimbulkan masalah kesehatan secara umum dan kesehatan mental secara khusus, serta masalah lain pada lansia. Selain masalah fisik, secara umum lansia juga banyak mengalami masalah ekonomi maupun masalah psikologis terkait hubungan dengan keluarganya. Bahkan beberapa lansia mengalami depresi karena ketidaksiapan mental memasuki masa lansia. Penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia juga meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lansia (Hitchock, Schubert, & Thomas, 1999).

*Vulnerable* didefinisikan sebagai kerentanan terhadap kerugian atau serangan fisik atau emosional, sedangkan kerentanan (*vulnerability*) adalah keadaan seseorang yang menjadi lebih rentan untuk kalah, karena penyalahgunaan, bujukan atau godaan ("*Vulnerability*", n.d.). Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2002). Kelompok rentan (*vulnerable population*) adalah bagian populasi yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan sebagai

akibat terpajan resiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan daripada keseluruhan populasi (Stanhope & Lancaster, 2000; Leight, 2003).

Penurunan fungsi pada lansia akibat proses menua menempatkan lansia sebagai populasi rentan. Ada beberapa faktor predisposisi yang menjadikan seseorang meningkat kerentanannya. Hasil survei pada 155 lansia dan 175 usia dewasa muda pada area gempa di Sichuan menghasilkan, lansia cenderung mengalami *posttraumatic stress disorder (PTSD)* dan morbiditas psikiatrik umum. Menurut survei ini, faktor resiko yang menimbulkan kondisi tersebut adalah proses menua, dalam kondisi bahaya yang serius, kehilangan anggota keluarga, dan merasa bersalah atas meninggal atau terlukanya anggota keluarga atau yang lainnya (Jia et al., 2010). Bila lansia yang menderita hipertensi mengalami PTSD, maka tekanan darahnya akan meningkat karena stres emosional dapat menstimulasi sistem saraf simpatis, yang menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan berakibat tekanan darah meningkat (Christensen, 2006).

Marsh (2007) melakukan studi kasus untuk mengeksplorasi usia dihubungkan dengan kerentanan pada komunitas lansia. Hasil studi kasus tersebut melaporkan bahwa usia dihubungkan dengan kerentanan merupakan bagian dari proses menua yang tidak dapat dihindarkan. Bila lansia merasa dirinya rentan, hal ini akan berpengaruh terhadap sikap atau kepribadiannya. Tetapi perubahan sikap atau kepribadian, dipengaruhi oleh struktur sosial dan kebijakan yang ada.

Dari kedua penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ada beberapa faktor yang berkontribusi sehingga lansia menjadi rentan. Penuaan yang menjadikan lansia rentan merupakan faktor yang tidak dapat dihindari. Kerentanan juga berdampak terhadap kondisi psikososial lansia, dimana dapat mempengaruhi sikap atau kepribadian lansia.

Menurut Stanhope dan Lancaster (2000) faktor predisposisi yang membuat lansia menjadi rentan meliputi status sosial ekonomi, usia, kesehatan, dan pengalaman hidup, yang akan dijelaskan dalam uraian berikut ini :

**a. Status sosial ekonomi**

Lansia biasanya telah mengalami masa pensiun, produktifitasnya menurun, sehingga penghasilannya berkurang atau tidak ada sama sekali. Hal ini akan berpengaruh terhadap kehidupan ekonomi lansia. Bila lansia menjadi semakin miskin, maka kerentanan akan meningkat yang membuatnya semakin tidak berfungsi di masyarakat. Survei promosi kesehatan Canada tahun 1985 menyatakan status sosial ekonomi juga erat kaitannya dengan status kesehatan lansia (Chenier, 1993). Lansia dengan status sosial menengah ke atas mempunyai status kesehatan yang lebih baik dari pada lansia dengan status sosial ekonomi menengah ke bawah. Penyakit yang diderita juga menunjukkan adanya hubungan dengan status sosial ekonomi. Misalnya penyakit jantung dan hipertensi banyak diderita dari kalangan lansia menengah ke atas, sedangkan TB paru banyak diderita oleh lansia dengan status sosial ekonomi menengah ke bawah.

**b. Usia**

Beberapa individu tertentu menjadi rentan pada usia khusus karena interaksi antara karakteristik perkembangan kritis dan tekanan sosial ekonomi. Bertambahnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan fungsi anatomi dan fisiologi organ semakin besar. Oleh karena itu akibat proses menua perawatan pada lansia juga mengalami perubahan, yang disebabkan oleh perubahan anatomi atau fisiologi, berbagai penyakit dan kelainan patologis, dan pengaruh psiko-sosial pada fungsi organ (Darmojo & Martono, 1999). Beberapa penyakit akibat proses menua adalah alzheimer, parkinson, demensia, stroke, dan osteoporosis. Selain itu, lansia juga beresiko mengalami penyakit kronis, seperti penyakit kardiovaskuler, kanker, artritis, reumatik, diabetes, dan sebagainya, yang semuanya dikaitkan dengan proses penuaan (Lueckenotte, 1996).

### c. Kesehatan

Gangguan pada status fisiologis menjadikan individu menjadi rentan. Lansia mengalami kerentanan karena bertambahnya usia dan berbagai penyakit kronis yang dialaminya. Gaya hidup juga berpengaruh terhadap kesehatan lansia. Salah satu gaya hidup yang umum pada lansia adalah jarang beraktivitas fisik karena penurunan fungsi tubuh dan adanya berbagai masalah kesehatan. Padahal aktivitas fisik merupakan salah satu kebutuhan dalam rutinitas kehidupan sehari-hari lansia yang dapat memperlambat turunnya densitas tulang dan meningkatkan ukuran dan kekuatan otot, termasuk jantung (Kressing & Echt, 2002 dalam Allender & Spardley, 2005). Faktor-faktor tersebut menjadikan status fungsional lansia menjadi terhambat, sehingga rentan mengalami resiko kesehatannya dan kehilangan kemandirian.

### d. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup mempengaruhi perkembangan kerentanan psikologis. Populasi rentan sering mengalami *external locus of control*. Mereka percaya bahwa semua yang dialami adalah diluar kontrol mereka dan akibat dari nasib buruk. Kondisi ini membuat mereka sulit untuk berinisiatif mencari bantuan perawatan masalah kesehatannya. Beberapa individu percaya bahwa aktivitas promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan hal yang tidak penting atau tidak efektif karena mereka tidak percaya mampu mengontrol status kesehatannya sendiri. Menurut Charles et. al (2001) menyebutkan bahwa semakin tinggi usia seseorang maka afek-afek positifnya akan lebih banyak. Hal ini dikarenakan adanya faktor pendewasaan, pengalaman hidup, dan lain-lain. Walaupun demikian, tidak menutup kemungkinan, dijumpai lansia yang emosinya tidak dapat selaras dengan bertambahnya usia, hal tersebut sangat berkaitan erat dengan pengalaman hidup yang telah dilalui.

Berbagai faktor predisposisi dan dampak dari kerentanan membentuk suatu *cycle of vulnerability*, yang membuat lansia semakin mengalami dampak

buruk (Stanhope & Lancaster, 2000). Jika siklus ini tidak diputus akan sulit bagi lansia untuk memperbaiki status kesehatannya. Hasil studi kasus oleh Marsh (2007) juga menyatakan adanya peningkatan kebutuhan ditujukan pada munculnya masalah struktural dihubungkan dengan kerentanan lansia, dan untuk mencegah onset masalah yang terkait dimasa yang akan datang. Oleh karena itu, lansia memerlukan asuhan keperawatan komunitas yang berkelanjutan melalui upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif (Swanson & Nies, 1997; Stanhope & Lancaster, 2000).

## **2.2 Perawatan Hipertensi**

### **2.2.1 Pengertian hipertensi**

Hipertensi merupakan penyakit yang terjadi akibat peningkatan tekanan darah. Seseorang dapat dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darah sistoliknya lebih besar daripada 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg (Miller, 1999). Tekanan darah lansia cenderung berubah-ubah sebagai respon terhadap perubahan posisi dan faktor lainnya. Menurut referensi Wikipedia tekanan darah tinggi atau hipertensi diartikan sebagai kondisi medis di mana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka waktu lama). Penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga bacaan tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai keadaan darah tinggi (“Hypertension”, n.d.).

Beberapa istilah muncul terkait tekanan darah pada lansia. *Pseudohypertension* menggambarkan fenomena peningkatan tekanan darah sistolik dengan tekanan diastolik normal, akibat dari ketidakmampuan manset luar menekan arteri lansia yang mengalami arterosklerosis (Miller, 1999). *Pseudohypertension* diperkirakan terjadi jika tekanan darah meningkat tanpa adanya kerusakan organ, ketidaksesuaian tekanan darah pada ekstremitas yang berbeda, atau jika gejala hipotensi timbul karena terapi (Lueckenotte, 2000).

*Postural systolic hypotension* adalah penurunan tekanan darah sistolik 20 mmHg ketika berdiri sedikitnya 1 menit setelah duduk atau berbaring sedikitnya 5 tahun (Miller, 1999). *Postural hypotension* adalah penurunan tekanan darah sistolik 20 mmHg dan bersamaan berkurangnya tekanan darah diastolik 10 mmHg ketika berdiri sedikitnya 1 menit setelah duduk atau berbaring sedikitnya 5 tahun (Miller, 1999).

### 2.2.2 Klasifikasi hipertensi

*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003) mengklasifikasikan hipertensi menurut tingkatannya untuk menekankan resiko pada tiap tingkat tekanan darah tinggi sebagai faktor penyakit kardiovaskuler (Miller, 1999).

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah

| Tekanan darah        | Sistolik (mmHg) | Diastolik (mmHg) |
|----------------------|-----------------|------------------|
| Normal               | < 120           | < 80             |
| Prehipertensi        | 120 - 139       | 80 – 89          |
| Hipertensi stadium 1 | 140 - 159       | 90 – 99          |
| Hipertensi stadium 2 | ≥160            | ≥100             |
| Hipertensi stadium 3 | ≥ 180           | >110             |

Sumber : *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003); Ignatavicius & Workman, (2006); Lemone & Burke, (2008)

Berdasarkan tabel diatas, jika tekanan sistolik dan diastolik berada pada kategori yang berbeda, maka harus dipilih kategori yang tertinggi untuk mengklasifikasikan stadium hipertensi (Sulilat, 2001). Perlu juga diketahui bahwa individu dengan tekanan darah pada *range* prehipertensi 2 kali lebih beresiko untuk berkembang menjadi hipertensi (Lueckenotte & Meiner, 2006).

Pada lansia sering terjadi *Isolated Systolic Hypertension* (ISH), yang terjadi karena meningkatnya kekakuan dan mengerasnya arteri sehingga tekanan darah sistolik meningkat tidak sebanding dengan tekanan darah diastolik (Lueckenotte & Meiner, 2006). Lebih jelasnya lagi, ISH didefinisikan

sebagai peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih, dimana tekanan darah diastoliknya dibawah 90 mmHg (Christensen, 2006). Hasil penelitian tentang hipertensi sistolik pada lansia (1991) melaporkan, ISH dipercaya meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler dan stroke pada individu dewasa pertengahan dan lansia (Christensen, 2006). Makna dari perawatan atau penanganan ISH pada lansia belum lama diterapkan, tetapi sekarang penelitian tentang perawatan ISH semakin meluas.

### 2.2.3 Respon individu terhadap penyakit hipertensi

Perubahan fisik dan psikologis pada lansia terjadi secara alami. Salah satu perubahan yang terjadi pada lansia adalah kejadian penyakit kronis (Miller, 1999). Lansia yang mengalami penyakit kronis akan mempersepsikan dirinya sebagai beban, dan keluarga sering mengalami *caregiver stress* (Lueckenotte & Meiner, 2006). Bila kondisi tidak diatasi dengan baik akan menimbulkan gangguan keseimbangan, yang dapat menyebabkan lansia mengalami kerusakan yang progresif, misalnya bingung, panik, depresif, dan apatis (Kuntjoro, 2002).

Berbagai masalah fisik dan psikososial berpengaruh besar terhadap kehidupan sehari-hari lansia dengan hipertensi. Situasi ini dapat menyebabkan perasaan kehilangan kesejahteraan fisik-psikososial pada lansia akibat penyakit kronis yang dialaminya (Lambert & Lambert, 1985). Bentuk kehilangan ini terdiri dari 3 komponen, yaitu : kondisi fisiologis individu; ide-ide individu dan perasaan tentang dirinya; peran sosial individu. Gangguan yang dialami lansia pada salah satu komponen tersebut tidak terjadi dengan sendirinya. Artinya, gangguan pada salah satu komponen akan mempengaruhi dua komponen lainnya. Misalnya seorang lansia yang mengalami gangguan fisiologis berupa peningkatan tekanan darah, maka sebagai akibat lanjutnya terjadi perubahan fungsi psikologisnya. Selain itu, lansia juga diharuskan untuk merubah atau terganggu peran sosialnya.

Perasaan kehilangan fisik-psikososial lansia ditunjukkan dengan respon berduka. Berduka adalah keseluruhan respon terhadap pengalaman emosional karena kehilangan (Kozier et al., 2004). Respon berduka yang dialami lansia disebabkan karena hipertensi berdampak pada aspek fisik, psikososial, spiritual, ekonomi, dan individu lansia itu sendiri berupa stres yang berkelanjutan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Kondisi ini mengakibatkan lansia kehilangan status fungsionalnya, yang berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia.

Kubler & Ross (1969, dalam Kozier et al., 2004) menggambarkan lima tahap proses berduka sebagai respon klien yang mengalami kehilangan. Kelima tahap tersebut digambarkan pada penjelasan berikut ini :

a. Tahap pengingkaran (*Denial*)

Pengingkaran merupakan reaksi awal pada seseorang yang mengalami kehilangan. Lansia tidak percaya mengalami tekanan darah tinggi, yang harus dikontrol setiap saat dengan modifikasi gaya hidup, sehingga menyebabkan kehilangan kebebasan. Perubahan fisik yang dapat terjadi pada tahap ini adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah (Potter & Perry, 2005). Pada tahap ini, lansia dapat menolak untuk melakukan perawatan hipertensi dengan tidak mau lagi datang ke fasilitas kesehatan atau tetap mempertahankan kebiasaan hidupnya.

b. Tahap marah (*Anger*)

Reaksi marah menunjukkan bahwa seseorang sudah mulai menyadari terjadinya kehilangan. Perasaan marah dapat diproyeksikan kepada keluarga petugas kesehatan, atau Tuhan. Reaksi fisik yang ditunjukkan diantaranya muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan menggepal (Potter & Perry, 2005). Lansia akan cenderung lebih sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah, untuk menutupi rasa kecewa dan manifestasi kecemasannya terhadap akibat lanjut dari penyakit hipertensi.

c. Tahap tawar-menawar (*Bargaining*)

Pada tahap ini seseorang mulai berupaya membuat perjanjian untuk menghindari kehilangan. Lansia mulai meminta pendapat orang lain tentang penyakitnya (Potter & Perry, 2005). Lansia bisa juga mengekspresikan perasaannya bahwa penyakitnya ini akibat kesalahan atau sebagai hukuman atas perilakunya di masa lalu.

d. Tahap depresi (*Depression*)

Pada tahap ini, lansia mulai menyadari kehilangan-kehilangan yang akan dialami sebagai dampak penyakit hipertensi. Sikap yang ditunjukkan pada tahap ini dapat berupa sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa (Potter & Perry, 2005). Tetapi perasaan tersebut memberikan kesempatan pada lansia untuk melewati tahap kehilangan dan mulai berpikir bagaimana cara mengatasi agar tekanan darahnya stabil

e. Tahap penerimaan (*Acceptance*)

Pada tahap ini seseorang dapat menerima kenyataan akan kehilangan. Lansia sudah dapat menerima kenyataan atas dampak yang akan dialami dalam hidupnya akibat penyakit hipertensi. Lansia sudah mulai membuat rencana-rencana untuk merawat tekanan darahnya tingginya, dan mencari berbagai sumber informasi.

Sebagai penyakit kronis, hipertensi membutuhkan perawatan secara terus menerus dan perubahan gaya hidup yang membuat penderitanya marah dan gagal memenuhinya. Hal ini dapat mengganggu penyesuaian individu terhadap masalah-masalah kesehatan kronis (Sarafino, 1994). Dampak nyata gangguan penyesuaian diri ini adalah rasa putus asa pada lansia, yang mengakibatkan ketidakpatuhan dalam upaya menjaga dan mengontrol kesehatannya. Kepatuhan (*compliance*) adalah perilaku seseorang yang menyetujui segala bentuk anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan, baik dalam hal terapi, diet, latihan, atau olahraga, pengobatan, dan perawatan penyakitnya (Stanley, Blair, & Beare, 2005; Holroyd & Creer, 1986 dalam Lueckenotte & Meiner, 2006). Sedangkan ketidakpatuhan (*non compliance*) adalah perilaku yang tidak menyetujui

segala instruksi atau anjuran yang diberikan. Dalam hal kepatuhan dan kepatuhan dan ketidakpatuhan lansia dalam mematuhi apa yang dianjurkan petugas kesehatan untuk merawat tekanan darah tinggi, dipengaruhi oleh faktor interaksi nilai, pengalaman hidup lansia, dukungan keluarga, kemampuan dari tenaga kesehatan, dan kompleksitas cara atau aturan hidup yang diterapkan lansia (Stanley, Blair, dan Beare, 2005).

Hidup dengan penyakit kronis berpengaruh terhadap aspek fisik, psikologis, dan sosial individu dan keluarganya (Lueckenotte & Meiner, 2006). Individu dengan penyakit kronis harus dapat beradaptasi dengan kondisi ini. Perubahan adaptif yang mereka buat dapat mempertinggi kualitas hidup dengan meningkatkan fisik, psikologis, dan fungsi sosial (Cohen & Lazarus, 1983; Diamond, 1983 dalam Sarafino, 1994). Selanjutnya, menurut Sarafino (1994) individu yang memperlihatkan adaptasi yang efektif dalam jangka waktu lama terhadap penyakit kronis biasanya mempunyai sumber-sumber psikologis sehingga memungkinkan mereka menggunakan strategi koping yang sesuai untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi. Dengan kata lain klien harus mempunyai ketrampilan menggunakan koping yang adaptif.

Berikut ini akan dijelaskan beberapa akan dijelaskan beberapa strategi koping yang biasa digunakan untuk beradaptasi dengan masalah psikososial karena penyakit kronis (Sarafino, 1994) :

- a. Mengingkari atau meminimalkan keseriusan situasi. Pendekatan ini dapat bermanfaat pada fase awal untuk menyesuaikan diri dengan masalah kesehatan.
- b. Mencari informasi tentang masalah kesehatan yang dialami dan prosedur perawatan.
- c. Belajar untuk melakukan salah satu pengobatan secara mandiri. Dengan pendekatan ini, tumbuh suatu perasaan kontrol dan keefektifan personal dengan menghargai kondisinya.

- d. Melakukan hal-hal yang nyata, batasi tujuan seperti melakukan olahraga atau pergaulan sosial, dan mempertahankan rutinitas sehari-hari sebaik mungkin. Kegiatan ini, klien mempunyai sesuatu untuk dilakukan dan kesempatan untuk mencapai tujuan yang mereka sadari penuh arti.
- e. Merekrut dukungan instrumental dan emosional dari keluarga, teman, dan petugas kesehatan dengan mengekspresikan kebutuhan dan perasaan.
- f. Mempertimbangkan kejadian kedepan yang mungkin terjadi dan keadaan *stressfull* untuk mengetahui apa yang akan kedepan dan siap untuk kesulitan yang tidak diharapkan.
- g. Mengumpulkan perspektif yang dapat dikendalikan terhadap masalah kesehatan dan perawatannya dengan menemukan tujuan dan makna jangka panjang pengalaman menderita penyakit kronis. Biaya klien melakukan ini dengan menerapkan kepercayaan spritual atau mengenali bagaimana mereka berubah dengan cara positif karena pengalaman.

