



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERILAKU
LANSIA DALAM PENGENDALIAN HIPERTENSI
DI KECAMATAN KOJA, JAKARTA UTARA**

TESIS

**LILY HERLINAH
0906594412**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERILAKU
LANSIA DALAM PENGENDALIAN HIPERTENSI
DI KECAMATAN KOJA JAKARTA UTARA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan

**LILY HERLINAH
0906594412**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2011**

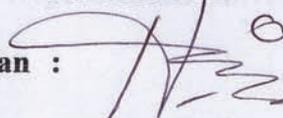
PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lily Herlinah

NPM : 0906594412

Tanda Tangan :



Tanggal : 17 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Lily Herlinah
NPM : 0906594412
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Deukunagn Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi Di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara

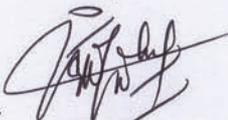
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

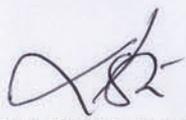
Pembimbing : Wiwin Wiarsih.,S.Kp.,MN


(.....)

Pembimbing : Ety Rekawati,S.Kp., M.KM


(.....)

Penguji : Astuti Yuni. Nursasi S.Kp., MN


(.....)

Penguji : Nawang PujiAstuti., M. Kep., Sp.Kom


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan berkah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian yang berjudul, “Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja, Jakarta Utara. Penyusunan tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat ;

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Wiwin Wiarsih, S.Kp.,M.N., selaku Pembimbing I yang telah menyediakan waktu dan pikiran selama membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran.
4. Ibu ETTY Rekawati, S.Kp., M.KM., selaku Pembimbing II yang telah menyediakan waktu dan pikiran selama membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran.
5. Para Dosen Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan inspirasi pada penulisan proposal tesis ini.
6. Suku Dinas Kesehatan Jakarta utara yang telah memberikan izin dan fasilitasnya untuk melakukan penelitian.
7. Rektor Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengembangkan ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Ibu Miciko Umeda, SKp., M. Biomed., selaku Ketua Program D III Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas

Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengembangkan ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

9. Orang tua, suami dan anakku tercinta yang telah memberikan dukungan dengan penuh cinta, kasih sayang, kesabaran, perhatian dan senantiasa mendo'akan selama penulis menjalani pendidikan.
10. Rekan-rekan dosen Program D III Keperawatan FKK UMJ, teman-teman seangkatan dan pihak lain yang telah membantu penyusunan tesis ini.
11. Para lansia yang telah berpartisipasi sebagai sumber data penelitian.

Besar harapan penulis, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2011

Penulis

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

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

Nama : Lily Herlinah
NPM : 0906594412
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

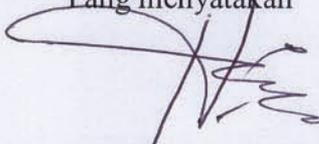
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja, Jakarta Utara, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ format-kan, 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 : 17 Juli 2011

Yang menyatakan



(LILY HERLINAH)

ABSTRAK

Nama : Lily Herlinah
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas
Judul : Hubungan dukungan keluarga dengan lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja, Jakarta Utara

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara. Metode penelitian menggunakan *cross sectional*, dengan jumlah sampel 99 responden. Pengambilan sampel dengan teknik *multi stage random sampling*. Sampel pada penelitian ini adalah lansia dengan usia 60 tahun ke atas, didiagnosis hipertensi TD \geq 140/90 mmHg, lansia tinggal bersama keluarga, berkomunikasi verbal dengan baik, bersedia menjadi responden. Analisis data menggunakan uji chi-square. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara dukungan emosional, dukungan penghargaan, informasi, dan instrumental dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi dengan nilai ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa dukungan informasi merupakan faktor yang dominan terhadap perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dukungan keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan lansia.

Kata kunci: Keluarga, lansia, dukungan, hipertensi

ABSTRACT

Name : Lily Herlinah
Study Program : Master of Nursing Science Specialisation In Community
Title : Relationship of family support with the behavior of elderly in the control of hypertension in Koja, North Jakarta district region

This study aims to determine the relationship of family support with the behavior of elderly in the control of hypertension in the Territory District of Koja, North Jakarta. Method using cross-sectional study, a sample of 99 respondents. Sampling with multi stage random sampling technique. The sample in this study were elderly with the age of 60 years and over, diagnosed hypertension, BP \geq 140/90 mmHg, the elderly living with family, with good verbal communication, willing to be respondents. Analysis of data using chi-square test. Results showed no relationship between emotional support, support awards, information, and instrumental behavior in the elderly with hypertension control values ($p < 0.05$). Further analysis showed that the support of information is the dominant factor in controlling the behavior of elderly hypertension. In order to improve the health of older adults are optimal, the importance of family support and health promotion.

Keyword: Family, elderly, support, hypertension

DAFTAR ISI

	Hal
JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan	12
1.4 Manfaat	13
BAB 2 TINJAUAN TEORI	14
2.1 Populasi <i>At Risk</i>	14
2.1.1 <i>Biological Risk</i>	15
2.1.2 <i>Social Risk</i>	17
2.1.3 <i>Economic Risk</i>	17
2.1.4 <i>Life Style Risk</i>	18
2.1.5 <i>Live Event Risk</i>	18
2.2 Populasi Lansia Hipertensi Sebagai Populasi <i>Vulnerable</i>	18
2.3 Perilaku	21
2.3.1 <i>Respondent Respons</i> Atau <i>Reflexive</i>	21
2.3.2 <i>Operant Respons</i>	21
2.4 Dukungan Keluarga Bagi Lanjut Usia	28
2.4.1 Dukungan Emosional	29
2.4.2 Dukungan Penghargaan	29
2.4.3 Dukungan Informasi	29
2.4.4 Dukungan Instrumental	30
2.5 Peran Perawat	31