#### **2.2.4 Dampak hipertensi pada lansia**

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang umum diderita oleh lansia. Sebagai penyakit kronis, hipertensi berdampak besar bagi kehidupan, karena mempengaruhi gaya hidup dan interaksinya dengan orang lain (Meiner & Lueckenotte, 2006). Kondisi ini menyebabkan individu berada dalam situasi krisis, yang akan mempengaruhi individu dengan stres yang berkelanjutan atau berulang (Charles et al., 2001). Hal ini dikarenakan sakit fisik yang dirasakan, ketidakmampuan, harga diri rendah, gangguan dalam kehidupan berkeluarga dan sosial, serta penurunan sumber-sumber finansial. Hal ini selaras dengan temuan Asniar (2007) yang dalam penelitiannya menyatakan bahwa suatu penyakit dapat menimbulkan gangguan pada level organ, personal dan sosial.

Webb dan Gonzales (2006) melakukan penelitian kualitatif tentang beban karena hipertensi terkait gambaran mental pada wanita Amerika keturunan Afrika. Hasil penelitian melaporkan hipertensi sebagai ancaman penyakit yang signifikan, yang mempunyai hubungan sebab akibat dengan faktor resiko dalam konteks stres psikologis.

Stres psikologis merupakan kondisi yang umum dialami individu yang menderita penyakit kronis. Menurut Kaplan (2004) jika seseorang merasa diuntungkan dengan pencegahan peningkatan tekanan darah yang dilakukan, hal ini akan mengurangi beban pribadinya sehingga secara efektif dapat melakukan perawatan hipertensi. Selain itu dalam perawatan penyakit kardiovaskuler, modifikasi gaya hidup, termasuk manajemen stres, lebih penting untuk mengontrol tekanan darah.

Menurut Hymovich & Hagopian (1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) penyakit kronis menjadikan ketidakmampuan dalam jangka waktu lama atau permanen yang mengganggu fungsi fisik, psikologis, atau sosial. Hipertensi akan berdampak pada semua aspek kehidupan lansia, meliputi fisik, psikososial, spiritual, dan ekonomi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003).

Untuk lebih jelasnya, semua aspek tersebut akan dijelaskan berikut ini :

**a. Fisik**

Hipertensi pada lansia sangat penting untuk diketahui karena patogenesis, perjalanan penyakit dan penatalaksanaannya tidak seluruhnya sama dengan hipertensi pada usia dewasa muda. Pada lansia tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat seiring dengan bertambahnya usia karena perubahan struktur dan fungsi pada pembuluh darah perifer. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar

berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2002).

Hipertensi pada lansia biasanya tanpa gejala sampai perubahan vaskular terjadi di jantung, otak, mata, atau ginjal (Christensen, 2006). Dalam jangka lama, hipertensi yang tidak dirawat dapat merusak organ target. Kerusakan organ target lebih lanjut mengakibatkan hipertrofi ventrikel kiri, angina pektoris, infark miokard, gagal jantung, stroke, nefropathy, penyakit arteri perifer, atau retinopathy (Christensen, 2006). Tanda dan gejala biasanya muncul bila hipertensi makin parah. Dampak penyakit menyebabkan penderita mengalami kelemahan, pusing, sakit kepala, vertigo, dan palpitasi. Pada hipertensi yang parah penderita bisa mengalami kepala berdenyut-denyut, kebingungan, kehilangan penglihatan, epitaksis, dan koma (Lueckenotte, 2000).

Sherina, Rampal & Mustaqim (2004) melakukan penelitian terhadap lansia yang menderita penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes mellitus, asma bronkial, dan penyakit jantung iskemik di komunitas rural wilayah Selangor Malaysia. Hasil penelitian ini menunjukkan penyakit kronis berhubungan secara signifikan dengan ketergantungan fungsi pada lansia.

Aspek fisik dari penyakit kronis yang telah diderita dalam jangka waktu lama dapat mengganggu kemandirian lansia, dan keterbatasan ini akan mempengaruhi konsep diri dan kepuasan hidup lansia secara keseluruhan (Hitchcook, Schubert & Thomas, 2003). Oleh karena itu masalah ketergantungan fungsi akibat penyakit kronis harus diatasi secara komprehensif agar dapat membuat program yang sesuai untuk perawatan lansia.

## **b. Psikososial**

Perubahan fisik dan psikologis pada lansia terjadi secara alami dan berpotensi timbulnya masalah psikososial apabila lansia tidak dapat beradaptasi terhadap perubahan (Depkes RI, 2007). Gangguan fisik, karena penyakit atau proses menua, dapat diintegrasikan ke dalam konsep diri, baik positif maupun negatif (Meiner & Lueckenotte, 2006). Wold (1999) menyatakan konsep diri yang buruk, depresi, dan perasaan negatif lainnya biasanya dialami oleh lansia. Konsep diri lansia berperan penting dalam proses adaptasi terhadap penuaan dan penyakit kronis.

Berikut ini akan dijelaskan tiga dampak psikososial akibat penyakit hipertensi, yang mempengaruhi konsep diri lansia (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) :

### **1) Ketidakpastian**

Ketidakpastian adalah suatu pengalaman konstan pada penyakit kronis terkait munculnya gejala yang tidak dapat diprediksi dan tidak konsisten, pertanyaan terus-menerus tentang kekambuhan atau bertambah buruk, dan tidak mengetahui akibat kedepan terkait hidup dengan kondisi lemah. Pengalaman hidup sehari-hari dengan hipertensi dapat menyebabkan ketidakpastian. Hal ini dikarenakan keluhan akibat peningkatan tekanan darah yang tidak dapat diprediksi kapan munculnya oleh lansia. Bila perasaan ketidakpastian berlangsung secara terus-menerus, dapat menyebabkan lansia mengisolasi dirinya. Lansia memilih untuk selalu berada di dalam rumah dan enggan melakukan berbagai aktifitas di luar rumah karena kekhawatiran tekanan darahnya akan meningkat.

Selain pengalaman hidup, penelitian kualitatif yang dilakukan Bury (1982) melaporkan ketidakpastian yang terjadi pada penyakit kronis meliputi pengetahuan dampak dan perkembangan kondisinya, serta

perilaku yang sesuai untuk menghadapi efek dari penyakit. Pada kasus penyakit hipertensi pada lansia, terjadinya peningkatan tekanan darah tidak dapat diprediksi atau klien tidak merasakan gejala, membuat lansia enggan melakukan berbagai aktifitas atau tidak mengubah gaya hidup untuk mengurangi faktor resiko hipertensi.

Untuk itu petugas kesehatan khususnya perawat komunitas perlu mengkaji pengalaman klien dan keluarga, dan membantunya mengembangkan strategi untuk hidup dalam ketidakpastian penyakit hipertensi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Strategi yang perlu dilakukan oleh klien meliputi lebih banyak mencari tahu tentang penyakit hipertensi, mencari jenis perawatan lainnya, melakukan teknik-teknik mengurangi stres, dan mencari dukungan dari yang lain seperti keluarga, teman, sesama penderita hipertensi, dan petugas kesehatan profesional.

## 2) Tidak berkekuatan

Tidak berkekuatan adalah persepsi seseorang kehilangan kekuatan dan kewenangannya untuk melakukan sesuatu yang akan mempengaruhi suatu akibat (Miller, 2000 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Perasaan tidak berkekuatan dapat muncul, karena lansia merasa hipertensi yang diderita mengakibatkan berkurangnya kemampuan fisiknya. Lansia tidak lagi leluasa melakukan berbagai aktifitas karena keluhan peningkatan tekanan darah akan muncul ketika penderita kelelahan. Akibat lanjut dari perasaan ini adalah lansia akan merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, dan kehilangan kontrol, yang dapat menyebabkan lansia pasif atau tidak berpartisipasi dalam program perawatan tekanan darah tinggi secara mandiri.

### 3) *Biographical Disruption*

*Biographical disruption* terjadi ketika proyeksi yang terjadi kedepan tidak sesuai dengan yang direncanakan (Connor, 2004). Penyakit kronis dapat menyebabkan *biographical disruption* (Bury, 1982). Hasil penelitian oleh Connor (2004) melaporkan, penyakit kronis, ketidakmampuan fisik atau penyakit lainnya dapat menyebabkan *biographical disruption*. Dalam penelitian ini juga disebutkan *biographical disruption* mengakibatkan penderitaan, harapan, kondisi kronis dan terbentuknya coping.

Keluhan penyakit hipertensi beserta dengan perawatannya yang dialami oleh lansia bertahun-tahun dapat mengakibatkan *biographical disruption*. Misalnya saja terjadi gangguan persepsi lansia tentang dirinya, yaitu merasa tubuhnya tidak berfungsi sebagaimana mestinya serta merasa hidupnya hanya untuk merawat penyakit yang diderita. Ketika lansia merasakan *biographical disruption*, mereka akan mengalami isolasi sosial, hambatan berhubungan dengan orang lain, dan hidupnya dibatasi oleh aturan-aturan terkait perawatan tekanan darah tinggi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Dalam kondisi ini, perawat harus dapat membantu klien menerima kondisinya, dan bertanggung jawab pada hidup dan tubuhnya.

#### c. **Spiritual**

Kepercayaan spiritual dapat mempengaruhi perasaan lansia tentang penyakit hipertensi yang diderita dalam jangka waktu lama dan membantu lansia menyesuaikan diri dengan penyakitnya. Beberapa individu mendapatkan makna dari penyakit kronis yang dideritanya melalui agama dan keimanan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Miller (2000 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) menguraikan dalam sistem kepercayaan klien melibatkan spiritualitas sebagai sumber.

Rowe dan Allen (2004) melakukan penelitian tentang spiritualitas sebagai koping untuk penyakit kronis. Dalam penelitian ini ditemukan korelasi positif yang signifikan antara spiritualitas dan kemampuan koping individu dengan spiritualitas yang tinggi. Spiritualitas yang tinggi juga membuat individu menjadi lebih kuat dan mempunyai gaya koping yang lebih bervariasi, serta cenderung mampu menggunakan koping yang lebih positif.

Penelitian Koenig (1998) tentang hubungan antara aktivitas religius dan tekanan darah pada lansia melaporkan, subyek yang melakukan kegiatan religius sekali seminggu atau lebih, dan berdoa serta mempelajari alkitab sehari sekali atau lebih, berpotensi tekanan darah diastolikanya lebih rendah 40% daripada yang lebih sedikit melakukan ibadah dan berdoa, setelah dikontrol dengan umur, jenis kelamin, ras, merokok, penyakit kronis, dan *Body Mass Index*.

Tingkat keparahan dari penyakit akan menguji spiritualitas lansia, apakah menjadi semakin kuat atau malah menurun. Akibat lanjut dari penurunan spiritualitas adalah akan terjadi *spiritual distress* (Hymovich & Hagopian, 1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). *Spiritual distress* dapat menyebabkan mimpi buruk dan gangguan tidur atau gangguan perilaku dan suasana hati ditandai dengan menangis, marah, menarik diri, cemas, permusuhan, atau apatis.

#### **d. Ekonomi**

Sebagai penyakit kronis yang diderita dalam jangka waktu lama, hipertensi berdampak pada aspek ekonomi penderitanya. Banyak biaya yang harus dibayarkan untuk perawatan penyakit, misalnya biaya pemeriksaan dokter dan rumah sakit. Selain itu ada pula biaya yang secara tidak langsung dibayarkan, seperti bila timbul ketergantungan dan memerlukan rehabilitasi khusus, waktu yang hilang untuk bekerja, biaya perjalanan untuk berobat, biaya panggilan telepon, dan asuransi kesehatan

(Hymovich & Hagopian, 1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003).

*Hypertension Study Group* (2001) melakukan penelitian *multicentre studi* tentang prevalensi, kesadaran, perawatan dan mengontrol hipertensi pada lansia di India dan Bangladesh. Hasil penelitian menyebutkan prevalensi hipertensi lebih tinggi pada daerah urban daripada rural. Status pendidikan juga berhubungan dengan prevalensi hipertensi. Dari hasil penelitian ini juga disimpulkan dampak pada faktor sosial ekonomi meningkat seiring dengan meningkatnya ketergantungan, beban biaya obat, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pendidikan kesehatan, perilaku mengkonsumsi obat, persepsi bahwa peningkatan tekanan darah hal yang biasa, konsep antara penyakit akut dan kronis. Kondisi akan mempengaruhi perilaku mencari kesehatan pada lansia.

#### **2.2.5 Promosi kesehatan pada lanjut usia dengan hipertensi**

Penyakit hipertensi yang banyak diderita oleh lansia memerlukan upaya promosi kesehatan dengan memperhatikan faktor-faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya penyakit. Menurut Pender (2002), promosi kesehatan pada populasi lansia merupakan kebutuhan vital untuk mencegah komplikasi dan mengurangi resiko yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Program-program promosi kesehatan dikembangkan berdasarkan faktor-faktor resiko yang telah diidentifikasi berkaitan dengan penyakit yang diderita oleh lansia.

Isu-isu tentang ketidakmampuan dan ketergantungan pada lansia masih banyak diperdebatkan penentu kebijakan tentang bagaimana memenuhi kebutuhan lansia. Sehingga promosi kesehatan pada lansia masih merupakan konsep yang banyak diperdebatkan, tetapi biasanya dipertimbangkan untuk proteksi, preventif, dan edukasi kesehatan (Tannahill, 1985 dalam Bernard, 2000). Selanjutnya hal ini dapat dihubungkan dengan isu-isu kebijakan yang

diperlukan untuk mengembangkan kebijakan kesehatan masyarakat, khususnya lansia.

Dalam perencanaan program promosi kesehatan untuk kelompok lansia yang menderita hipertensi, harus dimasukkan program pencegahan dan penanggulangan penyakit-penyakit degeneratif. Program pencegahan untuk penanganan hipertensi pada lansia menggunakan tiga level pencegahan, yaitu : primer, sekunder, tersier (Anderson & McFarlane, 2004).

#### 1. Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah upaya menghindari penyakit atau tindakan promosi kesehatan dan preventif. Bagi lansia hipertensi, tindakan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan pada penderita tentang hipertensi, faktor resiko, dan terapi obat. Pengetahuan pasien ditingkatkan dengan pemberian informasi tentang efek samping pengobatan, aturan diet, olahraga, dan teknik mengurangi stres (Christensen, 2006). Tindakan pencegahan dilakukan melalui modifikasi gaya hidup untuk mengurangi faktor resiko tekanan darah tinggi seperti menghindari tembakau, mengurangi konsumsi sodium, mengurangi berat badan bagi yang kegemukan, olah raga yang teratur, dan mengurangi konsumsi alkohol (Miller, 1999).

#### 2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan saat penyakit telah terdeteksi dalam stadium awal. Aktifitas yang juga dilakukan dalam pencegahan sekunder adalah deteksi dini penyakit dalam keadaan tanpa gejala, misalnya saja pemeriksaan tekanan darah pada populasi lansia yang beresiko mengalami hipertensi (Lueckenotte & Meiner, 2006). Selanjutnya, manfaat dari kegiatan deteksi dini harus lebih besar daripada kerugiannya. Dan yang tidak kalah penting adalah penanganan selanjutnya jika lansia terdeteksi menderita tekanan darah tinggi.

### 3. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier dilakukan jika penyakit telah menyebabkan kerusakan pada individu yang menderita. Tujuan aktifitas pencegahan tersier adalah mencegah berkembangnya gejala-gejala agar dampak penyakit tidak menjadi lebih parah.

Penyakit hipertensi merupakan kelompok penyakit tidak menular. Sehingga program promosi kesehatan penyakit hipertensi pada lansia yang dikembangkan di puskesmas termasuk dalam program pemberantasan penyakit tidak menular. Program yang dilakukan meliputi pencegahan primer dan sekunder (Gondodiputro, 2007).

Tujuan program penanganan hipertensi ditujukan untuk mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi, serta mempertahankan tekanan darah maksimal 140/90 mmHg (Smeltzer, 2002). Perawatan didasarkan pada tingkat keparahan hipertensi, yang dihubungkan dengan faktor resiko, kerusakan organ target, serta biaya perawatan dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Christensen, 2006; Smeltzer, 2002).

Terapi obat-obatan anti hipertensi bersamaan dengan terapi non farmakologi dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah. Tetapi obat hanya membuat tekanan darah kembali normal tetapi tidak menjamin tekanan darah naik lagi. Apalagi lansia kerja obat dalam tubuh dan interaksinya dengan jaringan tubuh (farmakodinamik) berubah secara signifikan (Stockslager & Schaeffer, 2003). Sehingga untuk lansia dengan tekanan darah sistolik antara 140 – 160 mmHg, penanganan pertama yang dilakukan adalah memodifikasi gaya hidup, dan terapi obat mulai diberikan bila tekanan darah sistolik lebih dari 180 mmHg (Miller, 1999).

Modifikasi gaya hidup sebagai langkah pertama perawatan hipertensi, harus menjadi fokus saat membuat rencana perawatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prencipe et al. (2000), dari *Department of*

*Neurological Sciences and Department of Experimental Medicine, La Sapienza, University, Rome, Italy*, memperlihatkan proporsi penduduk dengan modifikasi gaya hidup tidak berbeda antara pasien hipertensi dan yang tekanan darahnya normal. Meskipun tidak ada data mengenai konsumsi sodium dan alkohol pada populasi lansia, penelitian ini melaporkan bahwa kegemukan dan merokok membuktikan bahwa mereka tidak cukup peduli dengan manfaat perlunya memodifikasi gaya hidup.

*The Joint National Committee* tidak merekomendasikan penggunaan obat-obatan untuk terapi awal, karena efeknya tidak lama pada percobaan keefektifannya mengurangi morbiditas dan mortalitas (Miller, 1999). Apalagi obat-obat generasi baru lebih mahal, sehingga faktor sosial ekonomi lansia perlu dipertimbangkan untuk memberikan terapi obat dalam jangka waktu lama.

## **2.3 Dukungan Keluarga**

### **2.3.1 Pengertian keluarga**

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Adanya hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan anggotanya. Bisa dikatakan bahwa peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga secara individu dimulai dari pencegahan, pengobatan sampai tahap pemulihan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Teori Adaptasi Roy (Roy, 1991) respon atau perilaku bagaimana individu beradaptasi dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang diterimanya. Stimulus eksternal yang dapat mempengaruhi respon atau perilaku lansia terhadap dirinya karena menderita hipertensi adalah dukungan dari keluarga. Sehingga peran dari berbagai pihak, terutama peran dan dukungan keluarga sangat penting dalam mempengaruhi cara beradaptasi lansia hipertensi dalam mengontrol tekanan darah agar kesehatannya meningkat.

Anggota keluarga mempunyai peran vital sebagai *caregiver* utama untuk lansia yang telah mengalami gagal pulih, atau lansia yang tergantung karena menderita penyakit kronis dan atau ketidakmampuan mental (Friedman dkk., 2003). Sehingga keluarga merupakan elemen utama bagi lansia penderita hipertensi, terutama dalam memodifikasi gaya hidup untuk meminimalkan faktor resiko.

### **2.3.2 Tipe dasar perubahan peran yang terjadi terkait ketidakmampuan salah satu anggota keluarga**

Saat situasi krisis, misalnya bila ada anggota keluarga yang menderita penyakit serius, struktur keluarga dapat dimodifikasi. Tingkat modifikasi tergantung pada kemampuan anggota keluarga yang sakit menjalankan perannya seperti biasa dan tugas atau peran utama dalam keluarga yang kosong (Friedman dkk., 2003).

- a. Anggota keluarga yang sehat memiliki sumber-sumber internal dan eksternal sehingga mereka dapat menggantikan tugas dan kewajiban yang tidak dapat dilakukan anggota keluarga yang sakit. Kondisi ini merupakan cara yang fungsional untuk mengatasi masalah yang ada.
- b. Anggota keluarga kekurangan sumber-sumber internal dan eksternal, dan konsekuensinya peran-peran dasar dan yang dibutuhkan keluarga tidak terpenuhi atau kurang sempurna.

Jika keluarga berfungsi secara adekuat akan dapat memodifikasi peran keluarga secara fleksibel untuk mengatasi masalah, atau bisa juga mencari bantuan dari luar untuk mengisi kekosongan peran.

### **2.3.3 Dukungan sosial keluarga dalam mencegah kekambuhan hipertensi**

Dukungan sosial merupakan suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang bermasalah sehingga individu tersebut mengetahui bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Stolte, 2004). Dukungan sosial juga diartikan sebagai jalinan interaksi interpersonal,

meliputi perhatian, emosional, perasaan suka,cinta dan empati serta bantuan berupa barang dan jasa, informasi dan penilaian (Alimul, 2003).

Keluarga merupakan pemberi dukungan sosial utama bagi lansia yang menderita hipertensi. Riset pada area kesehatan keluarga melaporkan bahwa keluarga mempunyai dampak yang kuat pada kesehatan fisik anggota keluarga (Campbell, 2000 dalam Friedman dkk., 2003). Keluarga hendaknya dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan proses perawatan lansia , dari awal terdiagnosa hipertensi, perawatannya agar tidak terjadi kekambuhan. Karena kekambuhan penyakit hipertensi pada lansia banyak dipengaruhi oleh faktor gaya hidup seperti pola makan, olahraga, tingkat stres, serta merokok. Dalam kehidupan sehari-hari sikap keluarga harus dapat menerima lansia dan penyakitnya, selanjutnya keluarga bersedia untuk mengatur gaya hidup lansia agar faktor resiko hipertensi dapat diminimalkan, serta keluarga harus bisa menjadi role model agar lansia tidak kambuh hipertensinya.

Bentuk dukungan sosial keluarga dalam mencegah kekambuhan hipertensi terbagi dalam (Stolte, 2004) :

- a. Dukungan informasi adalah dukungan yang diberikan anggota keluarga berupa nasehat atau informasi tentang modifikasi gaya hidup untuk menurunkan faktor resiko terjadinya hipertensi.
- b. Dukungan penilaian adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berupa bimbingan umpan balik agar lansia mau mentaati program perawatan hipertensi.
- c. Dukungan instrumen adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berupa materi, seperti uang, sarana dan prasarana yang dapat digunakan lansia untuk mendukung program perawatan hipertensi.
- d. Dukungan emosional adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berupa kasih sayang, perhatian, rasa empati lansia yang menderita hipertensi.

Hasil penelitian Tirtayasa (2008) menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan hidup dengan kejadian hipertensi pada lansia dan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian hipertensi pada lansia. Dapat disimpulkan pula bahwa dukungan keluarga kategori sedang mempunyai risiko 3,78 kali terkena hipertensi dibandingkan responden dengan dukungan keluarga kategori baik. Responden dengan dukungan keluarga kurang, untuk terjadinya hipertensi 10,40 kali dibandingkan responden dengan dukungan keluarga baik

#### **2.4 Pendekatan Fenomenologi Dalam Penelitian Kualitatif**

Fenomenologi merupakan studi yang meneliti pengalaman manusia melalui deskripsi dari partisipan, sehingga peneliti dapat memahami pengalaman hidup partisipan. Menurut Spielberg (1975, dalam Strubert & Carpenter, 1999), fenomenologi didefinisikan sebagai pergerakan filosofis yang tujuan utamanya adalah investigasi langsung dan deskripsi fenomena tentang pengalaman yang disadari, tanpa adanya teori penjelasan penyebabnya dan sebagai kemungkinan bebas dari preconsepsi dan presuposisi yang belum teruji. Dengan demikian fenomenologi dapat diartikan sebagai upaya untuk memahami kesadaran dari sudut pandang subyektif orang terkait.

Fenomenologi dapat dideskripsikan sebagai filosofi dan metode. Sebagai suatu filosofi, fenomenologi didefinisikan sebagai suatu sistem interpretasi yang membantu untuk merasakan dan memahami diri kita, hubungan dan pertukaran kita dengan orang lain, dan segala sesuatu dalam pengalaman kita dengan berbagai cara, meliputi mendeskripsikan suatu metode seperti filosofi atau cara berpikir (Wagner, 1983 dalam strubert & Carpenter, 1999). Sementara itu, blumensteil (1973, dalam strubert & Carpenter, 1999) mendefinisikan metode fenomenologi merupakan cara membuat sesuatu yang maknanya seolah-olah jelas, mempunyai arti, dan kemudian menemukan apa maknanya.

Fokus metode penelitian fenomenologi adalah pengalaman hidup sehari-hari partisipan. Metode ini bertujuan untuk menggambarkan secara akurat pengalaman fenomena yang sedang diteliti, dan tidak untuk menghasilkan teori atau model, serta tidak untuk mengembangkan penjelasan umum (Morse & Field, 1996). Beberapa ahli fenomenologi juga menyatakan bahwa intuisi merupakan hal penting dalam mengembangkan pengetahuan, meskipun maksud manusia tidak dapat disimpulkan hanya dari kesan perasaan (Bruyn, 1966 dalam Morse & Field, 1996). Sehingga beberapa riset kualitatif diklasifikasikan sebagai fenomenologi, jika fokus penelitiannya adalah pengalaman.

Spiegelberg (1965;1975, dalam strubert & Carpenter, 1999) mengidentifikasi 6 elemen sentral penelitian fenomenologi, yaitu fenomenologi deskriptif, fenomenologi esensi, fenomenologi penampilan, fenomenologi konstitusi, fenomenologi reduksi, fenomenologi hermeneutik. Fenomenologi deskriptif ditujukan untuk mengeksplorasi, menganalisis, dan menggambarkan fenomena tertentu, se bebas mungkin dari perkiraan yang belum teruji. Fenomenologi esensi meliputi menyelidiki data untuk mencari tema atau esensi dan menetapkan pola hubungan dari suatu fenomena. Fenomena penampilan ditujukan untuk memberi perhatian pada bagaimana fenomena tersebut muncul, dan bagaimana fenomena tertentu muncul dengan cara yang berbeda. Fenomena konstitusi merupakan proses fenomena dipandang secara mendalam dengan kesadaran peneliti. Fenomenologi reduksi dilakukan untuk menunjukkan obyektifitas pada metode fenomenologi, dengan menggunakan evaluasi diri peneliti tentang kepercayaan dan pemahaman pengetahuan pengalaman yang sedang dikumpulkan. Fenomena hermeneutik menggunakan interpretasi bila peneliti menemukan pemahaman yang tidak dapat langsung dimengerti.

Fenomenologi deskriptif merupakan elemen sentral yang umum digunakan dalam penelitian. Fenomenologi ini menstimulasi persepsi tentang pengalaman hidup yang menekankan pada kekayaan, keluasan, dan kedalaman

pengalaman tersebut (Spielberg 1975, dalam Strubert & Carpenter, 1999). Sehingga dengan menggunakan fenomenologi deskriptif pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi dapat di eksplorasi langsung, dianalisis, dan digambarkan secara bebas, tanpa adanya perkiraan yang belum teruji.

Fenomenologi deskriptif dilakukan melalui tiga tahapan proses yaitu *intuiting*, *analyzing*, dan *describing* (Spielberg 1975, dalam Strubert & Carpenter, 1999). Pada tahap *intuiting*, peneliti menyatu secara total dengan fenomena yang sedang diteliti. Peneliti menghindari kritik, menilai atau memberikan opini, dan memberikan perhatian lebih pada fenomena yang diteliti. Pada tahap *analyzing*, peneliti mengidentifikasi fenomena berdasarkan data yang diperoleh dan bagaimana data tersebut ditampilkan. Selanjutnya peneliti melihat dengan jelas fenomena dengan memperhatikan unsur-unsur yang ada dan mengeksplorasi hubungan beberapa fenomena yang berkaitan. Pada tahap yang ketiga, yaitu *describing*, bertujuan untuk mengkomunikasikan dan membawa unsur-unsur kritis dari fenomena yang diteliti kedalam bentuk deskripsi tertulis dan secara verbal. Deskripsi didasarkan pada klasifikasi atau pengelompokan fenomena. Peneliti harus menghindari untuk mencoba mendeskripsikan fenomena secara prematur.

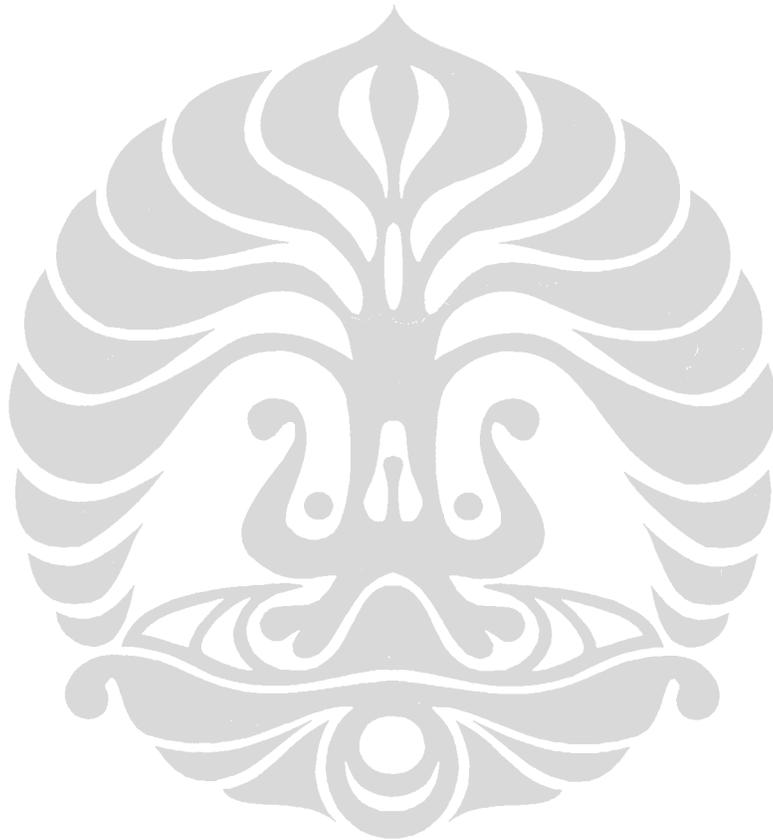
Partisipan penelitian dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan partisipan berdasarkan pada tujuan penelitian (Creswell, 1998). Teknik ini membantu peneliti dalam menggunakan sumber data untuk memaksimalkan kekayaan informasi yang diperoleh (Polit & Hungler, 1999). Jumlah sampel penelitian kualitatif ditentukan berdasarkan pada kebutuhan informasi, maka besarnya sampel ditentukan sampai tercapai saturasi data. Saturasi data tercapai bilamana tidak diperoleh lagi informasi, tema dan esensi baru yang muncul dari partisipan, Serta terjadi pengulangan data (Creswell, 1998; Polit & Hungler, 1999). Umumnya penelitian fenomenologi membutuhkan 6 - 10 partisipan untuk menjadi sampel (Riemen, 1986 dalam Creswell, 1998).

Berbagai macam teknik dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian kualitatif. Salah satu teknik pengumpulan data untuk penelitian fenomenologi deskriptif adalah teknik wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan dengan cara dengan tidak terstruktur, karena cara ini dapat memberikan kebebasan dan keleluasaan lebih pada partisipan untuk memberikan jawaban jika dibandingkan dengan jenis wawancara yang lain (Strubert & Carpenter, 1999). Dalam wawancara tidak terstruktur, peneliti menggunakan *open-ended interview*. Dengan *open-ended interview*, peneliti dapat mengikuti kepastian jawaban partisipan, menanyakan pertanyaan untuk mengklarifikasi, dan memfasilitasi ekspresi pengalaman hidup partisipan (Strubert & Carpenter, 1999). Proses wawancara pada sejumlah partisipan dilakukan sampai tercapai saturasi data. Sehingga peneliti memerlukan partisipan yang tidak mempunyai hambatan untuk berbicara dan berbagi ide, serta perlu menentukan kondisi yang memungkinkan (Creswell, 1998).

Analisis data kualitatif merupakan proses yang aktif dan interaktif, khususnya pada akhir interpretasi dari rangkaian model analisis (Polit & Hungler, 1999). Dalam metode fenomenologi, analisis data menggunakan tahapan menurut Colaizzi (Colaizzi, 1978 dalam Fain, 1999). Tahapan tersebut meliputi : (1) membuat diskripsi secara menyeluruh pengalaman partisipan yang menjadi fenomena; (2) mengumpulkan data tentang gambaran pengalaman partisipan; (3) membaca seluruh gambaran pengalaman partisipan; (4) memilih pernyataan-pernyataan yang bermakna dan sesuai tujuan penelitian; (5) mengambil makna dari pernyataan-pernyataan yang signifikan; (6) mengelompokkan makna-makna tersebut kedalam tema; (7) menuliskan suatu gambaran yang mendalam dalam bentuk narasi; (8) memvalidasi gambaran tersebut dengan mengembalikan kepada partisipan; (9) Data baru yang diperoleh selama validasi, digabungkan kedalam deskripsi akhir hasil penelitian secara mendalam.

Berdasarkan uraian teori diatas, maka pengalaman hidup manusia dalam penelitian fenomenologi diteliti dengan memperhatikan beberapa fenomena

dan bagaimana partisipan menginterpretasikan pengalamannya. Oleh karena itu metode penelitian fenomenologi tepat digunakan untuk meneliti pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi yang merupakan pengalaman individu.



## **BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN**

Bab metodologi penelitian menjelaskan tentang aplikasi desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, pertimbangan etik, cara dan prosedur pengumpulan data, alat bantu pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, dan keabsahan data (*trustworthiness of data*)

### **3.1 Desain Penelitian**

Fokus penelitian ini yaitu melakukan pengkajian secara sistematis, mendalam, dan bermakna melalui proses eksplorasi dan interaksi komunikatif kepada partisipan mengenai pengalamannya melakukan perawatan tekanan darah tinggi di Kelurahan Ngesrep. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi karena yang diteliti adalah pengalaman manusia melalui deskripsi dari partisipan, sehingga peneliti dapat memahami pengalaman hidup partisipan. Penggunaan metode fenomenologi diharapkan dapat mengupas esensi pengalaman hidup sehari-hari lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi dan dapat menggambarkannya dengan akurat.

Langkah-langkah yang dilakukan pada penelitian ini, yaitu *intuiting*, *analyzing*, dan *describing* (Spielberg 1975, dalam strubert & Carpenter, 1999). Langkah pertama, *intuiting*, peneliti menyatu dengan fenomena bagaimana pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tingginya. Saat proses wawancara, peneliti sebagai alat pengumpul data dan mendengarkan gambaran perawatan tekanan darah tinggi yang dinyatakan partisipan. Kemudian peneliti mempelajari hasil wawancara yang telah ditranskripsikan dengan membaca berkali-kali, sehingga apa yang telah digambarkan partisipan tentang pengalaman mereka dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi dapat lebih dipahami.

Langkah kedua, *analyzing*, peneliti mempelajari transkrip data hasil wawancara dan menelaahnya dengan membaca berulang-ulang untuk

mengidentifikasi tema atau esensi dari pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Selanjutnya peneliti mengeksplorasi hubungan esensi dari pengalaman partisipan yang saling berkaitan. Peneliti mendalami hasil wawancara selama diperlukan untuk mengidentifikasi tema-tema sehingga mendapatkan arti dan makna pengalaman lansia, serta dapat mempertahankan kemurnian dan keakuratan deskripsi partisipan tentang perawatan tekanan darah tinggi.

Langkah ketiga, *describing*, peneliti mengkomunikasikan dan memberi gambaran esensi pengalaman partisipan dalam bentuk narasi secara jelas dan mendalam. Deskripsi ini didasarkan pada klasifikasi atau pengelompokan fenomena. Dalam penelitian ini, seluruh esensi penting yang muncul sebagai pengalaman hidup partisipan dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi, dideskripsikan secara detail dan terpisah, kemudian dipadukan dalam konteks hubungannya satu dengan yang lainnya. Sehingga akan didapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna fenomena perawatan tekanan darah tinggi bagi lansia.

### **3.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi yang diteliti adalah lansia penderita darah tinggi yang ada di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah. Sampel diambil dari populasi tersebut dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pemilihan individu sebagai partisipan dengan teknik ini didasarkan pada pengetahuan khusus mereka tentang fenomena yang sedang diteliti, sehingga dapat membagi pengetahuan tentang perawatan tekanan darah tinggi (Streubert & Carpenter, 1999). Sampel didapatkan dari lansia penderita hipertensi yang tinggal bersama keluarga, bertempat tinggal di wilayah Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.

Kriteria sampel yang baik adalah bila semua individu yang diteliti mewakili populasi dengan fenomena sesuai tujuan penelitian (Creswell, 1998). Kriteria inklusi sampel yang diambil untuk penelitian ini meliputi : (1) lansia berusia 60 tahun keatas; (2) bersedia menjadi partisipan dan menyetujui *informed consent*; (3) terdiagnosa menderita hipertensi dan belum mengalami komplikasi; (4) sudah melakukan upaya-upaya untuk menurunkan tekanan darah; (5) mampu berkomunikasi dengan baik menggunakan bahasa Indonesia; (6) tinggal bersama keluarga.

Menurut Riemen (1986 dalam, Creswell, 1998) jumlah partisipan yang ideal untuk penelitian fenomenologi adalah 6 – 10 orang, tetapi jumlah partisipan dapat bertambah bila belum tercapai saturasi data. Partisipan dalam penelitian ini sebanyak enam orang karena saturasi data telah tercapai. Untuk mendapatkan keenam partisipan tersebut, peneliti melakukan seleksi data lansia penderita hipertensi yang diberikan oleh kader. Partisipan mendapatkan dua belas calon partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi. Dari kedua belas calon partisipan tersebut, dua partisipan peneliti gunakan untuk uji coba wawancara, dan enam partisipan dipakai sebagai partisipan dalam penelitian. Sedangkan 4 orang partisipan gagal menjadi partisipan karena ada dua orang yang telah mengalami komplikasi akibat hipertensi yaitu gangguan pada ginjal dan otak, serta dua orang lagi mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi.

### **3.3 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan Juni–Juli 2010 di wilayah Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah. Tempat penelitian adalah RW 03, RW 04, dan RW 06 di Kelurahan Ngesrep karena berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti, wilayah tersebut mengalami peningkatan angka kejadian hipertensi pada lansia setiap tahunnya. Selain itu juga belum ada program khusus untuk penanganan hipertensi pada lansia, sehingga penanganan yang dilakukan sebatas pemeriksaan tekanan darah. Wilayah juga terletak didaerah perkotaan yang identik dengan gaya

hidup modern dan pemukiman yang padat penduduknya, sehingga kasus hipertensi pada lansia ditemukan cukup tinggi.

### **3.4 Etika Penelitian dan *Informed Consent***

#### **3.4.1 Aplikasi Prinsip Etik dalam Penelitian**

Penelitian ini kemungkinan dapat menimbulkan masalah etik selama peneliti berinteraksi dengan partisipan. Hal ini disebabkan pengalaman melakukan perawatan tekanan darah merupakan pengalaman partisipan, sehingga dapat muncul kekhawatiran bahwa informasi yang diberikan akan berdampak negatif bagi partisipan. Masalah etik juga dapat muncul karena kepentingan dari peneliti untuk mendapat data dan penghormatan hak-hak partisipan yang terjadi dalam waktu yang sama. Selain itu masalah etik dapat terjadi karena partisipan dalam penelitian ini adalah lansia dengan hipertensi. Kemungkinan proses pengambilan data menjadi sesi konseling dapat terjadi karena hipertensi merupakan penyakit kronis yang umum terjadi pada lansia (Morse & field, 1996).