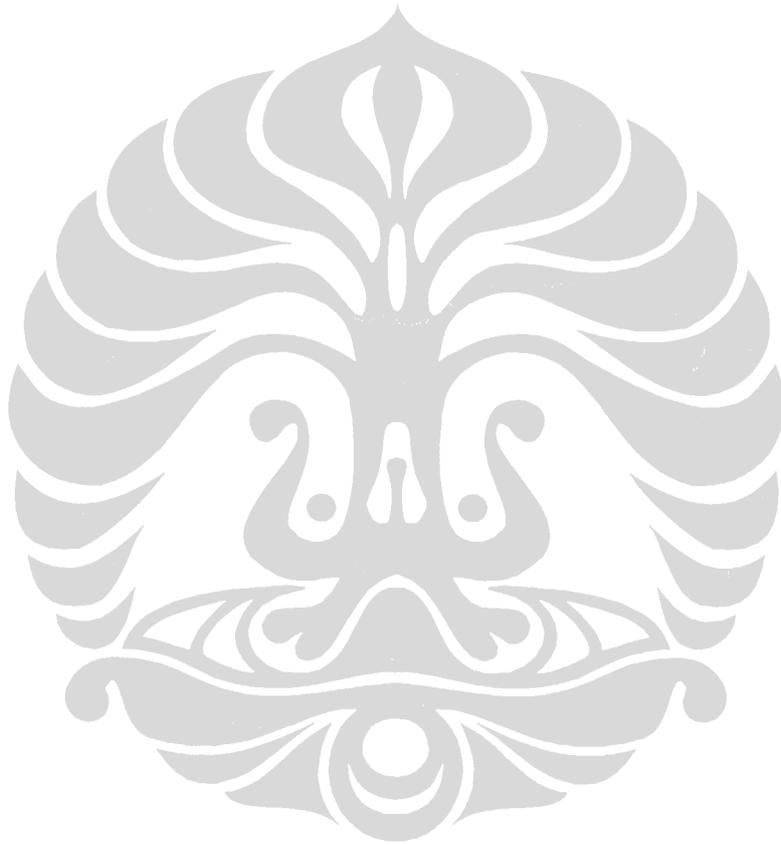
2.5.1	Prevensi Primer.....	31
2.5.2	Prevensi Sekunder	32
2.5.3	Prevensi Tersier	33
2.6	Model Promosi Kesehatan.....	34
2.6.1	Pengertian Dan Komponen Teori Model.....	35
2.6.2	Aplikasi Model Promosi Kesehatan	42
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS		
	DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	48
3.1	Kerangka Konsep.....	48
3.2	Hipotesa	49
3.3	Definisi Operasional	50
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....		53
4.1	Desain Penelitian	53
4.2	Populasi Dan Sampel.....	53
4.3	Teknik Pengambilan Sampel	55
4.4	Tempat Penelitian	56
4.5	Waktu Penelitian.....	57
4.6	Etika Penelitian.....	58
4.7	Alat Pengumpul Data.....	60
4.8	Reliabilitas Dan Validitas	61
4.9	Prosedur Pengumpulan Data	64
4.10	Pengolahan Data	65
4.11	Analisis Data.....	66
BAB 5 HASIL PENELITIAN		69
5.1	Analisis Univariat	69
5.2	Analisis Bivariat	73
5.3	Analisis Multivariat	76
BAB 6 PEMBAHASAN		80
6.1	Interpretasi Dan Diskusi Hasil Penelitian.....	80
6.2	Keterbatasan Penelitian	95
6.3	Implikasi Hasil Penelitian.....	95
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....		97
7.1	Simpulan.....	97
7.2	Saran	98
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 : Definisi Operasional	71
Tabel 4.1 : Analisa Data	74
Tabel 5.2 : Distribusi Dukungan Dengan Perilaku	73
Tabel 5.3 : Distribusi Karakteristik Lansia	75
Tabel 5.4 : Seleksi Kandidat Multivariat	77
Tabel 5.5 : Hasil Pembuatan Model Multivariat	77
Tabel 5.6 : Nilai ρ Urutan Pemodelan	78
Tabel 5.7 : Model Terakhir	78
Tabel 5.8 : Hasil Eliminasi Multivariat	79

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 : Model Promosi Kesehatan	71
Skema 3.1 : Kerangka Konsep Penelitian	74



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 : Surat Ijin Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini dijelaskan tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian baik tujuan umum maupun khusus dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2009). Salah satu hasil dari pembangunan tersebut memberikan dampak pada peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH). Peningkatan usia harapan hidup berdampak terhadap peningkatan jumlah lansia yaitu usia 60 tahun ke atas (Depkes RI, 2003).

Usia harapan hidup dan jumlah lanjut usia di Indonesia menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2006 terdapat 19 juta jiwa lansia dengan usia harapan hidup 66.2 tahun, pada tahun 2009 terdapat 19.32 juta jiwa (8.37 % dari total penduduk). Diperkirakan pada tahun 2020 jumlah lansia mencapai 29 juta jiwa dengan usia harapan hidup mencapai 71.1 tahun (Depsos RI, 2009). Peningkatan jumlah lansia dan usia harapan hidup ini merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Usia harapan hidup dari beberapa negara masih terlihat bervariasi. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004), di Amerika Serikat usia harapan hidup dan jumlah lanjut usia meningkat. Jumlah populasi lanjut usia lebih 65 tahun mengalami peningkatan sebesar 4 % pada tahun 1900, tahun 2004 jumlahnya mendekati 13 % dari total penduduk Amerika. Jumlah lansia diperkirakan mencapai 25 % dari total penduduk pada tahun 2030 dengan usia harapan hidup wanita 78.3 tahun, pria 71.4 tahun (Stanley & Beare, 2006). Pada tahun 2010 di Jepang, usia harapan hidup wanita 86.4 tahun, laki-laki 79.6 tahun; di Hongkong, usia harapan hidup wanita 86.1 tahun,

laki-laki 81 tahun; di Perancis, usia harapan hidup 84.5 tahun untuk wanita, 81 tahun untuk pria; dan di Singapura 81.71 tahun untuk laki-laki (Voan News Com, 2011). Hal ini menggambarkan derajat kesehatan pada negara maju sudah baik.