Peneliti telah berusaha mencegah permasalahan dalam penelitian ini dengan menerapkan prinsip-prinsip etik penelitian kesehatan. Pertimbangan etik dalam penelitian ini disesuaikan dengan prinsip-prinsip dasar etik yang oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Indonesia (KNEPK, 2007). Tiga prinsip dasar etik tersebut antara lain :

a. Menghormati harkat martabat manusia

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Otonomi partisipan sangat dihormati selama proses pengumpulan data. Partisipan dalam penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi yang masih mampu menalar pilihan pribadinya sehingga kemampuannya mengambil keputusan secara mandiri (*self-determination*) untuk terus atau menghentikan secara sepihak proses pengumpulan data harus dihormati. Peneliti juga memberi perlindungan terhadap kerugian atau penyalahgunaan (*harm*

*and abuse*) terhadap partisipan yang merupakan populasi rentan dan menderita penyakit kronis. Sebagai bentuk perlindungan kepada partisipan, selama proses pengambilan data, peneliti memperhatikan aspek fisik dan psikososial lansia yang sudah mengalami penurunan akibat proses menua. Selain itu, peneliti juga menjaga jangan sampai wawancara yang dilakukan membuat partisipan tidak nyaman sehingga dapat meningkatkan tekanan darahnya.

b. Berbuat baik (*beneficence*)

Peneliti mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal terhadap partisipan dalam penelitian ini. Agar tujuan penelitian tercapai, peneliti memperhatikan beberapa hal, yaitu : (1) meminimalkan risiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima. Pada penelitian ini, manfaat penelitian tidak akan dirasakan secara langsung oleh partisipan, namun peneliti menjamin bahwa proses wawancara yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang beresiko bagi partisipan; (2) desain penelitian sudah dirancang dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasar pada referensi terkait; (3) peneliti memperhatikan kesejahteraan partisipan dengan selalu waspada selama wawancara berlangsung dan menghentikan wawancara jika terjadi hal-hal yang mengganggu kesejahteraan partisipan; (4) peneliti memberikan tindakan jika terjadi ketidaknyamanan pada partisipan dan memberikan kesempatan pada partisipan untuk memutuskan apakah melanjutkan wawancara atau menundanya. Sebelum proses pengumpulan data dimulai, peneliti mengukur tekanan darah untuk memastikan bahwa semua partisipan dalam kondisi baik atau sehat. Semua partisipan dalam kondisi sehat, sehingga proses pengumpulan data tidak memberikan dampak buruk bagi fisik maupun psikologis partisipan.

c. Keadilan (*justice*)

Prinsip etik keadilan adalah kewajiban untuk memberlakukan semua partisipan secara adil dalam setiap tahapan penelitian. Keadilan pada

penelitian ini telah peneliti terapkan dengan memenuhi hak partisipan untuk mendapatkan penanganan yang adil, memberikan kesempatan pada partisipan yang dipilih untuk terlibat dalam penelitian, dan mendapatkan penanganan yang sama dengan menghormati persetujuan dalam *informed consent* yang telah disepakati. Selama proses pengumpulan data tidak ada keluhan terkait penyakit tekanan darah tinggi, tetapi peneliti selalu memperhatikan respon non verbal untuk mengantisipasi adanya rasa tidak nyaman atau rasa sakit yang dialami partisipan.

### **3.4.2 Informed Consent**

Dalam pelaksanaan penelitian, hak-hak partisipan ada dalam dokumen *informed consent*. Peneliti mengevaluasi kesediaan partisipan untuk mengikuti semua proses penelitian dengan menggunakan *informed consent* (Streubert & Carpenter, 1999). *Informed consent* berarti bahwa partisipan akan mendapatkan informasi yang adekuat terkait penelitian, mampu memahami informasi, dan mempunyai kekuatan untuk bebas memilih, memungkinkan mereka untuk menyetujui secara sukarela untuk berpartisipasi dalam penelitian atau menolak.

Sebelum partisipan menandatangani lembar persetujuan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian, peneliti memberikan informasi terkait penelitian yang dilakukan. Informasi tersebut meliputi tujuan, manfaat, proses, durasi, bagaimana keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan, serta jaminan terhadap hak partisipan. Penjelasan penelitian dapat dilihat pada lampiran 2. Semua calon partisipan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (Lampiran 3).

## **3.5 Cara Dan Prosedur Pengumpulan Data**

### **3.5.1 Cara Pengumpulan data**

Pengumpulan data dalam penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan catatan lapangan (*field notes*). Teknik wawancara

mendalam digunakan untuk mengeksplorasi makna dan arti pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Dengan teknik ini diharapkan partisipan mengungkapkan secara mendalam fenomena yang diteliti. Wawancara dilakukan dengan pertanyaan terbuka dan semi terstruktur. Pertanyaan terbuka membuat partisipan merasa lebih bebas memberikan jawaban sesuai dengan isi hatinya. Peneliti menggunakan pertanyaan semi terstruktur karena keterbatasan kognitif yang dialami lansia, sehingga dengan pertanyaan ini jawaban yang diberikan partisipan menjadi lebih berkembang. Pada saat ujicoba, peneliti mencoba selalu memberi pertanyaan terbuka, tetapi jawaban partisipan kurang sesuai dengan maksud pertanyaan. Setelah menggunakan pertanyaan semi terstruktur, partisipan menjadi lebih mengerti dengan maksud dari pertanyaan dan jawaban yang diberikan mempunyai makna yang sesuai dengan tujuan penelitian ini.

Wawancara dilakukan untuk mengidentifikasi pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi dan makna pengalaman tersebut bagi lansia. Peneliti mengajukan pertanyaan berdasarkan pedoman wawancara yang telah disusun. Pedoman wawancara dapat dilihat pada lampiran 5. Peneliti selanjutnya mencatat respon non verbal dan situasi selama proses wawancara ke dalam catatan lapangan (Lampiran 6).

### **3.5.2 Prosedur pengumpulan data**

#### **3.5.2.1 Tahap persiapan**

Setelah mendapatkan izin dari sektor terkait yaitu KesBangSosLinmas Kota Semarang, peneliti mulai melakukan persiapan pengumpulan data. Surat ijin penelitian dapat dilihat pada Lampiran 1. Peneliti berdiskusi dengan petugas pengelola kesehatan lansia di puskesmas untuk memilih area pengambilan sampel penelitian di Kelurahan Ngesrep. Kemudian peneliti berdiskusi dengan ketua kader posyandu lansia RW 03, RW 04, dan RW 06 untuk memilih calon partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

Selanjutnya peneliti melakukan pendekatan langsung dan memberikan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti melakukan kunjungan rumah dan membina hubungan saling percaya agar partisipan bersedia diwawancarai. Pada saat kunjungan rumah, peneliti mencatat data demografi partisipan. Karakteristik partisipan secara detail dapat dilihat pada lampiran 4. Peneliti juga menanyakan sudah berapa lama menderita hipertensi, perawatan yang sudah dilakukan dan apakah sudah terjadi komplikasi. Setelah partisipan menyatakan persetujuannya dengan menandatangani lembar persetujuan, kemudian peneliti melakukan kontrak, waktu, dan tempat wawancara sesuai keinginan partisipan. Semua partisipan menginginkan saat itu juga untuk dilakukan wawancara. Sebenarnya peneliti membatasi waktu wawancara selama 1 jam karena menurut Field dan Morse (1985 dalam Field & Morse, 1996) sebaiknya waktu maksimal untuk melakukan wawancara adalah 1 jam, dengan harapan konsentrasi partisipan masih dalam kondisi maksimal. Namun dalam penelitian ini rata-rata wawancara dilakukan selama 45 menit, karena pemahaman dari partisipan tentang arti dan makna pengalamannya merawat tekanan darah tinggi sudah terjawab semua.

### **3.5.2.2 Tahap pelaksanaan**

Peneliti memulai dengan menciptakan lingkungan yang nyaman untuk wawancara. Peneliti menyiapkan *tape recorder* dan MP4, kertas, dan alat tulis. *Tape recorder* dan MP4 ditempatkan pada posisi yang tepat, untuk merekam pembicaraan, dan tidak lupa memastikannya dapat merekam seluruh isi wawancara. Peneliti mengajukan pertanyaan berdasarkan panduan wawancara yang telah dibuat berdasarkan tujuan khusus penelitian.

Wawancara diawali dengan pertanyaan inti terkait pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Saat ujicoba kepada satu orang partisipan, ternyata kurang memahami maksud dari pertanyaan yang diajukan peneliti tentang pengalamannya menderita penyakit darah tinggi.

Kemudian pada partisipan ujicoba berikutnya, peneliti mengubah awal pertanyaan dengan bagaimana perasaannya terhadap penyakit darah tinggi yang diderita dan ternyata lebih bisa dipahami. Selanjutnya peneliti melakukan wawancara mendalam sesuai dengan respon atau jawaban dari partisipan berdasarkan pedoman wawancara. Selama proses wawancara, peneliti menuliskan respon non verbal partisipan serta situasi yang terjadi pada catatan lapangan. Hasil pencatatan ini diikutsertakan pada transkrip wawancara.

Wawancara diakhiri setelah semua pertanyaan sudah selesai ditanyakan. Sebelum mengakhiri kontrak, peneliti membuat kontrak berikutnya dengan partisipan untuk validasi data. Selanjutnya hasil wawancara yang telah direkam, ditranskripkan kata per kata. Hasil transkrip kemudian dinilai keakuratannya dengan mendengarkan kembali rekaman wawancara sambil membaca transkrip berulang-ulang.

### **3.5.2.3 Tahap terminasi**

Pada hari berikutnya, peneliti memvalidasi data pada semua partisipan, dengan melakukan klarifikasi transkrip wawancara. Partisipan berhak mengubah pernyataan yang tidak sesuai, menambah pernyataan yang kurang, atau mengurangi informasi yang disampaikan. Namun partisipan menyetujui semua data yang telah ditulis peneliti. Selanjutnya peneliti menyatakan pada partisipan bahwa penelitian telah berakhir, dan mengucapkan terima kasih atas partisipasinya dalam proses penelitian.

### **3.5.3 Alat Bantu Pengumpulan Data**

Dalam penelitian kualitatif, peneliti termasuk sebagai alat pengumpul data, disertai pedoman wawancara, alat tulis, dan alat perekam (*tape recorder* dan MP4). Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan selama proses wawancara. Pedoman wawancara berguna untuk memfokuskan kembali pernyataan-pernyataan partisipan sesuai dengan tujuan penelitian. *Tape recorder* dan MP4 digunakan untuk merekam semua informasi dari

partisipan, untuk memudahkan peneliti saat melakukan verbatim. Peneliti menggunakan dua alat perekam sekaligus untuk mengantisipasi bila ada kerusakan atau gangguan pada salah satu alat. Sebagai aspek etisnya, sebelum memulai wawancara peneliti menginformasikan kepada partisipan bahwa pembicaraan akan direkam, dan semua partisipan menyetujuinya.

### **3.5.4 Pengolahan Dan Analisa Data**

#### **3.5.4.1 Pengolahan Data**

Pengolahan data dimulai dengan mendokumentasikan hasil wawancara dan catatan lapangan, kemudian peneliti membuat transkrip dengan cara menulis hasil wawancara apa adanya, lalu digabungkan dengan catatan lapangan. Transkrip dibaca berulang-ulang dengan teliti, sambil mendengarkan kembali rekaman hasil wawancara sebagai upaya menyelami data.

Data yang telah terkumpul kemudian diklasifikasikan dengan cara membuat koding dengan memberi warna pada kata kunci yang ada di transkrip. Kemudian membuat kategori, yaitu memecah data menjadi unit yang lebih kecil. Kategori digunakan untuk mengidentifikasi jumlah terbanyak dari kata kunci yang telah ditemukan.

#### **3.5.4.2 Analisis Data**

Menurut Banonis (1989 dalam Streubert & Carpenter, 1999), tujuan analisa data penelitian fenomenologi adalah untuk mempertahankan keunikan pengalaman hidup masing-masing partisipan ketika sedang memahami fenomena yang sedang diteliti. Namun tidak ada cara yang paling benar secara mutlak untuk mengorganisasi, menganalisis, dan menginterpretasikan data kualitatif didasarkan pada sejumlah teori, serta harus disesuaikan dengan tujuan (Creswell, 1998).

Colaizzi (1978 dalam Fain, 1999) analisa data dapat, dilakukan dengan tahapan sebagai berikut : (1) memahami pengalaman hidup obyek yang

diteliti, dilakukan dengan cara mengumpulkan studi literatur tentang teori dan penelitian yang terkait dengan pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi; (2) mengumpulkan gambaran partisipan mengenai pengalamannya melakukan perawatan tekanan darah tinggi dengan melakukan wawancara dan observasi lapangan, sehingga didapatkan verbatim dan catatan lapangan; (3) membaca berulang-ulang hasil verbatim agar dapat memahami pengalaman partisipan melakukan perawatan tekanan darah tinggi secara menyeluruh; (4) memilih pernyataan-pernyataan partisipan yang mempunyai makna dan sesuai dengan tujuan khusus; (5) mengambil esensi dari setiap kata kunci yang bermakna dari pernyataan partisipan menjadi kategori; (6) Mengelompokkan kategori ke dalam tema dengan menyusun tabel kisi-kisi tema yang berisi penyusunan kategori menjadi sub tema, dan tema; (7) menuliskan gambaran yang mendalam; (8) Pada tahap terminasi, peneliti memvalidasi hasil verbatim dengan meminta partisipan membaca kembali dan kemudian melakukan pengelompokan tema; (9) menggabungkan data yang muncul selama proses validasi ke deskripsi akhir yang mendalam tentang pengalaman partisipan melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Hasil analisis data tersebut dapat dilihat selengkapnya pada tabel kisi-kisi analisis tema (Lampiran 7) dan skema tema (Lampiran 8).

### 3.5.5 Keabsahan Data (*Trustworthiness of Data*)

Keabsahan data adalah validitas dan realibilitas dari penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dikatakan absah bila penelitian tersebut mampu menampilkan pengalaman partisipan yang diteliti dengan akurat (Streubert & Carpenter, 1999). Menurut Guba (1981, dalam Streubert & Carpenter, 1999) teknik operasional yang mendukung keakuratan penelitian adalah *credibility, dependability, confirmability, dan transferability*.

*Credibility* adalah kepercayaan terhadap suatu penelitian ketika partisipan mengakui temuan penelitian ini sebagai pengalamannya (Streubert & Carpenter, 1999). Dalam penelitian ini, *credibility* dilakukan dengan

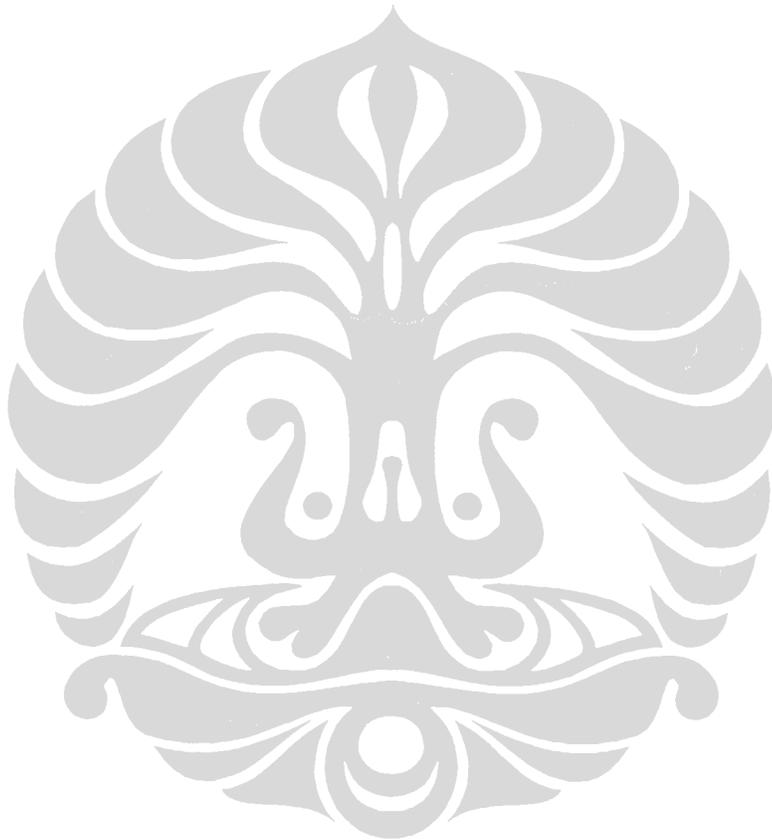
meminta partisipan membaca kembali transkrip hasil wawancara dan memberi tanda *check list* (√) jika mereka menyetujui kutipan ucapannya dalam transkrip. Semua partisipan penelitian menyetujui hasil transkrip yang disampaikan oleh peneliti dengan memberikan tanda *check list* (√) pada setiap jawaban partisipan.

*Dependability* adalah kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi. Teknik *inquiry audit* digunakan untuk mencapai *dependability data*, yaitu dengan cara melibatkan penelaah eksternal untuk menelaah data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail (Polit & Hungler, 1999). Dalam hal ini, peneliti meminta pembimbing tesis sebagai penelaah eksternal dengan cara menyerahkan transkrip hasil wawancara dan catatan lapangan kepada pembimbing sehingga pembimbing dapat menelaah hasil penelitian yang sudah didapatkan.

*Confirmability* adalah obyektifitas atau kenetralan data. Untuk mencapai obyektifitas data, peneliti menunjukkan seluruh transkrip wawancara beserta catatan lapangan, tabel pengkategorian tema, tabel analisis tema pada penelaah eksternal yaitu pembimbing tesis. Proses ini dicapai bersamaan dengan teknik *dependability*. Transkrip wawancara dan catatan lapangan partisipan pertama peneliti buat analisis sementara, kemudian diberikan kepada pembimbing. Selanjutnya transkrip wawancara beserta analisis tema dari tiga orang partisipan, peneliti berikan kepada pembimbing untuk dianalisis juga. Sampai akhirnya keseluruhan transkrip wawancara beserta hasil analisis tema keenam partisipan, peneliti berikan kepada pembimbing untuk dianalisis bersama-sama.

*Transferability* adalah kemungkinan hasil penelitian untuk diterapkan pada kelompok lain dengan situasi yang sama. Harapannya dapat ditentukan apakah hasil penelitian layak atau dapat digunakan oleh orang lain bukan hanya untuk peneliti sendiri. *Transferability* dilakukan dengan cara menggambarkan tema yang telah teridentifikasi pada kelompok lain dengan

karakteristik sama, dan kemudian dilihat apakah kelompok tersebut menyetujui tema-tema yang telah ditentukan. Dalam penelitian ini, peneliti membacakan tema-tema yang muncul kepada lansia hipertensi yang tidak ikut dalam penelitian dengan bahasa yang mudah dipahami. Kemudian bila lansia tersebut mengalami sesuai dengan tema yang telah teridentifikasi, peneliti memberikan tanda *check list* (V). Semua tema yang muncul pada penelitian ini disetujui karena sesuai dengan pengalaman mereka



## **BAB 4 HASIL PENELITIAN**

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan dengan tujuan mendapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna pengalaman lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi di Kelurahan Ngesrep, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah. Pada bab ini akan diuraikan karakteristik partisipan dan analisis tema yang diperoleh dari hasil wawancara dengan partisipan mengenai pengalamannya melakukan perawatan tekanan darah tinggi.

### **5.1 Karakteristik Partisipan**

Partisipan dalam penelitian ini adalah lansia yang menderita tekanan darah tinggi, belum terjadi komplikasi, dan telah melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Partisipan berjumlah enam orang, dengan kisaran usia antara 61 – 64 tahun. Partisipan terdiri dari dua orang laki-laki dan empat orang perempuan. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi, mulai dari sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, dan sarjana. Keseluruhan partisipan bersuku Jawa dan tinggal bersama keluarga besarnya (*extended family*). Lama partisipan menderita darah tinggi bervariasi, yaitu sepuluh tahun (partisipan pertama), tujuh tahun (partisipan kedua dan keenam), tiga tahun (partisipan ketiga dan keempat), dan 8 tahun (partisipan kelima). Karakteristik partisipan secara lengkap dapat dilihat pada lampiran 7.

### **5.2 Tema Hasil Analisis Penelitian**

Peneliti telah mengidentifikasi delapan tema yang berkaitan dengan fenomena tentang pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Pada bab ini akan diuraikan secara keseluruhan tema dari analisis berdasarkan hasil wawancara yang mengacu pada tujuan khusus.

#### **5.2.1 Respon lansia terhadap penyakit darah tinggi yang diderita**

Tujuan ini terjawab dalam dua tema, yaitu respon fisik dan psikologis.