Di Indonesia usia harapan hidup dan jumlah lanjut usia juga meningkat. Pada tahun 2006 terdapat 19 juta jiwa lansia dengan usia harapan hidup 66.2 tahun, pada tahun 2009 terdapat 19.32 juta jiwa (8.37 % dari total penduduk). Diperkirakan pada tahun 2020 jumlah lansia mencapai 29 juta jiwa dengan usia harapan hidup mencapai 71.1 tahun (Depsos RI, 2009). Peningkatan jumlah lansia dan usia harapan hidup ini merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Indonesia masih rendah pencapaian usia harapan hidup dibanding dengan negara lain, hal ini menunjukkan tingkat kesejahteraan negara Indonesia belum sebanding dengan negara lain. Dengan masih banyaknya ditemukan angka kemiskinan pada pencapaian MDGs (*Millenium Development Goals*), ini berarti ada pengaruh terhadap kemampuan masyarakat untuk makanan bergizi, mengakses dan menjangkau pelayanan kesehatan, hal ini yang menjadikan salah satu faktor rendahnya usia harapan hidup di Indonesia (Depsos, 2009).

Biro Pusat Statistik (BPS) (2010), melaporkan lanjut usia di DKI pada tahun 2009 berjumlah 693.465 jiwa (7.0% dari total penduduk). Di Jakarta Utara pada tahun 2010 jumlah lanjut usia persentasinya 297.749 jiwa (24.7% dari total penduduk). Sedangkan jumlah lanjut usia di Kecamatan Koja pada tahun 2010 yaitu 52.909 jiwa (22.7% dari total penduduk) (BPS, 2010). Dari data yang ada dapat terlihat besarnya struktur penduduk yang berusia lanjut, kondisi ini merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan dan sekaligus sebagai tantangan pembangunan apabila permasalahan lanjut usia tidak mendapatkan perhatian secara khusus. BPS (2010) menyatakan suatu wilayah disebut berstruktur tua jika presentasi

lanjut usia lebih dari 7%. Provinsi DKI belum termasuk wilayah berstruktur tua namun kecenderungan mendekati kearah tersebut sangat besar.

Seiring dengan meningkatnya proporsi lanjut usia diperlukan adanya kebijakan pemerintah terkait dengan hukum dan peraturan atau interpretasi hukum oleh pengadilan atau lembaga publik untuk memajukan kesehatan dan kesejahteraan lansia. Menurut Undang – undang no 13 tahun 1998, bahwa seseorang dapat dikatakan sebagai lanjut usia setelah yang bersangkutan berusia 60 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk kebutuhan hidupnya sehari – hari dan menerima nafkah dari orang lain. Sedangkan menurut undang – undang no 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 19, menetapkan bahwa kesehatan lanjut usia diarahkan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, dan kemampuannya agar tetap sehat dan produktif. Oleh karena itu lanjut usia perlu mendapatkan penanganan dan perlindungan untuk mempertahankan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit dan gangguan. Kebijakan pemerintah melalui Departemen Sosial adalah memberikan jaminan sosial lanjut usia, bantuan pada lanjut usia terlantar, dan pelayanan lansia berbasis masyarakat.

Kebijakan tersebut mendukung peran perawat komunitas. Perawat mempunyai peran membagi tanggung jawab dengan anggota masyarakat lain untuk mendukung tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan dan sosial masyarakat. Perawat perlu mengidentifikasi kebutuhan lansia dalam rangka mempengaruhi kebijakan pemerintah dalam hal kesehatan lansia, mengevaluasi standar praktek keperawatan gerontik, dan memberikan kualitas asuhan keperawatan yang baik bagi lansia, serta membuat perencanaan penyediaan pelayanan kesehatan yang lebih banyak dimasa yang akan datang (Stanley, & Beare. (2006).

Watson (2003) menggambarkan jumlah lansia yang semakin meningkat akan menimbulkan dampak munculnya berbagai masalah. Lanjut usia akan

mengalami penurunan fungsi tubuh akibat perubahan fisik, psikososial, kultural, spiritual. Perubahan fisik akan mempengaruhi berbagai sistem tubuh salah satunya adalah sistem kardiovaskuler. Masalah kesehatan akibat dari proses penuaan dan sering terjadi pada sistem kardiovaskuler yang merupakan proses degeneratif, diantaranya yaitu penyakit hipertensi. Penyakit hipertensi pada lansia merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan hipertensi sistolik di atas 140 mmHg dan diastoliknya menetap atau kurang dari 90mmHg yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung (Kellicker, 2010). Selain proses penuaan, hipertensi pada lansia dipengaruhi oleh gaya hidup seperti merokok, obesitas, alkohol, inaktifitas fisik dan stress psikososial serta pola makan (Anderson & Mc. Farlan, 2007).

Hasil penelitian Babatsikou dan Zavitsanov (2010) menggambarkan epidemiologi penyakit hipertensi umumnya terjadi pada lanjut usia dengan prevalensi pada rentang usia lanjut. Berdasarkan penelitian Reaven, Cannon dan Edelsteir (1991) tentang hubungan latihan fisik terhadap hipertensi, didapatkan hasil rata rata hipertensi sistolik dan diastolik menurun secara signifikan pada lansia yang mengikuti aktifitas fisik tingkat ringan, sedang, berat dari pada lansia yang sedikit beraktifitas.

Seiring dengan proses penuaan, terjadi penurunan kondisi fisik, psikologis dan sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Kondisi ini menjadikan lanjut usia sebagai populasi yang berisiko terhadap masalah fisik, psikologis dan sosial disebut sebagai populasi *at risk*. Penyakit hipertensi dapat terjadi dengan adanya faktor tradisi atau budaya yang dianut individu, keluarga dan selanjutnya dipengaruhi faktor perilaku (Villegas, et al, 2008). Kondisi ini, mengakibatkan lanjut usia rentan mendapatkan masalah kesehatan lain dan menjadi dasar bahwa lanjut usia dengan hipertensi juga termasuk kedalam populasi *vulnerable*.

Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa populasi rentan (*vulnerable*) adalah apabila seseorang atau kelompok berhadapan dengan penyakit, bahaya, atau akibat negatif. Menurut biro *United Nations Development Programme* (UNDP) 2004 (dalam Kumpulainen, 2006) kerentanan manusia adalah suatu kondisi atau proses yang dihasilkan dari faktor fisik, sosial, ekonomi, dan lingkungan yang menentukan kemungkinan dan besarnya kerugian disebabkan dari dampak resiko yang diberikan. Populasi lanjut usia dengan hipertensi merupakan kelompok yang memiliki kerentanan terjadinya peningkatan masalah kesehatan seperti penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal, serta menyebabkan tingginya angka kematian (Anderson & Mc Farlan, 2007). *Ghana health service* (2007) menyatakan bahwa jika seseorang menderita hipertensi tidak terkontrol maka dapat mengalami stroke dan menjadi hambatan yang sangat besar pada sistem kesehatan serta berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia. Oleh karena itu dibutuhkan perhatian, perawatan pada lanjut usia dengan hipertensi sebagai kelompok (*vulnerabel*).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Amerika tentang faktor psikososial dan patogenesis terjadinya penyakit kardiovaskuler pada populasi berusia lebih dari 65 tahun adalah 60 % datang kerumah sakit dengan diagnosa CVD, 85 % meninggal karena penyakit jantung dan 88 % meninggal karena stroke (Sbor, Busseli & Carroll, 2003). Sedangkan hasil penelitian Babatsikov dan Zavitsono (2010) menggambarkan kematian akibat hipertensi pada lanjut usia lebih 65 tahun di Eropa pada tahun 2002 adalah 735/100.000 dan tahun 2003 di Yunani adalah 1158 jiwa. Pada tahun 2002, prevalensi hipertensi pada populasi lansia di kawasan India yaitu sebesar 60.4 juta jiwa dan di Cina sebesar 98.5 juta jiwa (Ramitha, 2008).

Survey kesehatan rumah tangga di Indonesia pada tahun 1995 menunjukkan prevalensi hipertensi mencapai 8.3% (Lukito, 2005). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, penderita hipertensi di Indonesia pada usia 65 sampai usia 74 tahun berjumlah 22.3%, berdasarkan

diagnosa nakes berjumlah 23.1%, berdasarkan diagnosa nakes dan minum obat 63.5%. Data yang diperoleh dari Departemen Sosial Republik Indonesia tahun 2006, prevalensi lanjut usia di DKI Jakarta yang menderita hipertensi sebesar 125.135 jiwa (18% dari total penduduk lansia). Data yang diperoleh dari bagian pencatatan dan pelaporan suku dinas kesehatan Jakarta Utara tahun 2010 menunjukkan prevalensi lanjut usia hipertensi sebesar 28.898 jiwa (9.7 % dari total lansia).

Prevalensi hipertensi pada lansia di Kecamatan Koja sebesar 834 jiwa (1.6 % dari total lansia). Data dari puskesmas Kecamatan Koja, tahun 2010 jumlah lanjut usia yang menderita hipertensi sebesar 163 orang (0.3 % dari total lansia). Laporan tahunan seksi kesehatan masyarakat suku dinas kesehatan Jakarta Utara tahun 2009 menyatakan penyakit hipertensi pada lansia merupakan urutan ke tiga dari sepuluh penyakit terbanyak dengan persentase 6.9 %. Pada tahun 2010, hipertensi menjadi urutan ke dua dengan persentase 9.7%. Dari data suku dinas kesehatan yang ada menunjukkan bahwa penderita hipertensi meningkat secara signifikan dari waktu ke waktu, bila kondisi hipertensi diabaikan dapat menimbulkan masalah bagi lansia itu sendiri dan potensial menjadi beban keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa peran perawat komunitas sangat dibutuhkan dalam mengupayakan lansia sebagai populasi rentan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Praktek keperawatan komunitas meningkatkan kesehatan populasi dengan mengintegrasikan keterampilan dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat (Stanhope & Lanchaster, 2004).

Anderson dan Mc Farlane (2007), menjelaskan pemberian asuhan dan praktek keperawatan komunitas bertujuan meningkatkan kesehatan lansia penderita hipertensi meliputi tiga level pencegahan, yaitu primer, sekunder, dan tertier. Pencegahan primer adalah usaha untuk mencegah suatu penyakit

atau kondisi kesehatan yang merugikan melalui kegiatan promosi kesehatan dan tindakan perlindungan. Bentuk pencegahan primer pada lansia hipertensi meliputi program nutrisi yang sehat, perlindungan lingkungan yang sehat baik lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis untuk mengurangi resiko hipertensi. Pencegahan sekunder merupakan deteksi dini dan pengobatan terhadap kondisi kesehatan yang merugikan. Pencegahan sekunder pada lansia hipertensi dapat dilakukan melalui pengkajian, pemeriksaan fisik berikut pemeriksaan tekanan darah secara rutin, memberikan terapi penurun tekanan darah, melakukan latihan atau olah raga teratur. Pencegahan tersier yang dilakukan berupa rehabilitasi atau meningkatkan kemampuan masyarakat semaksimal mungkin seperti terapi fisik untuk penderita hipertensi yang mengalami komplikasi, pemberian obat-obatan untuk menurunkan tekanan darah, memodifikasi lingkungan rumah untuk meningkatkan keamanan lansia.

Ketrampilan dari tenaga kesehatan, perilaku sehat penderita dan dukungan keluarga dibutuhkan untuk meningkatkan kesehatan lanjut usia hipertensi dan pengendalian hipertensi. Keluarga sangat berperan penting dalam meningkatkan kesehatan keluarganya. Menurut Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), bahwa keluarga memiliki empat bentuk dukungan meliputi dukungan emosional mencakup pemberian perhatian, kasih sayang, dan empati; dukungan penghargaan berupa menghargai, keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan membantu pemecahan masalah dan merupakan sumber serta validator identitas anggota keluarga; dukungan informasional berupa saran, nasehat, keluarga berfungsi sebagai pencari dan penyebar informasi; dan dukungan instrumental berupa bantuan tenaga, dana dan waktu. Hasil penelitian Zulfitri (2006) menggambarkan lansia dengan penyakit kronis sangat membutuhkan dukungan keluarga, khususnya dukungan emosional yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk bersikap dan berperilaku sehat. Ini juga sesuai dengan hasil penelitian Costa dan Noguera (2008), lansia dengan hipertensi berhubungan erat dengan masalah

kardiovaskuler, dukungan keluarga dalam hal keuangan, kesehatan dan aspek emosional sehingga hipertensi dapat dikendalikan.

Penurunan fungsi tubuh pada lansia secara fisik, psikologis dan psikososial akan menimbulkan dampak perubahan dalam cara hidup dan perilaku sehat. Skinner (1938 dalam Notoatmodjo, 2007) mendefinisikan perilaku merupakan sesuatu yang dilakukan seseorang setelah orang tersebut mendapatkan pemicu atau rangsangan. Respon yang timbul akibat pemicu dapat berupa perilaku emosional atau respon yang diikuti stimulus dan rangsangan tertentu. Perilaku yang muncul dapat berbentuk perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima respon, namun belum dapat jelas dilihat oleh orang lain. Selain itu ada pula perilaku yang muncul dapat dilihat secara nyata dan jelas dalam bentuk praktik atau tindakan.