### 5.2.1.1 Respon fisik

Tema ini teridentifikasi pada sub tema gangguan sirkulasi, gangguan oksigenasi, dan gangguan fisik.

- a. Sub tema gangguan sirkulasi teridentifikasi pada kategori pusing, kaku di tengkuk, mimisan, dan lemas.

Kategori pusing tergambar pada pernyataan partisipan yang merasakan pusing karena tekanan darah meningkat. Seperti terlihat dalam pernyataan partisipan berikut ini :

”.....saya *mumet* (pusing), kalau sudah terlalu tinggi saya *mumet*.” (P2)

”.....cepat *kumat* (kambuh)....pusing-pusing gitu....” (P1, P4)

”Kalau dulu merasa pusing....” (P6)

”Rasanya itu, melihat itu seperti *mubeng-mubeng* (pusing)....itu lo Mbak” (P5)

Kategori kaku di tengkuk tergambar pada pernyataan partisipan berikut ini :

”Terus disini *cengeng* (kaku), pundak sini itu [tengkuk]” (P1)

”Kemeng, disini [tangan menunjuk ke tengkuk]” (P2)

”Disini *cengeng*....[kaku, tangan menunjuk ke tengkuk]” (P6)

Kategori mimisan atau keluar darah dari hidung dinyatakan oleh seorang partisipan, seperti pernyataannya berikut ini :

”.....saya keluar darah dari hidung.....” (P3)

Kategori lemas juga dinyatakan oleh seorang partisipan, seperti pernyataannya berikut ini :

”Kalau sudah darah tinggi saya itu kumat, darah tingginya naik, sudah ndak bisa apa-apa. Badannya *lemes*....sudah *ndak* bisa apa-apa...” (P5)

- b. Sub tema gangguan oksigenasi teridentifikasi dari satu kategori yaitu sesak nafas. Kategori sesak nafas digambarkan oleh keluhan satu orang partisipan, sesuai pernyataannya berikut ini :

”Ya itu buat *ambegan* (bernafas) itu sesek....” (P1)

- c. Sub tema perubahan aktifitas fisik teridentifikasi dari dua kategori, yaitu menolak bepergian dan waktu istirahat bertambah.

Kategori menolak bepergian tergambar dari pernyataan satu orang partisipan, yaitu :

”....kalau ada teman-teman ngajak saya kemana, pengaruh [pengaruhnya] saya tidak mau...” (P3)

Sedangkan kategori waktu istirahat bertambah, tergambar dari pernyataan satu orang partisipan :

”....terus saya tidurkan. Jadi istilahnya tidur setengah jam, jadi bangun enak...” (P4)

#### 5.2.1.2 Respon psikologis

Tema kedua teridentifikasi pada sub tema denial, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan.

- a. Sub tema denial teridentifikasi pada kategori pengingkaran atau tidak percaya pada penyakit tekanan darah tinggi yang dialami, yang tergambar pada pernyataan partisipan berikut ini :

”....untuk kerja apa, nanti kemana, *keslimur* (teralihkan) apa-apa, nanti hilang” (P2)

”....wah kok saya bisa darah tinggi, biasanya kan saya cuma darah rendah” (P3)

- b. Sub tema tawar-menawar teridentifikasi pada kategori takut dan cemas.

Kategori takut tergambar dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

”....takut, kalau nanti sampai kena stroke” (P1)

”Takut. Saya takut darah tinggi nanti jatuh. Takut menjadi stroke” (P3)

”Takut saya kalau nanti jadi stroke....saya sampai merinding kena darah tinggi” (P3)

”....saya kan takut...kalau sampai jatuh terus kena stroke...” (P6)

Kategori cemas tergambar dari pernyataan partisipan berikut ini :

”.....ya jadi cemas itu kalau terjadi apa-apa....” (P1)

“Rasanya ya agak berat. Beratnya nanti kalau ada apa-apa saya susah sendiri” (P6)

“Nanti kalau saya jatuh kan *ndak* ada yang mau *nulungi* (menolong). Karena katanya kalau darah tinggi *ndak* boleh *ditulungi*(ditolong) nanti bisa stroke” (P6)

- c. Sub tema depresi teridentifikasi pada kategori sedih karena menderita darah tinggi dinyatakan oleh tiga orang partisipan :

“....sebetulnya ya sedihnya itu kalau sudah dikasih timun, kok tapi masih pusing...” (P1)

“Ya sebenarnya sedih. Susahnya itu kok bisa darah tinggi, padahal dulunya itu saya kurang darah.....” (P2)

“Sangat sedih. Sedih Mbak, soalnya gimana ya saya itu di rumah bekerja sendiri” (P5)

- d. Sub tema penerimaan teridentifikasi pada kategori optimis dan pasrah. Kategori optimis tergambar pada pernyataan satu orang partisipan, yaitu :

”Perasaan saya penyakit ini pasti sembuh gitu. Jadi kan *ndak* ragu-ragu” (P4)

Kategori pasrah teridentifikasi dari pernyataan dua orang partisipan :

“Pasrah sama Gusti, *ndak* usah banyak mikir...” (P1)

“Kalau memang takdir saya umurnya cuma segini ya sudah. Jangan sampai sakit lama-lama” (P5)

### 5.2.2 Tindakan yang dilakukan lanjut usia dengan hipertensi untuk mencegah kenaikan tekanan darah

Tujuan ini terjawab dalam dua tema, yaitu penyesuaian pola hidup dan mengatasi dengan obat.

### 5.2.2.1 Penyesuaian pola hidup

Tema ini teridentifikasi pada sub tema upaya hidup sehat, yang teridentifikasi pada kategori perubahan pola makan, perubahan aktifitas, dan mengurangi stres.

Kategori perubahan pola makan tergambar pada pernyataan partisipan untuk mengurangi asin, penggunaan penyedap masakan, tidak makan kacang-kacangan, ikan laut, dan daging kambing :

”Makanannya itu dikurangi asin-asinnya...” (P1)

”Ya mengurangi garam itu lo...” (P2)

”....makan harus dijaga. Kalau makan terlalu...asin cepat itu darahnya, cepat naik” (P4)

”Makan asin saya kurangi....” (P6)

”....pakai M [penyedap masakan] biasanya satu sekarang sedikit, M[penyedap masakan] biasanya banyak sekarang sedikit....” (P1)

”...tidak boleh makan makanan yang mempengaruhi, kan kacang-kacangan itu.....” (P3)

”...tidak boleh makan...ikan laut...” (P3)

”...tidak boleh makan daging kambing...(P3)

Kategori perubahan aktifitas tergambar pada pernyataan partisipan yang dilakukan dengan cara olah raga dan tidak boleh kecapekan :

”Lha tiap hari olah raganya ke pasar, kulakan jalan kaki....jadi saya kalau dari pasar, saya tiduran” (P1)

”ya tidak boleh...kecapekan...” (P3)

”Olah raga, saya itu harusnya ya tiap pagi atau *ndak* ya dua hari sekali” (P6)

Sedangkan kategori mengurangi stres tergambar pada pernyataan tiga orang partisipan :

”Ya pikiran itu harus *sumeleh*, pasrah sama Gusti Allah, *ndak* usah banyak mikir” (P1)

”Ya tidak boleh pikiran...” (P3)

”Kalau saya *ndak* mikir yang berat itu kok kelihatan *ndak* begitu terus naik gitu ya....” (P5)

#### 5.2.2.2 Mengatasi dengan obat

Tema ini teridentifikasi pada sub tema jenis obat dan tempat berobat.

- a. Sub tema jenis obat teridentifikasi pada kategori obat antihipertensi dan obat herbal.

Kategori menggunakan obat antihipertensi tergambar pada pernyataan empat orang partisipan :

“Saya pusing terus saya minum captopril...” (P1)

“Saya itu terapi tiap bulan...terapi tensi sama obat darah tinggi...terapi itu satu bulan penuh obatnya” (P3)

“...terus disuruh minum captopril....'pokoknya seusia ibu harus minum obat terus, kalau ibu *ndak* terasa minum satu saja *ndak* apa-apa, tapi kalau terasa pagi minum juga' (P5)

“...nanti kalau periksa ditensi, terus diperiksa, nanti dikasih obat apa suntik” (P6)

Kategori obat herbal tergambar pada pernyataan seluruh partisipan yang menggunakannya seperti ketimun, seledri, daun alpukat, dan buah mahkota dewa untuk mencegah kenaikan atau menurunkan tekanan darah.

Lima orang partisipan menyatakan menggunakan timun yang di parut kemudian diambil airnya, diblender ataupun dimakan langsung :

”Pengalaman saya tiap hari minum...timun, di parut Bu, terus saya minum 1 hari sekali” (P1)

”Banyak [makan] timun....” (P2)

”Timun atau makanan yang ada buah-buahan itu memang bisa bisa mengurangi katanya gitu...” (P6)

”....di blender, terus disaring, minum gitu (ketimun)” (P4)

”Saya kalau *mumet* (pusing) cuma timun itu tapi *ndak* saya jus, langsung saya makan....”(P5)

Sedangkan dua orang partisipan menggunakan seledri dengan cara langsung dimasukkan dalam masakan dan diblender kemudian diambil airnya :

”....kalau masak diikutkan seledri” (P2)

”Tapi kalau memang terasa sakit saya terus beli seledri, saya blender saya minum” (P4)

Namun ada juga partisipan yang menggunakan buah mahkota dewa dan air rebusan daun alpukat untuk menurunkan tekanan darah :

”Saya ya minum itu ya.....saya minum mahkota dewa, itu bisa turun” (P6)

”Terus saya minum apa yang orang-orang bilang ya saya minum. Misalnya, 'Bu ini makan daun alpukat...’”(P6)

- b. Sub tema tempat berobat teridentifikasi pada kategori puskesmas, rumah sakit, posyandu, dan praktek mandiri.

Kategori puskesmas tergambar dari pernyataan satu orang partisipan :

”Lha setiap seminggu sekali ke puskesmas, kontrolke darahnya itu” (P1)

Kategori rumah sakit tergambar pada pernyataan dua orang partisipan :

”Kalau berat baru ke Bu T.....[petugas kesehatan]” (P2)

”Kontrol itu to darah tingginya.....tensi itu kalau habis pengobatannya, kalau normal *ndak* kontrol....terapi tiap bulan di K [rumah sakit]” (P3)

Kategori posyandu tergambar pada pernyataan dua orang partisipan :

”.....lansia [posyandu] di sini ada, tiap satu bulan...kalau saya bisa, saya pulang, ngecek [tekanan darah]....” (P4)

”Saya *ndak* pernah ke dokter-dokter *ndak* pernah. Pokoknya ke posyandu.” (P6)

Kategori praktek mandiri tergambar pada pernyataan satu orang partisipan, yaitu :

”Saya kan dua minggu sekali kontrol ke dokter C di Satrian itu to” (P5)

### 5.2.3 Pandangan lanjut usia tentang perawatan tekanan darah

Tujuan ini terjawab dalam satu tema, yaitu berpikir positif.

Tema ini teridentifikasi pada sub tema perlu perawatan. Sub tema perlu perawatan teridentifikasi pada kategori latihan fisik, kontrol tekanan darah, menurunkan ketegangan atau stres, dan pencegahan.

Kategori latihan fisik tergambar dari pernyataan partisipan bahwa perlunya perawatan darah tinggi dengan latihan fisik :

”*Ndak* apa-apa malah seneng saya. Apalagi kalau kegiatan senam jadi dilaksanakan, tekanan darah [menjadi] lancar....(P1)

Kategori kontrol tekanan darah tergambar dari pernyataan partisipan bahwa perlunya perawatan dengan kontrol tekanan darah :

”Ya kalau *ndak* dirawat, *ndak* hati-hati lebih parah lagi kenyanya” (P4)

”Ya saya rawat. Pokoknya yang penting bisa menurunkan biar *ndak* naik lagi, gitu lo” (P5, P6)

Kategori menurunkan ketegangan atau stress tergambar dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

”Ya ....santai gitu lo....saya santai sekarang biar tidak pengaruh atau naik darah tingginya” (P3)

Kategori pencegahan tergambar dari pernyataan partisipan bahwa perlu pencegahan agar tekanan darah tidak meningkat :

”Hanya untuk pencegahan tiap hari saja. Untuk pencegahan selama ini kan itu. Belum ada yang lain-lain.....tapi untuk pencegahan ini kan bisa *ndak* mungkin berat bagi saya” (P2)

### 5.2.4 Harapan lanjut usia dengan hipertensi terhadap penyakitnya

Tujuan ini terjawab dalam satu tema, yaitu kesembuhan penyakit.

Tema ini teridentifikasi pada sub tema ingin sembuh. Sub tema ingin sembuh teridentifikasi pada kategori tekanan darah normal dan bisa sembuh.

Kategori tekanan darah normal tergambar pada pernyataan partisipan yang ingin tekanan darahnya tidak tinggi lagi :

"....saya inginnya ya tidak punya tekanan darah tinggi....saya hidup sehat, tidak sampai darah tinggi itu kambuh" (P3)

"Ya harapnya bisa sembuh mbak, bisa kembali seperti semula *ndak* punya darah tinggi" (P1, P5)

"....*ndak* sampai terlalu tinggi, ya 130 *ndak* sampai 150" (P1)

"Ya kalau harapannya....jangan sampai naik lagi lah" (P2)

Kategori bisa sembuh tergambar pada pernyataan dua orang partisipan yang ingin sehat, tidak sakit lagi :

"...penyakit itu istilahnya ya harus menghindari, supaya badan enak terus, *ndak* sakit-sakit" (P4)

"yang penting sehat sajalah..." (P6)

### 5.2.5 Dukungan keluarga dalam perawatan hipertensi di rumah

Tujuan ini terjawab dengan satu tema, yaitu dukungan sosial keluarga.

Tema ini teridentifikasi dari sub tema informasi, mental, instrumental, dan finansial.

a. Sub tema informasi teridentifikasi pada kategori nasehat atau anjuran.

Kategori nasehat atau anjuran tergambar pada pernyataan partisipan yang diberi nasehat-nasehat oleh keluarganya terkait tekanan darah tinggi yang diderita :

"Anak saya...'Bu jangan minum es, apalagi kalau masak jangan dikasih M [penyedap masakan], kasih M-nya [penyedap masakan] sedikit saja!...." (P1)

"Keluarga cuma bilang, kalau tiap hari cuma mengurangi itu....mengurangi garam." (P2)

"Tidak boleh memakan makanan yang pantangan-pantangan itu. Tidak boleh kecapekan. Terus dukungan harus istirahat " (P3)

"Tiap pagi harus olahraga...disarankan istri saya" (P4)

"*Ndak* boleh mikir yang berat-berat...." (P5)

"Anak saya ya...'itu bisa dikurangi mak, nanti kalau ada apa-apa mamak yang susah sendiri. Bapak [suami] saya juga gitu. Jadi semua ya sudah ngasih tahu lah" (P6)

”Saya kalau kecapekan, tidak istirahat, dimarahi anak saya disuruh istirahat” (P3)

”.....suruh istirahat” (P5)

- b. Sub tema mental teridentifikasi dari kategori perhatian, yang tergambar dari pernyataan partisipan yang merasa diperhatikan oleh keluarganya :

”Anak saya carikan obat atau *ngeterke* (mengantar) ke dokter atau puskesmas” (P1)

”Kalau saya susah tidak boleh sama anak saya....mungkin keluarga saya lebih perhatian daripada dulu” (P3)

”Keluarga *ngelingke* (mengingat) supaya jangan makan yang asin-asin, sering harus makan timun.....” (P4)

”Kalau saya suruh belikan obat, ya beli” (P5)

’Lho mak, nanti darah tinggi lagi, coba kontrol’....(P6)

- c. Sub tema instrumental teridentifikasi pada kategori fasilitasi. Kategori fasilitasi tergambar pada pernyataan partisipan :

“.....sering-sering memberi timun dan sering-sering mencarikan seledri” (P2)

“Ya diberi obat.....” (P5)

- d. Sub tema finansial teridentifikasi pada kategori biaya berobat. Kategori biaya berobat tergambar pada pernyataan partisipan yang dibantu oleh hal biaya untuk pengobatan tekanan darah tinggi :

“Kalau ke puskesmas *ndak* sembuh ya ke dokter, nanti saya yang bayar...ibu *ndak* usah mikir....” (P1)

”Ya kalau saya bilang biaya dicarikan kemanapun” (P2)

”Saya *ndak* punya pensiun...saya tergantung anak....apa saya mau minta anak terus” (P5)

“Anak saya yang bantu...kalau ada apa-apa ya gitu” (P6)

### 5.2.6 Program yang dibutuhkan lanjut usia dengan hipertensi dalam perawatan tekanan darah untuk mengidentifikasi pelayanan kesehatan atau keperawatan yang diperlukan

Tujuan ini terjawab dalam satu tema, yaitu pelayanan keperawatan atau kesehatan.

Tema ini teridentifikasi pada sub tema perilaku petugas kesehatan dan pelayanan keperawatan.

- a. Sub tema perilaku petugas kesehatan teridentifikasi pada kategori sikap petugas dan memberi informasi.

Kategori sikap petugas tergambar pada pernyataan partisipan :

”...supaya menghadapi itu bagus, orangnya *ndak* segan-segan. Kalau saya sering berobat *ndak*... 'kok ibu ini periksa lagi'.....” (P1)

Kategori memberi informasi tergambar pada pernyataan partisipan :

”Yang ngasih penerangan sama saya ya saya terima lah, pokoknya kalau dikasih... 'Ibu nanti minum ini'... ya saya minum” (P6)

”Cuma kadang-kadang dari luar itu kalau dipanggil... kalau tidak dipanggil ya tidak memberi penyuluhan... saya mintanya rutin tiap bulan... kan darah tinggi sewaktu-waktu naik to tensinya” (P3)

”...tentang misalnya jus timun itu kalau *ndak* ada yang mengingatkan ya lupa lagi-lupa lagi” (P5)

- b. Sub tema pelayanan keperawatan teridentifikasi pada kategori kontrol rutin, yang tergambar pada pernyataan partisipan :

”Kalau seperti ada mahasiswa datang ke rumah-rumah untuk tensi darah ... kalau ada lagi saya senang... ya kalau seminggu sekali itu senang” (P1)

”... kalau memang pihak dari kesehatan mau mengecek ya *ndak* apa-apa..... enak, *ndak* jauh-jauh, lebih enak” (P4)

”Kepenginnya tiap 3 bulan ada yang meninjau lagi.....” (P5)

Dari uraian keseluruhan tema diatas, dapat disimpulkan bahwa tujuan umum dari penelitian ini, yaitu mendapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna pengalaman lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi, dapat terjawab.

## **BAB 5 PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan tentang pembahasan hasil penelitian yang diperoleh, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian bagi keperawatan. Pada bagian pembahasan, peneliti akan menginterpretasikan hasil penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan teori dan berbagai penelitian sebelumnya yang terkait dengan topik penelitian. Pada bagian keterbatasan penelitian, peneliti mengemukakan berbagai keterbatasan dengan membandingkan proses selama penelitian dilakukan dengan proses yang seharusnya dilakukan sesuai rencana atau konsep dan teori. Sedangkan pada bagian akhir, menguraikan tentang implikasi penelitian bagi pengelola pelayanan kesehatan, profesi keperawatan, serta penelitian selanjutnya untuk masalah penyakit darah tinggi pada lansia.

### **5.1 Pembahasan Hasil Penelitian**

#### **5.1.1 Respon lansia terhadap penyakit darah tinggi yang diderita**

Tujuan khusus yang pertama pada penelitian tergambar dengan dua tema, yaitu respon fisik dan respon psikologis.