Zhang dan kawan-kawan (2009), menjelaskan dari prevalensi 48.1% lansia penderita hipertensi, didapatkan 75.3 % menyadari penyakit mereka, 32.1% tekanan darah lansia harus dikontrol, 48.2 % tekanan darah terkontrol. Sebagian besar pengetahuan lansia tentang hipertensi dan komplikasi cukup tinggi dibandingkan dengan pengetahuan tentang faktor risiko terjadinya hipertensi. Hasil menunjukkan bahwa penderita yang memiliki pengetahuan baik tentang komplikasi dan faktor risiko dapat meningkatkan kesadaran, minum obat teratur, kontrol tekanan darah secara rutin, dan hasil menunjukkan tekanan darah terkendali. Dari penelitian ini dapat dilihat adanya pengaruh faktor pengetahuan terhadap perubahan perilaku sehat pada penderita hipertensi.

Perilaku lansia hipertensi dapat menunjukkan perubahan bila mendapatkan suatu stimulus atau rangsangan berupa dukungan perhatian, kasih sayang, pengontrolan diit dan penghargaan dari keluarga. Kondisi ini sesuai dengan penelitian Gaugler dan kawan-kawan (2004); Mitchell dan Kemp (2000); Murphy dan kawan-kawan (2007); dalam Week (2008) bahwa keterlibatan

keluarga dapat membantu meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal di panti.

Dukungan keluarga menjadi sangat penting diberikan pada lanjut usia yang terkena hipertensi, karena pada lanjut usia yang terkena penyakit kronis cenderung menjadi lebih sensitif dan emosional, serta mengalami gangguan secara psikologis seperti, sedih, putus asa, kecewa dan depresi, hal ini akan mempengaruhi perilaku lansia dalam meningkatkan status kesehatan (Anderson, & Mc. Farlane, 2007). Siburian (2006) menjelaskan dukungan keluarga pada lanjut usia hipertensi dibutuhkan karena pengobatan atau penanganan hipertensi pada lansia yang paling aman dan efektif adalah pengobatan yang bersifat non farmakologi. Pengobatan non farmakologi berhubungan dengan pembentukan perilaku atau gaya hidup sehat, sehingga peran dan dukungan keluarga sangat berpengaruh pada terlaksananya pengendalian hipertensi.

Friedman (2002) mengemukakan bahwa keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik bagi individu, maupun keluarga. Dalam sebuah unit keluarga, setiap gangguan (penyakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu anggota keluarga atau lebih dapat mempengaruhi anggota yang lain dan juga mempengaruhi unit tersebut secara keseluruhan. Keluarga merupakan jaringan yang erat hubungannya, sebuah jaringan interdependen yang anggotanya saling mempengaruhi atau disebut *rippel effect* yaitu dampak dari tingkah laku yang dapat mengganggu dalam suatu hubungan. Menurut Pender, Murdaugh, dan Parson (2002) *family support sistem* (sistem dukungan keluarga) merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga dalam rangka mempertahankan identitas sosial anggota keluarga, memberikan dukungan emosional, bantuan materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam kontak sosial baru dengan masyarakat.

Berdasarkan penelitian Li Hong dan Tracy (1999) di Cina tentang dukungan keluarga dalam materi, perawatan kesehatan, dan aktivitas pada lanjut usia didapatkan hasil sebagian besar anggota keluarga terdekat ikut membantu orang tua dengan aktivitas hidup sehari-hari, aktivitas instrumental dan keuangan; 8% lanjut usia memiliki sumber daya keuangan mencukupi; 2/3 dari lanjut usia tidak terpenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan karena tidak memiliki sistem pelayanan kolektif akibat tingginya kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan tidak adanya dukungan dari pemerintah. Hasil penelitian Ayu (2010) menemukan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan hipertensi terkontrol. Responden yang memiliki dukungan sosial keluarga baik memiliki hipertensi sebesar 14 sampai 17 kali untuk terkontrol dibandingkan yang memiliki dukungan sosial keluarga dengan kategori kurang.

Berdasarkan wawancara dengan 20 lansia dengan hipertensi pada tanggal 15 Januari 2011 di wilayah Jakarta Utara khususnya di Kelurahan Tugu Utara Kecamatan Koja bahwa semua lansia tersebut tinggal bersama keluarga inti. Lansia mengatakan merasa kesal dan kurang diperhatikan keluarga. Lansia juga mengatakan tidak sempat melakukan aktivitas fisik, masih sulit untuk menghentikan atau mengurangi merokok, dan masih mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, asin, dan minum kopi.

Hasil wawancara dengan keluarga lansia dengan hipertensi yang ditemui peneliti didapatkan pernyataan yang berbeda dengan pernyataan lansia. Keluarga menyatakan bahwa mereka sudah berusaha memperhatikan lansia dengan cara mengingatkan aturan makanan yang berisiko terjadi hipertensi seperti menyiapkan makanan rendah lemak dan mengurangi garam, tetapi lansia berupaya untuk mendapatkan makanan yang disukainya dengan membeli di warung atau rumah makan, dengan alasan makan tidak terasa bila harus mengikuti diet rendah garam dan lemak.

Hasil wawancara dengan petugas kesehatan di Puskesmas Kecamatan Koja menggambarkan selama ini lansia dengan hipertensi yang datang berobat rata-rata tidak ditemani oleh anggota keluarga. Petugas kesehatan di Puskesmas tersebut juga tidak secara rutin mengadakan penyuluhan kesehatan tentang hipertensi.

Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara.

1.2. Rumusan Masalah

Hipertensi pada lansia dapat menimbulkan berbagai masalah meliputi fisik, psikologis, sosial maupun spiritual yang sangat berdampak terhadap kualitas hidup lansia. Perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi masih terbatas pada pengetahuan, persepsi, sikap lansia, belum sampai pada bentuk tindakan yang nyata yang dapat dilihat oleh orang lain. Selanjutnya untuk meningkatkan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi dibutuhkan dukungan tidak hanya dari tenaga kesehatan, namun keluarga sebagai dukungan terkuat bagi lansia hipertensi. Beberapa penelitian menyimpulkan dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya pembentukan dan perubahan sikap dan perilaku lansia sehari-hari. Hasil pengamatan di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara pada umumnya keluarga dengan lansia hipertensi telah menunjukkan dukungan yang positif terhadap lansia. Namun masih ditemukan lansia yang tinggal bersama dengan keluarga belum menunjukkan perilaku sehat. Dengan demikian dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara.