##### **5.1.1.1 Respon fisik**

Secara normal, tekanan darah akan meningkat seiring dengan proses menua. Karena proses menua, akan terjadi perubahan anatomi dan fisiologi pada pembuluh darah. Pembuluh darah menjadi kaku menyebabkan dinding ventrikel kiri berkurang elastisitasnya, mengakibatkan kenaikan tekanan darah secara progresif (Miller, 1999). Faktor gaya hidup seperti merokok, kurang aktifitas, pola makan tidak sehat, dan stress akan memperberat hipertensi yang dialami lansia. Peningkatan tekanan darah tersebut dikeluhkan secara berbeda oleh partisipan. Berbagai keluhan karena gangguan sirkulasi muncul sebagai rasa pusing, kaku di tengkuk, mimisan, dan lemas. Partisipan juga mengeluh sesak nafas karena gangguan oksigenasi. Menurut Christensen (2006), hipertensi pada lansia biasanya tanpa disertai gejala sampai terjadi terjadinya perubahan vaskular di jantung, otak, mata, atau ginjal.

Namun hipertensi yang sudah berat atau menahun dan tidak diobati dapat menimbulkan keluhan-keluhan yang dirasakan partisipan (Sitorus, 2009). Sebagian besar partisipan pada penelitian ini telah menderita hipertensi lebih dari 5 tahun, hanya satu orang partisipan yang menderita hipertensi kurang dari 5 tahun. Dengan demikian hipertensi yang dialami oleh semua partisipan telah kronis dan kemungkinan mulai terjadi perubahan vaskuler, sehingga partisipan merasakan dampak fisik karena peningkatan tekanan darah.

Dampak yang dialami partisipan akibat peningkatan tekanan darah, yaitu terjadinya perubahan fisik. Perubahan yang dinyatakan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah menolak berpegi dan waktu istirahat menjadi lebih lama. Bila hal tersebut dibiarkan dapat mengganggu kemandirian lansia. Seharusnya seseorang dengan penyakit kronis harus dapat menyesuaikan diri terhadap masalah-masalah yang muncul, termasuk penyesuaian aktifitas fisiknya (Sarafino, 1994). Penelitian oleh Sawtzky dkk, (2007) pada 22 lansia yang berusia 65 tahun keatas, menemukan bahwa lansia dengan kondisi kronis kurang menggunakan waktu luangnya untuk beraktifitas fisik. Kondisi ini terjadi akibat beberapa konsekuensi negatif masalah kronis seperti pembatasan aktifitas, rasa sakit, dan masalah emosional yang dialami lansia.

Partisipan dalam penelitian ini melakukan pembatasan aktifitas fisik dikarenakan sifat penyakit hipertensi yang dapat kambuh sewaktu-waktu dan bila keluhan muncul maka aktifitasnya akan terganggu. Apalagi dalam penelitian ini terdapat dua orang partisipan dengan hipertensi berat, juga tidak terlalu membatasi aktifitasnya. Sebenarnya untuk penderita hipertensi, baik ringan, sedang, atau berat, tidak ada pembatasan aktifitas. Sifat penyakit hipertensi yang dapat kambuh setiap saat, tidak menjadi alasan bagi klien untuk membatasi beraktifitas fisik. Yang terpenting adalah bagaimana menyeimbangkan antara waktu istirahat dan beraktifitas.

### 5.1.1.2 Respon psikologis

Respon psikologis partisipan muncul sebagai respon kehilangan yang sesuai dengan teori Kubler-Ross, yaitu denial, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan. Proses berduka sebagai respon dari kehilangan memang tidak dinyatakan secara jelas dan tidak semua tahapannya muncul pada partisipan. Hal ini dikarenakan hipertensi dianggap sebagai pembunuh diam-diam (*silent killer*) sehingga membuat banyak penderitanya kurang memperhatikan kondisinya (Lueckenotte & Meiner, 2006), atau menganggap remeh hipertensi.

#### a. Rasa tidak percaya atau pengingkaran

Penelitian ini mengidentifikasi perasaan partisipan saat pertama kali terdiagnosis hipertensi, yaitu reaksi tidak percaya. Teridentifikasi pula reaksi pengingkaran yang masih dialami oleh partisipan meskipun sudah tujuh tahun menderita hipertensi. Menurut Potter & Perry (2005), pada tahap ini seseorang dapat mengalami perubahan fisik berupa rasa letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, dan gelisah. Tetapi partisipan tidak mengalami keluhan tersebut dan merasa tidak percaya menderita hipertensi karena tekanan darahnya selalu rendah. Kondisi ini menyebabkan partisipan mengkonsumsi makanan yang dapat mengatasi tekanan darah rendah. Jadi reaksi tidak percaya pada awal terdiagnosis hipertensi merupakan suatu respon kehilangan. Sedangkan rasa tidak percaya atau pengingkaran yang dialami partisipan dalam jangka waktu lama, disebabkan anggapan bahwa hipertensi adalah penyakit yang biasa saja. Partisipan berusaha mengalihkan dengan melakukan aktifitas lain jika keluhan yang dirasakan tidak berat, dengan harapan dapat melupakan penyakitnya.

Felton, dkk (1984) melakukan penelitian pada populasi lansia dan usia dewasa pertengahan yang menderita salah satu penyakit, yaitu hipertensi, diabetes mellitus, kanker, dan rheumatoid arthritis. Hasil

penelitian menunjukkan strategi emosional meliputi pengingkaran, menyalahkan, luapan emosional, yang merupakan efek negatif dari penyakit, harga diri rendah, dan penyesuaian yang buruk terhadap penyakit. Partisipan masih mengingkari adanya penyakit meskipun sudah tujuh tahun menderita, karena penyesuaian yang buruk sehingga partisipan merasa penyakitnya biasa saja, merasa sehat dan gagah, dan tidak dianggap berat. Kondisi tersebut menyebabkan partisipan enggan untuk kontrol rutin ke pelayanan kesehatan, dan memeriksakan diri jika keluhan penyakit dirasakan berat.

b. Tawar menawar

Pada penelitian ini respon tawar-menawar dipersepsikan partisipan sebagai perasaan takut dan cemas akan dampak dari penyakit darah tinggi, yaitu terjadinya stroke. Tapi pada tahap ini partisipan sudah mulai merencanakan untuk mengatasi masalah yang muncul. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Potter & Perry (2005), yaitu pada tahap tawar-menawar biasanya seseorang mulai meminta pendapat orang lain untuk mengatasi penyakitnya. Selanjutnya, Yayasan Peduli Psoriasis Indonesia (2007) menuliskan dalam artikelnya bahwa pada tahap tawar-menawar penderita mulai dapat menerima, tetapi disaat yang sama juga masih sulit membayangkan harus mengalami kondisi yang berubah tersebut. Sifat penyakit psoriasis hampir sama dengan hipertensi, yaitu merupakan penyakit kronis dan bersifat kambuhan. Pada penelitian ini, partisipan yang mengalami respon tawar-menawar juga mengalami situasi sudah mulai dapat menerima, namun masih ada perasaan takut atau cemas mengalami komplikasi penyakit tekanan darah tinggi yang dapat menyebabkan stroke.

c. Depresi (rasa takut, cemas, sedih)

Pada penelitian ini, partisipan mengalami depresi sebagai respon kehilangan, yang muncul dengan adanya rasa sedih saat mengetahui

menderita darah tinggi. Pada tahap ini sebenarnya partisipan sudah mulai menyadari berbagai kehilangan atau masalah yang akan dialami sebagai dampak penyakit hipertensi. Dampak yang paling dirasakan partisipan adalah komplikasi hipertensi, yaitu terjadinya stroke.

Smith (2010) menyatakan dalam artikelnya, penyebab atau faktor resiko terjadinya depresi pada lansia adalah masalah kesehatan, pengobatan, ketakutan akan kematian, dan cemas tentang isu-isu terkait penyakit yang dialaminya. Rasa sedih yang dinyatakan partisipan karena hipertensi yang dialaminya membutuhkan perawatan atau pengobatan secara terus-menerus. Rasa sedih yang dirasakan partisipan dikarenakan keluhan penyakit dirasakan sangat berat dan muncul kekhawatiran akan komplikasi yang mungkin membuat dirinya susah.

Berdasarkan perhitungan dengan *Geriatric Depression Scale* dari Yesavage et al. (1983), skor yang diperoleh partisipan pada kisaran 4 – 6, sehingga bisa dikatakan partisipan dalam kategori normal. Hal tersebut disebabkan mempunyai coping yang positif, sehingga depresi yang dialami tidak bertambah parah. Jika depresi yang dialami lansia menjadi berat, akan berdampak buruk terhadap penyakit hipertensi.

d. Penerimaan (optimis dan pasrah)

Pada penelitian teridentifikasi bahwa partisipan dapat menerima kondisinya, yang muncul sebagai pernyataan optimis akan kesembuhan, dan pasrah akan kehendak Tuhan. Pada tahap ini, partisipan bisa dikatakan telah dapat menerima kenyataan dampak penyakit darah tinggi yang akan dialaminya (Potter & Perry, 2005). Rasa optimis dan pasrah yang muncul dalam penelitian ini dipengaruhi oleh kepercayaan spiritual partisipan.

Benjamins, dkk (2002) meneliti tentang hubungan antara usia dengan tingkat aktifitas dalam kaitannya antara penyakit kronis dan aktifitas religius. Hasil penelitian menyatakan bukti yang mendukung pendapat bahwa lansia menghindari aktifitas sosial, seperti kegiatan keagamaan, ketika mengalami penurunan kesehatan. Namun, cara beribadahnya tetap sama, dari awal munculnya satu atau lebih penyakit kronis.

Dari kedua penelitian tersebut dapat dikatakan bahwa kepercayaan spiritualitas berpengaruh pada respon klien terhadap hipertensi yang diderita. Selain itu, spiritualitas juga membantu klien dalam menyesuaikan diri terhadap masalah-masalah maupun yang muncul sebagai dampak dari penyakit hipertensi.

Selain dalam hal spiritualitas, penerimaan partisipan terhadap kondisinya juga dipengaruhi oleh kemampuan koping masing-masing individu. Meiner & Lueckenotte (2006) menyatakan, gangguan fisik karena penyakit maupun proses menua dapat menjadikan konsep diri seseorang positif atau negatif. Hal ini tergantung kemampuan seseorang menyesuaikan diri. Felton, dkk (1987) meneliti hubungan antara usia dan enam strategi koping (memperbaiki fungsi kognitif, ekspresi emosional, keinginan memenuhi harapan, menyalahkan diri sendiri, mencari informasi, dan meminimalkan ancaman). Hasil penelitian melaporkan lansia lebih banyak menggunakan strategi koping dengan meminimalkan ancaman dari penyakit. Strategi koping ini dapat digunakan lansia yang menderita hipertensi, sehingga akan mempercepat atau memudahkan lansia menerima kondisinya. Meminimalkan ancaman penyakit hipertensi dapat dilakukan klien dengan selalu melakukan perawatan tekanan darah tinggi dalam kehidupan sehari-hari.

Pada penelitian ini tidak teridentifikasi adanya respon marah. Hal ini mungkin, dikarenakan semua partisipan adalah lansia yang karena pengalaman hidupnya sudah mengalami berkali-kali respon kehilangan sehingga dapat lebih mudah beradaptasi. Selain itu, partisipan juga telah menderita hipertensi lebih dari tiga tahun. Hal tersebut membuat partisipan sudah dapat beradaptasi, sehingga respon marah tidak terlihat. Beberapa penelitian menyatakan bahwa cara seseorang menilai dan mengatasi stressor yang muncul dikehidupannya dipengaruhi oleh status kesehatan dan kesejahteraannya (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Spradley & Allender, 1997). Oleh karena itu, partisipan tidak berespon agresif berupa luapan emosi kemarahan karena menganggap hipertensi bukan penyakit mematikan dan tidak akan berpengaruh buruk terhadap kesejahteraan hidupnya. Respon marah juga tidak muncul karena partisipan sudah mengalami hipertensi lebih dari 3 tahun sehingga sudah beradaptasi dengan kondisinya dan pada saat wawancara dilakukan sedang tidak terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu, semua partisipan adalah bersuku Jawa. Budaya Jawa dapat mengendalikan ekspresi marah seseorang, yang secara tidak langsung mempengaruhi respon psikologis partisipan terhadap penyakit tekanan darah tinggi yang diderita.

#### **5.1.2 Tindakan yang dilakukan lanjut usia dengan hipertensi untuk mencegah kenaikan tekanan darah.**

Tujuan khusus yang kedua tergambar dalam dua tema, yaitu penyesuaian pola hidup dan mengatasi dengan obat. Partisipan menyesuaikan pola hidup dengan berupaya hidup sehat. Partisipan juga mengatasi dengan obat, yaitu dengan menggunakan obat dan herbal.

##### **5.1.2.1 Penyesuaian pola hidup**

Upaya hidup sehat yang dilakukan partisipan untuk mencegah kenaikan tekanan darah berupa perubahan pola makan, perubahan aktifitas, dan mengurangi stres.

a. Perubahan pola makan

Sebagian besar partisipan dalam penelitian melakukan diet rendah sodium untuk mencegah kenaikan tekanan darah, seperti mengurangi konsumsi garam dan penyedap masakan. Christensen (2006) menyatakan, konsumsi sodium yang berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah, karena meningkatkan retensi cairan dalam tubuh. Oleh karena itu, penderita hipertensi disarankan untuk mengurangi konsumsi makanan yang tinggi sodiumnya.

Hasil penelitian juga menyatakan partisipan tidak mengkonsumsi ikan laut untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Padahal ikan laut banyak mengandung omega-3, yang dapat melindungi kesehatan jantung dan menurunkan kadar kolesterol darah (Linna, 2010), yang pada akhirnya ikan dapat menurunkan tekanan darah. Namun hasil penelitian tersebut tidak sesuai dengan yang telah dilakukan oleh Dewailly (2009), yang menyatakan 10% peningkatan kadar merkuri dalam darah menyebabkan peningkatan 0,2 mmHg tekanan darah sistolik. Penelitian ini didasari oleh adanya kandungan merkuri dalam ikan laut atau *seafood*. Hal tersebut yang menjadi alasan partisipan disarankan untuk tidak mengkonsumsi ikan laut oleh petugas kesehatan.

Partisipan menyatakan juga menghindari mengkonsumsi daging kambing. Sebagian besar masyarakat berpendapat mengkonsumsi daging kambing dapat meningkatkan tekanan darah. Daging kambing dapat menyebabkan darah tinggi bila dikonsumsi berlebihan pada penderita dislipidemia atau gangguan metabolisme (Kusuma, 2009). Kandungan kolesterol daging kambing ditakutkan menyebabkan *intake* kolesterol tubuh yang berlebihan. Jerohan kambing mengandung

lemak jenuh tinggi (Kurniawan, 2002). Kandungan ini yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kenyataannya kandungan kolesterol dan lemak pada daging kambing lebih rendah daripada daging sapi, sehingga sebenarnya tidak ada masalah mengonsumsi daging kambing asal tidak berlebihan.

Partisipan juga menyatakan tidak mengonsumsi kacang-kacangan karena takut tekanan darahnya meningkat. Padahal kacang-kacangan dan polong-polongan serta olahannya merupakan sumber protein nabati (Kurniawan, 2002). Artikel tersebut juga menjelaskan bahwa tempe yang telah melalui proses fermentasi, mempunyai kandungan gizi yang lebih daripada kedelai. Oleh karena itu tempe dianjurkan untuk dikonsumsi penderita darah tinggi sebagai protein nabati. Namun hasil penelitian Mikesti (2005) melaporkan, ada pengaruh konsumsi kacang-kacangan yang tinggi terhadap kejadian tingginya asam urat.

Partisipan melakukan pola makan dengan menghindari makanan yang dipantang dengan tujuan agar tekanan darah tidak meningkat. Hal tersebut didasarkan pada pengalaman partisipan yang tekanan darahnya meningkat karena mengonsumsi makanan tersebut. Selain pengalaman pribadi, partisipan menghindari makanan yang dipantang atas anjuran dari petugas kesehatan. Namun ada satu orang partisipan yang keliru persepsinya tentang anjuran tidak mengonsumsi kacang-kacangan bagi penderita darah tinggi. Hal ini perlu mendapat perhatian dari petugas kesehatan, untuk memberikan informasi kesehatan yang terstruktur dan jelas kepada klien terutama lansia yang mempunyai keterbatasan kognitif.

b. Perubahan aktifitas

Hasil penelitian menunjukkan partisipan juga mengubah pola aktifitasnya untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Perubahan aktifitas yang dilakukan dengan cara olahraga dan mencegah agar tidak

terlalu lelah. Hal tersebut senada dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Reaven et al. (1991), yang meneliti hubungan antara aktifitas fisik dan waktu luang terhadap tekanan darah pada lanjut usia wanita. Hasil penelitian tersebut melaporkan, rata-rata hipertensi sistolik dan diastolik mengalami penurunan secara signifikan pada wanita yang mengikuti aktifitas fisik ringan, sedang, atau berat daripada wanita yang hanya duduk. Tekanan darah tersebut menurun dengan peningkatan intensitas aktifitas dengan tekanan darah sistolik lebih rendah kurang lebih 20 mmHg pada kelompok yang beraktifitas lebih berat, daripada tekanan darah sistolik pada wanita yang hanya duduk saja. Hal tersebut membuktikan aktifitas fisik, misalnya olah raga, menjadi hal yang penting untuk penderita hipertensi. Aktifitas fisik secara rutin ternyata dapat menurunkan tekanan darah. Yang penting diperhatikan adalah jangan dilakukan secara berlebihan sehingga menyebabkan kelelahan.

c. Mengurangi stres

Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa upaya hidup sehat yang dilakukan partisipan juga dilakukan dengan mengurangi stres dengan cara mengurangi beban pikiran dan tidak berpikir yang berat-berat agar tekanan darah tidak meningkat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Paterniti et al. (1999) pada kelompok lansia di Perancis yang melaporkan bahwa kecemasan meskipun tidak mengalami depresi secara independen berhubungan dengan peningkatan resiko tekanan darah tinggi. Oleh karena itu lansia penderita darah tinggi harus mempunyai strategi koping yang fungsional agar dapat beradaptasi terhadap stressor yang muncul dikehidupannya. Kecemasan yang muncul dapat membuat lansia stres, yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Koenig, dkk (1998) melakukan penelitian prospektif tentang hubungan antara aktifitas religius dan tekanan darah pada 400 lansia. Hasil

penelitian menunjukkan tekanan diastolik lebih rendah 40% pada subyek yang melakukan kegiatan religius sekali seminggu atau lebih, serta berdoa dan mempelajari alkitab seminggu sekali atau lebih. Hasil ini telah dikontrol dengan umur, jenis kelamin, ras, kebiasaan merokok, penyakit kronis yang diderita, dan BMI (*Body Mass Index*).

Berbagai cara dapat dilakukan lansia agar dapat untuk menurunkan stres dan beradaptasi dengan kondisinya. Salah satu strategi coping yang dilakukan adalah dengan meningkatkan spiritualitas. Hasil penelitian diatas membuktikan kegiatan religius dapat menurunkan tekanan darah karena lansia menjadi lebih tenang, yang pada akhirnya akan menurunkan tekanan darah.

#### 5.1.1.2 Mengatasi dengan obat

Pengobatan yang dilakukan partisipan untuk darah tinggi adalah dengan menggunakan obat antihipertensi dan obat herbal. Semua partisipan menyatakan menggunakan obat antihipertensi yang dikonsumsi terus-menerus, maupun hanya bila kambuh. Robbin et al. (1994) melakukan penelitian pada 315 wanita usia 60 – 80 tahun yang mengalami hipertensi ringan sampai dengan sedang, tanpa mengkonsumsi obat antihipertensi. Hasil penelitian menunjukkan, lamanya menderita hipertensi berhubungan dengan besarnya insiden gejala fisik dan tingginya tingkat gangguan tidur pada semua sampel, baik saat menggunakan obat maupun setelah tidak menggunakan obat. Penelitian tersebut membuktikan bahwa penggunaan obat-obatan untuk lansia dengan hipertensi ringan sampai sedang kurang efektif. Yang penting adalah bagaimana lansia dapat melakukan penyesuaian pola hidup dengan menghindari faktor-faktor resiko yang dapat meningkatkan tekanan darah.