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara.

1.3.2 Tujuan Khusus

teridentifikasinya:

1.3.2.1 Karakteristik lansia meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan.

1.3.2.2 Dukungan keluarga (emosional, instrumental, informasi, penghargaan) dalam pengendalian hipertensi

1.3.2.3 Perilaku lansia (pengetahuan, sikap, keterampilan) dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.4 Hubungan dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.5 Hubungan dukungan informasional keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.6 Hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.7 Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.8 Hubungan usia lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.9 Hubungan pendidikan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

1.3.2.10 Hubungan pendapatan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

1.3.2.11 Hubungan jenis kelamin lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.3.2.12 Teridentifikasinya dukungan keluarga yang paling berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi setelah dikontrol oleh faktor *confounding*.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi perkembangan ilmu keperawatan komunitas

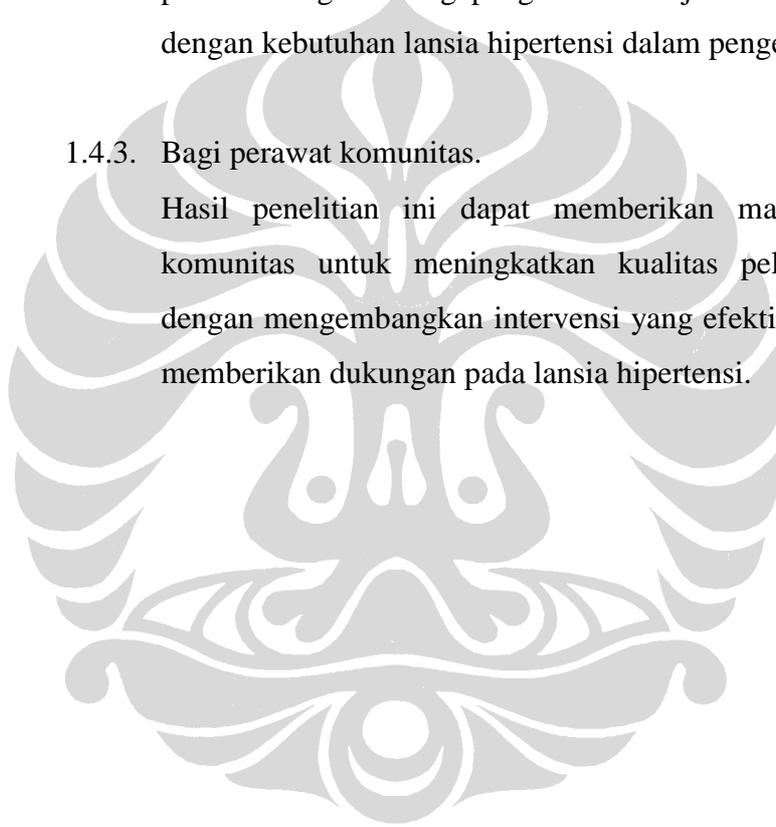
Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan komunitas tentang model dukungan keluarga pada lansia hipertensi.

1.4.2. Bagi lansia dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan jenis informasi pada keluarga tentang pengertian dan jenis dukungan yang sesuai dengan kebutuhan lansia hipertensi dalam pengendalian hipertensi.

1.4.3. Bagi perawat komunitas.

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat komunitas untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dengan mengembangkan intervensi yang efektif bagi keluarga untuk memberikan dukungan pada lansia hipertensi.



BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Pada bab ini diuraikan teori dan konsep lansia sebagai populasi *at risk* dan lansia dengan hipertensi sebagai populasi rentan, *family support*, konsep perilaku, faktor yang mempengaruhi perilaku lansia, peran perawat komunitas dalam penanganan populasi *at risk* dan *vulnerable*, model promosi kesehatan, aplikasi model promosi kesehatan.

2.1. *Population at Risk*

Echols dan Shadily (1992) mengartikan *risk* sebagai risiko. Sedangkan menurut Claudia (2005) *risk* adalah konsep dalam statistik berdasarkan peluang. Dalam lingkup keperawatan komunitas, pemahaman terhadap *risk* cenderung berfokus pada manusia dengan melihat faktor risiko terjadinya penyakit, ketidakmampuan dan rendahnya tingkat harapan hidup. Risiko adalah kemungkinan suatu peristiwa akan terjadi dalam suatu waktu tertentu (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Definisi *risk* menurut Mc. Murray (2003) adalah kemungkinan terjadinya penyakit atau cedera yang diakibatkan oleh sekelompok faktor baik dari individu, kelompok atau oleh keduanya.

Populasi *at risk* adalah masyarakat atau kelompok yang berisiko terhadap bencana, bahaya, penyakit, ketakutan dan ketidaknyamanan. Hayes (1992) mengungkapkan bahwa *population at risk* adalah populasi dari orang-orang dimana terdapat beberapa kemungkinan yang telah jelas atau telah ditentukan walaupun sedikit atau kecil akan terjadi peristiwa tertentu.

Population at risk adalah populasi yang melakukan aktifitas tertentu atau mempunyai karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi mereka untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan.

Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa beberapa faktor berkontribusi terhadap munculnya kondisi sehat atau tidak sehat. Tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki akibat yang sama. Faktor-faktor yang menentukan atau mempengaruhi apakah penyakit atau akibat lainnya yang tidak sehat akan muncul disebut dengan risiko kesehatan atau *health risk*. Ide tentang pengontrolan *health risks* merupakan inti dari pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Risiko kesehatan atau *health risk* dapat diklasifikasikan kedalam empat katagori umum (Califano, 1979; dalam Stanhope & Lancaster, 2004) yaitu: risiko biologis bawaan atau genetik (*inherited biological risk*), risiko lingkungan, risiko perilaku, risiko terkait dengan usia.