Sedangkan obat herbal yang digunakan oleh partisipan adalah ketimun, seledri, daun alpukat, dan buah mahkota dewa. Ketimun paling banyak digunakan oleh partisipan, karena yang paling banyak disarankan untuk

mengatasi darah tinggi, mudah didapat dan harganya relatif murah. Partisipan juga sudah merasakan khasiatnya. Menurut artikel oleh Forum UPI tentang manfaat ketimun, ternyata ketimun banyak mengandung protein, lemak, kalsium, fosfor, besi, belerang, vitamin A, B<sub>1</sub>, C, dan E (Forum UPI, 2010). Kandungan seratnya yang tinggi dapat menurunkan kadar kolesterol. Kandungan kaliumnya meringankan penyakit hipertensi, terutama akibat hipersensitivitas terhadap natrium, seperti garam dapur, vetsin, dan soda kue. Ketimun juga memperlancar buang air kecil sehingga dapat mengurangi beban jantung dan menurunkan tekanan darah.

Adanya juga partisipan yang menggunakan seledri dengan cara diblender atau langsung dimasukkan dalam masakan. Seledri memang berkhasiat menurunkan tekanan darah tinggi dan menstabilkannya ("Seledri", 2009). Kandungan epigenin dalam seledri merupakan *betablocker* yang memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran darah yang terpompa sedikit, dan akhirnya tekanan darah menurun. Kandungan manitol dan apin merupakan diuretik, sehingga membantu ginjal mengeluarkan kelebihan cairan dan garam dari dalam tubuh, yang membuat tekanan darah menurun.

Partisipan dalam penelitian ini juga menyampaikan menggunakan rebusan daun alpukat untuk menurunkan tekanan darah. Alpukat kaya mineral kalium, yang akan mengontrol debar jantung, dan menjaga kesehatan sistem saraf (Herba, 2009). Untuk hipertensi karena penyempitan pembuluh darah oleh kolesterol, dapat menggunakan daun alpukat (Hermadin, 2010). Karena daun alpukat akan menurunkan kadar kolesterol, sehingga tekanan darah menurun.

Beberapa partisipan yang menggunakan buah mahkota dewa untuk menurunkan tekanan darah. Mahkota dewa dapat menyembuhkan berbagai penyakit dari yang ringan sampai berat ("Mahkota Dewa", 2009). Selain hipertensi, mahkota dewa juga dapat menyembuhkan gatal-gatal, pegal-

pegal, flu, rematik sampai dengan penyakit seperti diabetes mellitus, kanker, asam urat, penyakit organ hati dan jantung. Cara pengolahannya yang gampang, yaitu dengan menyeduh teh racik dari kulit dan daging, cangkang atau daunnya, membuat tanaman obat ini banyak digunakan oleh masyarakat.

Jenis obat herbal yang teridentifikasi digunakan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah yang biasa digunakan oleh masyarakat, meskipun masih banyak obat herbal lain yang juga berfungsi untuk menurunkan tekanan darah. Namun karena partisipan sudah merasakan khasiatnya, mudah didapatkan, murah, dan partisipan menyukai rasanya, membuat mereka memilih tetap menggunakan obat-obat herbal tersebut. Yang perlu diperhatikan adalah efek jangka panjang obat herbal pada organ tubuh klien dan bagaimana klien mengantisipasinya, serta cara penyajian dan penyimpanan obat herbal tersebut.

Cara mengatasi dengan obat juga dilakukan partisipan dengan pergi ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan atau terapi darah tinggi. *National Heart, Lung, and Cardiovasculer* (2008) menyatakan dalam artikelnya bahwa penderita darah tinggi harus terus-menerus mendapatkan perawatan medis dan mengikuti anjuran dari petugas kesehatan. Perawatan darah tinggi memang harus tetap dilakukan meskipun kondisi klien sedang sehat, sehingga tekanan darah tetap bisa terkontrol. Meskipun ada partisipan yang mengunjungi pelayanan kesehatan hanya jika keluhan dirasakan berat. Tapi hal tersebut adalah usahanya dalam mendapatkan terapi atau pengobatan darah tingginya.

### **5.1.3 Pandangan lanjut usia tentang perawatan tekanan darah**

Tujuan khusus yang ketiga terjawab dengan satu tema, yaitu berpikir positif. Semua partisipan menyatakan bahwa darah tinggi perlu perawatan. Partisipan merasa perlu melakukan perawatan tekanan darah tinggi, agar penyakitnya tidak semakin parah yang akhirnya akan berdampak buruk

pada mereka. Penelitian oleh Staessen et al. (1989) tentang hubungan antara mortalitas dan tekanan darah yang terawat pada lansia dengan hipertensi, dapat dikaitkan tema diatas. Hasil penelitian melaporkan, pasien yang melakukan perawatan secara aktif, total mortalitas akan meningkat pada urutan ketiga paling rendah dari tingkatan penurunan tekanan darah pasien yang mendapat pengobatan. Peningkatan mortalitas ini disebabkan menurunnya tekanan darah secara berlebihan karena konsumsi obat darah tinggi. Hasil penelitian tersebut menjadi masukan bahwa perawatan tekanan darah tinggi menggunakan obat memerlukan pengawasan, sehingga klien harus kontrol tekanan darah secara rutin. Pikiran positif selain perlunya klien mengontrol tekanan darah, juga diperlukan aktifitas lain seperti senam atau olahraga, mengurangi stres, dan tindakan-tindakan pencegahan lainnya. Semua tindakan tersebut bertujuan untuk meminimalkan faktor resiko yang membuat tekanan darah meningkat.

#### **5.1.4 Harapan lanjut usia dengan hipertensi terhadap penyakitnya**

Tujuan khusus keempat terjawab dengan satu tema, yaitu kesembuhan penyakit. Semua partisipan menyatakan keinginannya untuk sembuh, berupa tekanan darahnya normal lagi dan bisa sembuh atau tidak merasakan sakit lagi. Hal tersebut merupakan pernyataan yang wajar untuk lansia yang menderita hipertensi yang bersifat kronik, dapat kambuh sewaktu-waktu, dan membutuhkan perawatan secara terus-menerus. Menurut McWilliam et al (1996, dalam Meiner & Lueckenotte, 2006), hidup dengan penyakit kronis, seperti halnya hipertensi, merupakan stressor dan hambatan bagi individu untuk mencapai harapannya, dan berespon positif terhadap lingkungan. Respon yang ditunjukkan oleh partisipan menunjukkan bahwa partisipan mempunyai persepsi dan strategi koping yang bagus dalam menghadapinya penyakitnya. Strategi koping personal yang bagus dapat ditunjukkan dengan kemampuan mengatasi masalah perawatan kesehatannya (Meiner & Lueckenotte, 2006). Koping yang bagus ditunjukkan oleh partisipan dengan keinginan

untuk sembuh dan tekanan darahnya normal. Oleh karena itu, semua partisipan menyatakan keinginannya untuk sembuh dan tekanan darahnya normal.

#### **5.1.5 Dukungan keluarga dalam perawatan hipertensi di rumah**

Tujuan khusus kelima terjawab dengan satu tema yaitu dukungan sosial keluarga. Dari hasil penelitian jenis dukungan keluarga yang tergambar adalah dukungan sosial. Seluruh partisipan menyatakan mendapatkan dukungan sosial dari keluarga, meskipun tidak semua jenis dukungan mereka dapatkan. Dukungan informasional, mental, instrumental, dan finansial yang didapatkan sangat berarti bagi partisipan. Penelitian yang dilakukan oleh Kusumaning Ayu (2010) tentang hubungan antara dukungan sosial keluarga dan hipertensi terkontrol, membuktikan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan hipertensi terkontrol. Dalam penelitian tersebut, responden yang memiliki dukungan sosial keluarga dengan kategori baik memiliki hipertensi sebesar 14 – 17 kali untuk terkontrol dibandingkan dengan yang memiliki dukungan sosial keluarga kategori kurang. Jadi dukungan sosial dari keluarga dirasakan partisipan sebagai penyemangat untuk selalu melakukan perawatan tekanan darah. Nasehat, perhatian, bantuan untuk berobat, dan fasilitas yang diberikan keluarga untuk partisipan, membuat hipertensi yang diderita menjadi terkontrol dan menumbuhkan kesadaran dalam diri untuk melakukan perawatan.

#### **5.1.6 Program yang dibutuhkan lanjut usia dengan hipertensi dalam perawatan tekanan darah untuk mengidentifikasi pelayanan kesehatan atau keperawatan yang diperlukan.**

Tujuan keenam dalam penelitian ini tergambar dalam satu tema yaitu pelayanan keperawatan atau kesehatan. Pada penelitian ini partisipan menginginkan adanya perilaku dari petugas yang selalu memperhatikan kondisinya dan memberikan informasi seputar penyakit tekanan darah tinggi, serta pelayanan kesehatan untuk kontrol rutin. Partisipan juga

menyatakan merasa cukup penanganan darah tinggi dengan diukur tekanan darahnya dan diberi penyuluhan oleh petugas. Persepsi bahwa peran petugas paling penting dalam perawatan hipertensi adalah mengukur tekanan darah dipengaruhi oleh budaya yang ada di masyarakat selama ini.

Penelitian oleh Bengston & Drevenhorn (2003) menyatakan, bahwa peran perawat dalam perawatan hipertensi adalah edukasi tentang perawatan nonfarmakologi meliputi penurunan berat badan, berhenti merokok, aktifitas fisik dan manajemen stres; edukasi penggunaan obat hipertensi secara benar; dan memastikan bahwa klien melakukan kontrol rutin. Jadi peran petugas kesehatan, khususnya perawat, bukan hanya sekedar mengukur tekanan darah. Tapi dibutuhkan pula kemampuan perawat dalam memberikan edukasi tentang tindakan-tindakan non farmakologi untuk perawatan hipertensi. Tindakan promosi kesehatan tersebut dibutuhkan klien untuk mencegah terjadinya komplikasi hipertensi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia (Pender, 2002).

## **5.2 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti sudah melakukan berbagai antisipasi untuk meminimalkan hambatan dalam penelitian, seperti memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan melakukan ujicoba wawancara sekaligus ujicoba analisis yang juga dikonsultasikan kepada pembimbing. Namun penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah :

5.2.1 Kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam masih sangat kurang. Ujicoba wawancara yang peneliti lakukan sebanyak dua kali sudah cukup membantu namun belum maksimal. Banyak data yang masih dapat digali lebih mendalam lagi. Peneliti juga mengalami kesulitan dalam memahami ungkapan partisipan, karena faktor usia sehingga terkadang kurang jelas. Pada saat mengajukan pertanyaan peneliti juga harus membuat pertanyaan yang paling mudah dipahami oleh partisipan. Itu pun terkadang partisipan masih kurang paham. Seperti pertanyaan bagaimana pengalaman

partisipan menderita penyakit darah tinggi lebih dipahami partisipan dengan pertanyaan bagaimana respon partisipan terhadap penyakit darah tinggi yang diderita. Oleh karena itu selama melakukan uji coba wawancara, peneliti melakukan identifikasi kosakata atau pertanyaan yang dapat dengan mudah dipahami oleh partisipan.

5.2.2 Pada saat menganalisis transkrip wawancara ada beberapa ungkapan partisipan yang kurang jelas maknanya. Hal ini disebabkan partisipan terbiasa memakai bahasa Jawa. Jadi disaat harus menggunakan bahasa Indonesia pada waktu wawancara, masih ada beberapa kosakata bahasa Jawa yang maknanya kurang dipahami peneliti. Oleh karena itu, agar dapat mengetahui makna sebenarnya kosakata tersebut, peneliti menanyakan kepada pihak yang lebih mengetahui. Dari hasil transkrip juga dijumpai beberapa ungkapan partisipan yang kurang lengkap. Hal ini juga karena kebiasaan partisipan menggunakan bahasa Jawa, jadi saat harus menggunakan bahasa Indonesia, kosakata yang diucapkan menjadi kurang lengkap. Misalnya partisipan hanya mengatakan ‘pengaruh saya tidak mau....’ Padahalnya maksudnya ‘pengaruhnya saya tidak mau....’

### **5.3 Implikasi Bagi Keperawatan**

#### **5.3.1 Bagi praktik keperawatan**

Hasil penelitian memberikan gambaran pengalaman lansia selama ini melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Tema-tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat menjadi dasar pelaksanaan praktik keperawatan. Respon fisik dan psikologis dialami secara berbeda oleh masing-masing partisipan. Dalam melakukan pengkajian keperawatan, kedua hal tersebut harus dikaji secara mendalam, apalagi ada kaitannya dengan perubahan anatomi dan fisiologi tubuh karena proses menua. Oleh karena itu lansia memerlukan pendampingan dari perawat pada fase-fase awal terdiagnosa hipertensi.

Pada penelitian ini teridentifikasi penyesuaian pola hidup partisipan, dalam rangka perawatan tekanan darah tinggi. Penyesuaian dalam hal pola makan, aktifitas, dan stres harus dilakukan oleh klien karena sifat penyakit hipertensi yang kronis dan dapat kambuh sewaktu-waktu. Perawat perlu melakukan edukasi tentang perawatan hipertensi secara nonfarmakologi ini, dan mengevaluasi bagaimana pengaruhnya terhadap tekanan darah klien.

Penggunaan obat antihipertensi dan obat herbal untuk menurunkan tekanan darah juga membutuhkan pengawasan. Kondisi ini perlu mendapat perhatian dari petugas kesehatan, khususnya perawat. Perawat dapat melakukan pendampingan untuk memastikan bahwa klien mengkonsumsi obat antihipertensi dan obat herbal secara benar. Perawat juga memonitor efek samping dari penggunaan obat-obatan tersebut, bagaimana mengantipasinya, serta cara penyajian dan penyimpanannya. Selanjutnya, karena banyaknya berbagai jenis obat herbal yang digunakan oleh penderita hipertensi, perlu dilakukan pengecekan secara rutin pengaruh obat tersebut terhadap fungsi ginjal, empedu, lambung, juga fungsi kognitif klien.

Pada penelitian ini teridentifikasi partisipan merasa penyakit tekanan darah tinggi yang diderita memerlukan perawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan harus ditekankan agar klien dapat secara mandiri melakukan tindakan-tindakan perawatan yang dilakukan untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan adalah membentuk *self help group* yang beranggotakan lansia penderita darah tinggi. Segala bentuk informasi terkait masalah penyakit hipertensi dapat diberikan melalui kelompok ini. Kelompok ini sendiri nantinya yang akan berbagi informasi dengan anggota-anggota kelompoknya tentang tekanan darah tinggi, serta mencari pemecahan masalah bersama-sama.

Penelitian ini juga memberikan gambaran semakin dibutuhkannya peran perawat, khususnya perawat komunitas, untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas untuk mengatasi masalah penyakit

hipertensi. Pernyataan-pernyataan partisipan yang teridentifikasi menunjukkan bahwa partisipan membutuhkan adanya kunjungan rumah secara berkala dari petugas kesehatan untuk merawat lansia hipertensi. Perawat komunitas perlu merancang suatu strategi intervensi yang sesuai bagi lansia dan keluarga untuk penatalaksanaan hipertensi di komunitas. Dalam pelaksanaannya, strategi intervensi ini harus dapat mengoptimalkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam memberikan dukungan sosial.

Harapan partisipan untuk sembuh memberikan kesempatan kepada perawat untuk selalu memberikan motivasi kepada klien setiap melakukan intervensi keperawatan. Motivasi yang diberikan dapat berbentuk *reinforcement* positif terhadap tindakan perawatan tekanan darah tinggi yang sudah klien lakukan, baik itu efektif maupun belum cukup efektif untuk mencegah kenaikan tekanan darah.

Dukungan keluarga juga sangat diperlukan klien dalam melakukan perawatan tekanan darah. Oleh karena itu maka dalam setiap intervensi diperlukan keterlibatan keluarga. Keluarga atau *caregiver* juga perlu memperoleh intervensi khusus agar dapat mendukung perawatan tekanan darah. Misalnya dengan memberikan pengetahuan dan ketrampilan tentang tindakan pencegahan tekanan darah tinggi dan cara pembuatan obat-obatan herbal, sehingga nantinya keluarga diharapkan menjadi *support system* bagi klien untuk memberikan dukungan informasi, mental, instrumental, dan finansial dalam perawatan tekanan darah tinggi.

Partisipan menyatakan kebutuhan adanya kegiatan rutin untuk mengontrol penyakit darah tingginya, terutama dalam pemeriksaan tekanan darah. Partisipan juga membutuhkan kemudahan untuk mengontrol tekanan darahnya. Hal ini menjadi dasar bagi perawat untuk merencanakan suatu program promosi kesehatan bagi lansia khususnya yang menderita darah

tinggi dengan berbagai kegiatan, misalnya: program konseling kesehatan bagi penderita hipertensi di puskesmas maupun posbindu.

Kebutuhan partisipan untuk melakukan kontrol rutin dalam praktiknya juga dapat dilakukan melalui kunjungan rumah secara berkala dalam rangka *home health care*. Kunjungan rumah oleh perawat tidak hanya sekedar untuk mengukur tekanan darah, melainkan juga memberikan edukasi tentang perawatan hipertensi, terutama perawatan nonfarmakologi, serta pengawasan penggunaan obat antihipertensi dan obat herbal. Kunjungan rumah juga dilakukan untuk mengoptimalkan peran keluarga sebagai *caregiver* dalam memberikan dukungannya kepada lansia yang menderita darah tinggi.

#### 5.3.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini mengidentifikasi respon fisik dan psikologis klien yang mengalami tekanan darah tinggi. Perawat seharusnya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk dapat mengkaji secara mendalam dan spesifik respon fisik dan psikologis lansia yang mengalami peningkatan tekanan darah.

Bentuk penyesuaian pola hidup dengan upaya hidup sehat memberikan kesempatan untuk membuat inovasi strategi intervensi keperawatan. Misalnya mengembangkan bentuk manajemen stres dan bentuk baru latihan fisik untuk klien hipertensi. Hasil penelitian juga teridentifikasi penanganan hipertensi menggunakan obat herbal. Dalam hal ini dapat diperdalam lagi pengetahuan perawat dalam hal penggunaan obat herbal untuk mengatasi hipertensi. Atau mencari obat-obat herbal yang lebih efektif lagi untuk menurunkan tekanan darah dengan efek samping seminimal mungkin. Perawat juga seharusnya mempunyai kemampuan untuk mendeteksi adanya efek samping dari obat-obat tersebut dan bagaimana cara mengkonsumsi obat dengan benar agar tidak mengalami efek samping.

Dukungan sosial yang diberikan keluarga sangat berarti bagi klien. Namun kebutuhan dukungan sosial ini belum banyak diketahui oleh keluarga maupun klien. Berdasarkan situasi tersebut, dapat dikembangkan suatu intervensi keperawatan keluarga untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi keluarga dalam memberikan dukungan sosial bagi klien tekanan darah tinggi. Hasilnya dapat berupa sebuah panduan bagi lansia dan keluarganya tentang cara perawatan tekanan darah tinggi di rumah.

### 5.3.3 Bagi kebijakan pengembangan program lansia

Hasil penelitian ini berhasil mengidentifikasi tema-tema yang dapat memberikan masukan bagi penentu kebijakan dalam rangka mengembangkan program kesehatan lansia, khususnya yang menderita tekanan darah tinggi. Kebijakan untuk lansia sebaiknya bukan hanya sekedar terlaksananya kegiatan posyandu lansia dengan kegiatan penimbangan berat badan dan pengukuran tekanan darah. Hal ini dikarenakan keluhan-keluhan yang dialami klien dapat muncul sewaktu-waktu dan membutuhkan perawatan secara terus-menerus. Program yang bersifat berkelanjutan, bagi pihak asuransi baik pemerintah maupun swasta, dapat membuat program asuransi kesehatan khusus bagi lansia yang juga memfasilitasi lansia untuk mendapatkan pelayanan kunjungan rumah.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna pengalaman lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah tinggi. Tema-tema yang teridentifikasi menggambarkan bahwa pengalaman lansia melakukan perawatan tekanan darah tinggi merupakan pengalaman individual yang sangat kompleks, dan memerlukan dukungan baik dari keluarga maupun petugas kesehatan agar lansia mampu melakukan perawatan tekanan darah tinggi di rumah dan kontrol rutin ke pelayanan kesehatan. Pada bab ini akan dijelaskan simpulan yang menggambarkan hasil temuan penelitian serta saran-saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

#### **6.1 Simpulan**

- 6.1.1 Respon lansia terhadap penyakit darah tinggi yang diderita tergambar sebagai respon fisik dan psikologis. Petugas kesehatan seharusnya dapat mengidentifikasi respon ini, sehingga dapat membantu lansia untuk mengatasi masalah yang muncul dan beradaptasi dengan kondisi fisiknya yang kadang terpengaruh dengan munculnya keluhan peningkatan tekanan darah.
- 6.1.2 Tindakan yang dilakukan untuk mencegah kenaikan tekanan darah tergambar dengan penyesuaian pola hidup dan mengatasi dengan pengobatan. Penatalaksanaan hipertensi pada lansia ditekankan pada perubahan pola hidup, sehingga diperlukan peran petugas kesehatan dalam memberikan dukungan atau motivasi pada lansia dan keluarganya untuk melakukan perawatan pada lansia hipertensi khususnya dalam penyesuaian pola hidup.
- 6.1.3 Pandangan lansia tentang perawatan tekanan darah tinggi tergambar dengan adanya pikiran positif bahwa tekanan darah tinggi perlu perawatan. Pernyataan yang positif dari partisipan bahwa tekanan darah tinggi perlu penanganan, merupakan yang penting karena berarti sudah ada kesadaran pada diri partisipan bahwa tekanan darah tinggi adalah penyakit yang serius serta membutuhkan perawatan.
- 6.1.4 Harapan lansia terhadap penyakitnya dinyatakan dengan keinginan kesembuhan penyakit. Semua partisipan menyatakan harapannya untuk sembuh, tidak mengalami lagi keluhan-keluhan karena tekanan darahnya meningkat, serta tekanan

darahnya normal. Oleh karena itu partisipan merasakan perlunya perawatan tekanan darah tinggi.

- 6.1.5 Dukungan keluarga yang didapatkan partisipan berupa dukungan informasi, mental, instrumental, dan finansial. Dukungan dari keluarga ini telah diperoleh partisipan sehingga selalu bersemangat melakukan perawatan tekanan darah tinggi di rumah.
- 6.1.6 Pelayanan kesehatan atau keperawatan yang dibutuhkan partisipan untuk pelayanan keperawatan atau kesehatan untuk tekanan darah tinggi adalah perilaku dari petugas kesehatan dan pelayanan keperawatan. Perilaku petugas kesehatan berhubungan dengan perhatian terhadap penyakitnya dan pemberian informasi kesehatan terkait penyakit tekanan darah tinggi. Kebutuhan pelayanan keperawatan berhubungan dengan keinginan mendapatkan kemudahan untuk melakukan kontrol rutin tekanan darahnya.

## 6.2 Saran

### 6.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

- a. Pengelola pelayanan kesehatan, yaitu puskesmas, posyandu, praktek mandiri, dan rumah sakit, sebagai tempat berobat perlu memfasilitasi kebutuhan klien untuk dapat melakukan kontrol rutin, dengan menggunakan pendekatan yang menyeluruh atau holistik. Untuk puskesmas diharapkan dapat mengoptimalkan fungsi posyandu lansia dan kader-kadernya untuk memudahkan lansia melakukan kontrol.
- b. Pengelola pelayanan kesehatan, yaitu puskesmas, perlu memberdayakan tenaga kesehatan yang ada untuk lebih giat melakukan Perkesmas. Melalui Perkesmas, tenaga kesehatan dapat melakukan kunjungan rumah secara berkala untuk memandirikan lansia dalam melakukan perawatan tekanan darah dan mengoptimalkan peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada lansia yang menderita tekanan darah tinggi.

### 6.2.2 Bagi Profesi Keperawatan, perawat di komunitas perlu :

- a. Memandirikan lansia yang menderita hipertensi dalam hal perawatan penyakitnya, dengan membentuk *self help group* lansia yang akan menjadi sarana bagi sesama lansia untuk saling memberikan dukungan dalam hal perawatan tekanan darah tinggi.

- b. Mengembangkan suatu strategi yang akan lebih memudahkan lansia untuk melakukan kontrol tekanan darah tingginya, yaitu dengan mengadakan pelayanan hipertensi di wilayah atau puskesmas yang program unggulannya adalah hipertensi. Pelayanan hipertensi akan berada di tempat-tempat umum yang strategis dan untuk tenaganya dapat memberdayakan tenaga kesehatan yang ada di wilayah setempat. Pelayanan hipertensi ini juga sebagai bentuk kewaspadaan dini terhadap hipertensi.
- c. Mengembangkan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bagi keluarga (*caregiver*) tentang perawatan tekanan darah tinggi. Ketrampilan menyiapkan obat dan obat herbal untuk menurunkan tekanan darah, serta cara meminimalkan efek samping obat menjadi salah satu topik yang penting bagi keluarga.
- d. Mengembangkan panduan pelaksanaan perawatan tekanan darah tinggi untuk lansia di rumah.

#### 6.2.3 Bagi Lansia dan keluarga

- a. Pada lansia diharapkan dapat secara mandiri melakukan perawatan tekanan darah tinggi di rumah, dengan bantuan atau dukungan dari keluarga. Lansia dan keluarga diharapkan dapat secara aktif mencari informasi terkait penyakit tekanan darah tinggi dan perawatannya.
- b. Lansia dan keluarga sebaiknya dapat mengenali respon fisik dan psikologis yang terjadi karena peningkatan tekanan darah. Jika deteksi dini telah dilakukan maka penanggulangan dapat segera dilakukan.

#### 6.2.4 Penelitian selanjutnya

- a. Berbagai jenis obat herbal yang digunakan oleh masyarakat dapat menjadi masukan bagi perawat untuk melakukan penelitian secara kuantitatif tentang efektifitas pengobatan herbal terhadap penurunan tekanan darah pada lansia.
- b. Peran perawat dalam memberikan perawatan nonfarmakologi pada lansia penderita hipertensi, juga dapat menjadi masukan untuk melakukan penelitian secara kuantitatif tentang pengaruh peran perawat dalam melakukan perawatan nonfarmakologi terhadap tekanan darah lansia yang menderita hipertensi.

## DAFTAR REFERENSI

- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (1996). *Community health nursing: concepts and practice*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2005). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Ayu, Y.K. (2010). *Hubungan antara dukungan sosial keluarga dan hipertensi terkontrol di Puskesmas Rangkah Surabaya*. <http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php?mod>. diperoleh tanggal 4 Juli 2010
- Bernard, M (2000). *Promoting health in old age : critical issues in self health care*, Philadelphia: Open University Press
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. April 7, 2010. [http://www3.interscience.wiley.com/cgi\\_bin/fulltext/119562079/PDFSTART](http://www3.interscience.wiley.com/cgi_bin/fulltext/119562079/PDFSTART)
- Brooks, P.M. (2003). The impact of chronic illness : partnerships with other health care professional Juli 4, 2010. [http://www.mja.com.au/public/issues/179-05-010903/bro\\_10734\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/179-05-010903/bro_10734_fm.html)
- BPS, (2008). Data Statistik Indonesia. 14 Maret 2010. <http://www.datastatistik.indonesia.com>.
- Bengston, A. & Drevenhorn, E. (2003). The nurse's role and skill in hypertension care. *Lippincott Williams & Wilkins medscape nurses*. Juli 10, 2010. <http://www.medscape.com/viewarticles/463185>
- Christensen, Barbara Lauritsen (2006). *Adult health nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: Mosby
- Chenier, Nancy Miller (1993). The health of the Canadian elderly. Februari 15, 2009. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Pilot/LoPBdP/BP/bp351-e.htm>.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitatif inquiry and research design: choosing among five tradition*. United Status America (USA): Sage Publication Inc.
- Charles, S.T., Reynold, C.A., Gatz, M. (2001). Age related differences and change in positive and negative over 23 years. *Journal of personality and social psychology* 2001. vol 80. No. 1. April 6, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11195886>.

- Connor, A.S. (2004). Life narrative and biographical disruption: the implication to clinical practice physiotherapist. April 7, 2010. [http://newforestphysio.com/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/biographical\\_disruption\\_ass1.339180037.pdf](http://newforestphysio.com/yahoo_site_admin/assets/docs/biographical_disruption_ass1.339180037.pdf).
- Darmojo, R.B. & Martono, H.,(1999). *Geriatric : Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta.: FKUI
- Depkes RI (2001). *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI (2007). *Inash menyokong penuh penanggulangan hipertensi*. April 7, 2010.<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2406&itemid=2>
- Dinas Kesehatan Kota Semarang (2008). *Profil kesehatan tahun 2008*. April 7, 2010. <http://www.dinkes.kotasemarang.go.id/7p=halaman-profil>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2008). *Profil kesehatan provinsi jawa tengah 2008*. April 7, 2010. <http://www.dinkesjatengprov.go.id>.
- Dinas Kota/Kab. Semarang (2009). *Profil Kabupaten/Kota Semarang 2009*. April 7, 2010. <http://www.ciptakarya.pu.go.id/profil/barat/jateng/semarang.pdf>.
- Dewailly, E. (2009). Mercury in Fish Seems to Raise Blood Pressure in Spite of Nutrient. Juli 2, 2010. <http://www.Sikunews.com/News/Canada-Nunavik/6863>.
- Fain, J.A. (1999). *Reading understanding and applying nursing research: a text and workbook*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: F.A Davis Company
- Friedman, M. Marilyn (1998). *Keperawatan keluarga : teori dan praktik*. Edisi 3. Jakarta. Penerbit buku kedokteran:EGC
- Friedman, M., Bowden, V.R, Jones, G.Elaine (2003). *Family nursing: research, theory & practice*. 5<sup>th</sup> Ed. New Jersey
- Forum UPI (2010). *Manfaat Ketimun*. Juli 3, 2010. <http://forum.upi.edu/V3/index.php?topic=15038.0>.
- Gondodiputro, S. (2007). *Perencanaan promosi kesehatan pencegahan penyakit tidak menular di puskesmas*. Februari 2, 2010. [www.akademik.unsri.ac.id](http://www.akademik.unsri.ac.id).
- Gallo, J.J., Riechel, W., Anderson, M. (1998 alih bahasa : Velman, James). *Buku saku gerontology*. Jakarta: EGC
- Hitchcock, E. Janice, Schubert, E. Phyllis, Thomas, A. Sue (1999). *Community health nursing: caring in action*. Newyork: Delmar

- Hartono, A (2000). *Asuhan nutrisi rumah sakit*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Hipertensi Berat (2009). Hipertensi Berat, Lansia Bisa Koma. September 3, 2009. [www.sumeks.co.id/index.php?option=com...task](http://www.sumeks.co.id/index.php?option=com...task).
- Hypertension. (n.d.) Februari 25, 2010. <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypertension>
- Hypertension study group (2001). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh & India: a multicentre study. *Buletin WHO*. Vol. 1. no. 6. April 6, 2010. [http://www.scielops.org/sciele.php?script=sci\\_arttex\\_pid=30042](http://www.scielops.org/sciele.php?script=sci_arttex_pid=30042).
- HERBA. (2009). *Alpukat-cegah stroke dan redakan hipertensi*. Juli 2, 2010. <http://www.jenisherba.co.cc/2009-12-1-archive.html>.
- Hermadin, H. (2010). *Alpukat, Yummy*. Juli 3, 2010. <http://hendrahermadin.wordpress.com/2010/04/30/alpukat-yummy>.
- Jiu, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y, Yan, J., & Shun, Z. (2010). Are elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquakes. *BMC Public Health* 2010. vol 10:172. April 8, 2010. <http://www.biomedical.com/1471-2458/10/172>.
- Koenig, H.G. et.al. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adult. *International journal of psychiatry in medicine*. Vol 28. 189 – 213. April 7, 2010. <http://www.ncbi.nih.gov/pub.med/9724889>.
- Kuntjoro, Z.S. (2002). *Masalah kesehatan jiwa lanjut usia*. April 6, 2010 <http://www.e-psikologi.com/usia/160802>
- Kaplan, N.M. (2004). Lifestyle modifications for prevention and treatment of hypertension. April 6, 2010. <http://www.medscape.com/viewarticle/497725>.
- KNEPK. (2007). *Buku pedoman nasional etik penelitian kesehatan*
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. seventh edition. New Jersey:Pearson education
- Kurniawan, A. (2002). *Gizi Seimbang Untuk Mencegah Hipertensi*. Juli 2, 2010. [http://www.gizi.net/makalah/Gizi seimbang untuk hipertensi.PDF](http://www.gizi.net/makalah/Gizi%20seimbang%20untuk%20hipertensi.PDF).
- Kusuma, R.J. (2009). *Daging Kambing dan Hipertensi*. Juli 3, 2010 <http://www.scribd.com/doc/23692944/Daging-Kambing-Dan-Hipertensi>.

- Lukito, A Antoni (2005). *Jangan biarkan hipertensi berkomplikasi*. Januari 28, 2010. [www.seniornews.co.id](http://www.seniornews.co.id).
- Lueckenotte, Annete G (2000). *Gerontologic nursing*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Mosby
- Lueckenotte, Annette G, Meiner, E., Sue (2006). *Gerontologic Nursing*. Third edition, Philadelphia: Mosby
- Leight, Susan Bragg (2003). The application of a vulnerable populations conceptual model to rural health. *Public health nursing* 20 No.6, 440-448. April 6, 2010. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1525-1446.2003.20604.x>. journalCode=phn
- Litbang, Depkes (2007). *Hipertensi (Risksedes 2007)*. Oktober 28, 2009. [www.litbang.depkes.go.id/simnas/Day\\_2/Hipertensi.pdf](http://www.litbang.depkes.go.id/simnas/Day_2/Hipertensi.pdf)
- Lambert, A.V. & Lambert, E.C. (1985). *Psychosocial care of the physically ill: what every nurse should do*. 2<sup>nd</sup> edition. New Jersey: Prentice-Hall
- Miller, C.A (1999). *Nursing care of older adult : Theory and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Lippincot
- Morse, J.M, Field, P.A. (1996). *Nursing research : the application of qualitatif approaches*, second edition, London: Chapman & Hall
- Marsh, P. (2007). Case studt: myth busting frail aged: exploring age-related vulnerability in elderly community care client. *Tasmanian Council of Social Service*. April 8, 2010. <http://www.tascoss.org.au/.../myth-busting-frail-aged/Marsh.pdf>.
- Martin, C.M. (2007). Chronic disease and illness care. *Canadian family physician*. Vol. 53. April 8, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231531/pdf/0532086.pdf>.
- Mikesti, (2005). *Pengaruh Konsumsi Kacang-Kacangan, Lipid, Pangan Hewani, dan Kegemukan Terhadap Kejadian Kadar Asam Urat Tinggi Pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas*. Juli 2, 2010. <http://eprint.undip.ac.id/9859/1/2552.pdf>.
- Mahkota dewa : herbal penakluk kanker. (2009). 3 Juli 2010. <http://pustakaalbayaty.Wordpress.com/2009/07/26/mahkota-dewa-herbal-penakluk-kanker>.
- Mezey, M.& Fulmer, T. (2002). The Geriatric Depression Scale. *Dermatology Nursing*. Juli 19, 2010. <http://www.medscape.com/viewarticle/447735>

- National Institute of Health (2003). *JNC 7 Express: The 7<sup>th</sup> Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Januari 8, 2010. <http://hnz11.wordpress.com/2009/06/01/hipertensi-pada-lansia>.
- Nies, M.A. & Ewen, M.M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of populations*. Third edition. Saunders: USA
- National Heart, Lung and Blood Institute (2008). What is high blood pressure. Juli 10, 2010. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Hbp/HBP-what.html>
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Potter & Perry (2005). *Fundamental Keperawatan*, volume 1. Jakarta: EGC.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Prentice-Hall
- Paterniti, S., et al (1999). *Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of french elderly*. Juli 3, 2010. <http://www.Psychosomaticmedicine.org/c/cgi/content/full/61/1/77>
- Roy, S.C. (1991). *The Roy adaptation model: the definitive statement*. New Jersey: Appleton-Century
- Rowe, M., & Allen, R., G. (2004). Spirituality as a mean of coping with chronic illness. *American journal of health studies*. April 7, 2010. <http://findarticles.com/p/articles/mi.mo CTG/15 1 1 9/ai n6072019>.
- Robbin, M.A, Elias, M.F, Croog, S., Colton, T. (1994). Unmedicated Blood Pressure Level and Quality of Life in Elderly Hypertensive Women. Juli 3, 2010. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/56/3/251.pdf>.
- Reaven, P.D., Connor, E.B., Edelstein, S. (1991). Relation Between Leisure-Time Physical Activity And Blood Pressure in Older Woman. Juli 4, 2010. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/short/83/2/559>.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Second edition. Philadelphia:Lippincott
- Smeltzer, S.C & Bare, BG (2002). *Buku ajar keperawatan medical-bedah* (terjemahan). edisi 8. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Stolte, K.M. (2004). *Diagnosa keperawatan sejahtera*. Edisi 1. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Sulilat, dkk (2001). *Buku ajar ilmu penyakit dalam (Hipertensi Primer)*. Edisi ketiga, Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Stockslager, J.L, dan Schaeffer, Liz (2003). *Asuhan keperawatan geriatri*. Edisi 2. alih bahasa : Nike Budhi Subekti, Jakarta, Penerbit buku kedokteran : EGC
- Stanhope, M. & Lancaster, J (2000). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*. 5<sup>th</sup> ed. USA: Mosby
- Stanhope, M. & Lancaster, J (2002). *Foundation of community health nursing : community oriented practice*. USA: Mosby
- Stanhope, M. & Lancaster, J (2004). *Community and public health nursing*. 6<sup>th</sup> edition. USA: Mosby
- Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: promoting successful aging with older adult*. Philadelphia
- Sarafino, P. Edward (1994). *Biopsychosocial interaction*, 2<sup>nd</sup>. Canada: John Wiley & Sons
- Sherina, M.S., Rampal,L., & Mustaqim, A. (2004). Factors associated with chronic illness among the elderly in a rural community. *Asia pasific journal of public health*. Vol 16. no. 2. April 6, 2010. <http://aph.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/2/109>.
- Saputri, D.E. (2009). *Pengaruh Olahraga Senam Jantung Sehat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia di Kelurahan Sumberejo Kecamatan Mertoyudan Kabupaten Magelang*. Juli 4, 2010. <http://etd.eprints.ums.ac.id/3977>.
- Staessen, J., et al (1989). Relation between mortality and treated blood pressure in elderly patient with hypertension : report of the European working party on high blood pressure in the elderly. Juli 4, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1836829>.
- Spradley, B.W. & Allender, J.A. (1997). *Reading in community health nursing*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott
- Sitorus, S (2009). Tekanan darah tinggi (Hipertensi). Juli 10, 2010. <http://sitorusdori.wordpress.com/2009/08/25/tekanan-darah-tinggi-hipertensi>.
- Tirtayasa, Gede Putra (2008). Hubungan kebiasaan hidup dan dukungan keluarga lansia dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Rendang Karangasem Bali. Januari 28, 2010. <http://adln.fkm.unair.ac.id>.

V. Joshi, J. Lim and M. Nandkumar. (2005) Prevalence and Risk Factors of Undetected Elevated Blood Pressure in an Elderly Southeast Asian Population. Maret 1, 2010. <http://aph.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/2/3>

Vulnerability. (n.d). Maret 29, 2010. [www.wikipedia.org/wiki/vulnerability](http://www.wikipedia.org/wiki/vulnerability)

Wold, H.G. (1999). *Basic geriatric nursing*. Second edition Mosby

Webb, M.S & Gonzales, L.D. (2006). The burden of hypertension: mental representation of african american women. *Issues in mental health nursing*. Vol. 27: 249 – 271, April 8, 2010. <http://www.informaworld.com/smpp/content=a742044232-db=a11>.

Yayasan Peduli Psoriasis Indonesia (2007). *Psoriasis dan percaya diri*. Juli 6, 2010. <http://www.psoriasisindonesia.org/articles.php?id=71>.