Faktor-faktor risiko tersebut dapat mempengaruhi akibat atau hasil yang ditimbulkan. Akumulasi dari risiko-risiko tersebut dapat menimbulkan efek yang merupakan kombinasi dari beberapa atau semua risiko. Efek kombinasi ini lebih besar dibandingkan efek dari masing-masing risiko tersebut bila dijumlahkan atau digabungkan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Pender (2002) mengategorikan faktor risiko kesehatan antara lain genetik, usia, karakteristik biologi, kesehatan individu, gaya hidup, lingkungan. Meskipun faktor risiko hanya satu tetapi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Beberapa risiko akan menimbulkan beberapa efek yang akan melebihi kemampuan individu, misalnya riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular, ini adalah risiko tunggal (satu) yang didapatkan oleh perokok, yaitu risiko dari perilaku.

Risiko kesehatan menurut Stanhope dan Lancaster, (2004) adalah :

2.1.1 *Biologic risk*

Risiko biologi merupakan faktor genetik atau kondisi-kondisi fisik tertentu yang berpeluang untuk terjadinya risiko kesehatan. Risiko biologis adalah faktor yang berkontribusi terjadinya risiko penyakit yaitu faktor genetik atau fisik. Beberapa dasar penyakit dari

genetika atau dari gaya hidup seseorang, faktor inilah yang berkontribusi pada faktor risiko biologi, misalnya penyakit kardiovaskuler dalam keluarga yang berpengaruh dalam gaya hidup keluarga. Akibat proses menua lansia akan mengalami penurunan fisik, mental, sosial, psikologis dan ekonomi. Secara umum kemunduran kemampuan fungsi tubuh akan terjadi secara terus menerus setelah berumur 30 tahun.

Konsekuensi dari proses menua yang terjadi akan menimbulkan berbagai masalah pada seluruh sistem tubuh lansia yang pada akhirnya sangat mempengaruhi kualitas hidup lansia secara keseluruhan. Faktor tersebut menjadikan kelompok ini sebagai kelompok yang sangat berisiko mengalami berbagai masalah kesehatan akibat faktor alamiah dari proses menua maupun faktor lain yang memperberat kondisi fisiologis lansia. Perubahan-perubahan fisik seperti perubahan pada sistem kardiovaskuler akan mengakibatkan terjadinya hipertensi.

Hipertensi lebih banyak terjadi pada lansia hal ini disebabkan karena proses penuaan dimana terjadi perubahan sistem kardiovaskuler baik secara struktural maupun fisiologi. Katup jantung mitral dan aorta mengalami sklerosis dan penebalan, miokard menjadi kaku dan lambat dalam kontraktilitas, elastisitas dinding aorta menurun, elastisitas dinding pembuluh darah berkurang, kemampuan memompa jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi hipertensi. Peningkatan tekanan darah yang disebabkan kekakuan dinding pembuluh darah lebih tinggi kejadiannya pada usia diatas 50 tahun (Stockslager & Schaeffer, 2007).

Kannel (2003) mengatakan keadaan hipertensi lansia akibat kekakuan disebut dengan istilah ISH (*Isolated systolic hypertension*), yang mana kondisi ini dialami sebagian besar lanjut

usia baik laki-laki maupun perempuan diatas usia 55 tahun sekitar 65%. ISH dipengaruhi beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, ras, sosial ekonomi, geografi dan kondisi saat pengukuran tekanan darah. Selain hipertensi tipe ISH, pada lanjut usia dapat juga terjadi tipe hipertensi diastoli dan tipe hipertensi sistolik, namun prevalensi kecil.

2.1.2 Social risk

Faktor yang dipengaruhi oleh kehidupan dan berkontribusi menyebabkan stressor pada lansia misalnya kehidupan yang tidak teratur, tingkat kriminal yang tinggi, lingkungan yang terkontaminasi oleh populasi udara, kebisingan, dan zat kimia. Komunitas tanpa kegiatan rekreasi dan sumber kesehatan yang adekuat serta tingginya stress lingkungan (diskriminasi, ras, kultural) berkontribusi untuk terjadinya masalah. Kondisi stressor pada lansia dapat menimbulkan meningkatnya kecepatan denyut jantung dan sirkulasi darah sehingga meningkatkan tekanan darah (Black & Hawks, 2009).

2.1.3. Economic risk

Tidak seimbangnya antara kebutuhan dengan penghasilan dapat menyebabkan kemiskinan, hal ini merupakan resiko untuk timbulnya masalah kesehatan. Risiko ekonomi merupakan cerminan hubungan antara sumber keuangan dan kebutuhan. Apabila sumber keuangan lansia adekuat berarti mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan yang meliputi: tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan, perawatan kesehatan/penyakit. Lansia mengalami pengurangan penghasilan karena pensiun, sehingga lansia berisiko dalam hal ekonomi dan mempengaruhi kesehatan.

2.1.4. *Life style risk*

Kebiasaan atau gaya hidup yang dapat berdampak terjadinya risiko termasuk keyakinan terhadap kesehatan, kebiasaan sehat, persepsi sehat, pengaturan pola tidur, rencana aktivitas keluarga dan norma tentang perilaku yang berisiko. Lansia yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat seperti kurang beraktivitas, pola diet yang tidak sehat, merokok, mengonsumsi alkohol sehingga lansia tersebut berisiko untuk mengalami gangguan kesehatan seperti terjadinya hipertensi. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian Villegas dan kawan-kawan (2008) yang menemukan bahwa faktor risiko hipertensi dipengaruhi oleh faktor perilaku seperti diet dan gaya hidup.

2.1.5. *Life event risk*

Kejadian dalam kehidupan yang dapat berisiko terjadinya masalah kesehatan, seperti bertambah atau berkurangnya anggota keluarga, kelahiran, adopsi, atau kematian dan anggota keluarga yang keluar meninggalkan rumah (pendidikan, bekerja, menikah). Perubahan atau pergerakan dari satu tahap ketahap kondisi yang lain disebut sebagai masa transisi, membutuhkan rentang waktu yang berpotensi risiko bagi lansia. Masa transisi menggambarkan situasi yang baru dan menentukan kebutuhan bagi lansia. Masa transisi ini juga dapat menimbulkan stressor bagi lansia yang akan mempengaruhi kesehatan lansia. Pengalaman ini menimbulkan perubahan perilaku, pembentukan jadwal dan pola komunikasi, belajar menggunakan sumber-sumber baru atau keputusan baru, pemulihan peran dan pembelajaran ketrampilan baru.

2.2. Populasi Lansia Hipertensi sebagai Populasi *Vulnerable*

Pender, Murdaugh, dan Parsons (2002), mendefinisikan populasi *vulnerable* (rentan) sebagai kelompok individu yang berisiko lebih besar terhadap kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis atau sosial. Populasi rentan

lebih mudah mengalami masalah-masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh riwayat kesehatan sebelumnya dan sumber- sumber dukungan yang dimiliki. Maurer dan Smith (2005) menyatakan bahwa populasi rentan merupakan kelompok yang lebih mudah mengalami masalah kesehatan dan lebih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan. Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa rentan (*vulnerable*) adalah jika seseorang atau kelompok berhadapan dengan penyakit, bahaya, atau akibat negatif. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk.

Flaskerud dan Winslow (1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) menyatakan bahwa kerentanan berasal dari kombinasi dari beberapa efek yaitu terbatasnya sumber-sumber, tingkat kesehatan yang tidak baik dan tingginya faktor risiko. Kerentanan dapat terjadi karena interaksi antara keterbatasan fisik dan sumber-sumber di lingkungan dan keterbatasan sumber manusia dalam hal pendapatan dan tingkat pendidikan (Aday, 2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Kemiskinan, keterbatasan dukungan sosial dan bekerja pada lingkungan kerja yang membahayakan merupakan contoh dari sumber fisik dan sumber lingkungan. Perubahan status kesehatan yang normal merupakan predisposisi terjadinya kerentanan pada seseorang, hal ini dapat diakibatkan dari proses penyakit seperti penyakit kronik. Seseorang dengan penyakit kronik sering lebih rentan karena terjadinya perubahan fisiologis, keterbatasan status fungsional dan kehilangan kemandirian. Berdasarkan dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa populasi rentan adalah kelompok yang berisiko lebih besar terhadap terjadinya masalah kesehatan dibandingkan dengan populasi lain akibat dari kondisi atau gangguan kesehatan sebelumnya atau bahaya yang ada baik internal atau eksternal.

Kerentanan yang terjadi pada lansia hipertensi dapat merupakan kombinasi dari faktor individu dan lingkungan lansia, buruknya kesehatan, tingginya faktor risiko dan kurangnya dukungan yang ada. Stockslager dan Schaeffer (2007) mendefinisikan hipertensi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah diastolik atau sistolik yang terjadi secara intermiten atau menetap dengan tekanan darah serial 150//95 mmHg. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Meiner (2011), mengemukakan hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 sampai 159 mmHg, dengan diastolik lebih dari 90 sampai 99 mmHg. Hipertensi disebut *silent killer* karena banyak populasi lansia tidak menyadari hal ini sehingga lansia hipertensi tidak peduli dengan pemeliharaan kesehatan. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan komplikasi yang lebih berat.

Berdasarkan hasil penelitian ternyata bahwa hipertensi pada lanjut usia merupakan salah satu resiko yang paling penting untuk terjadinya komplikasi berupa penyakit jantung, pembuluh darah, stroke dan ginjal (Babatsikov & Zavitsanov, 2010). Hal ini didukung juga oleh penelitian Framingham dalam Babatsikov dan Zavitsanov (2010), diperkirakan bahwa penderita hipertensi berpeluang 2 sampai 3 kali lebih tinggi untuk mengalami penyakit jantung koroner (angina pektoris, infark miokard, kematian mendadak) dibanding orang yang memiliki tekanan darah normal.

Masyarakat berpendapat bahwa hipertensi pada lansia tidak perlu selalu diobati, bahkan akan berbahaya jika tekanan darah diturunkan. Padahal lansia perlu mengetahui atau memiliki kemampuan dalam mendeteksi terhadap tanda dan gejala penyakit dan menjalani pengobatan yang teratur. Tanda gejala yang dapat dideteksi antara lain: nyeri kepala dan tengkuk, dada berdebar-debar dan tekanan darah sistole lebih lebih dari 160 mmHg serta diastole lebih dari 95 mmHg (batasan menurut WHO dalam Bustam, 2007).

2.3 Perilaku

Perilaku merupakan semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Skinner (1938 dalam Notoatmodjo, 2007) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Teori Skinner ini dikenal dengan teori S-O-R atau Stimulus-Organisme-Respon.

Skinner membedakan adanya dua respon, yaitu:

2.3.1. *Respondent respons* atau *reflexive*

Respondent respons adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. *Respondent respon* juga mencakup perilaku emosional.

2.3.2. *Operant respons*

Operant respon adalah respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsangan tertentu. Perangsangan ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Skinner, 1938 dalam Notoatmodjo, 2007) yaitu:

2.3.2.1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2.3.2.2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah dapat jelas, dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah diamati atau dilihat orang lain.

Sementara itu Bloom (1908 dalam Notoatmojo, 2007) membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain, meliputi domain pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan tersebut dapat terjadi melalui pancaindra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Penelitian Rogers (1974 dalam Notoatmodjo, 2007) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu *awareness* (adalah kesadaran, dimana seseorang menyadari atau mengetahui adanya stimulus/obyek terlebih dahulu; kemudian, *interest* (adalah orang mulai tertarik kepada stimulus tersebut) dilanjutkan dengan *evaluasi* (dimana seseorang menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya); *trial* (adalah orang yang telah mulai mencoba perilaku yang baru); dan diakhiri dengan *adoption* (dimana subyek telah berperilaku yang baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus). Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan yang harus dimiliki oleh seseorang meliputi: (a) Pengetahuan tentang penyakit menular atau tidak menular (jenis penyakit dan tandanya, gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani secara sementara). (b) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang berkaitan dan atau mempengaruhi kesehatan antara lain lingkungan dan sarana penunjang. (c) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional. (d) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

Sikap (*attitude*) merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsir terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu, yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Praktik dan tindakan merupakan suatu sikap pembuktian secara langsung diwujudkan dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan hal tersebut diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas, dukungan keluarga dan sosial. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan, yaitu: persepsi (merupakan proses mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil); respon terpimpin (dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh); mekanisme (apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu tersebut sudah merupakan kebiasaan); dan adopsi (adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Tindakan tersebut sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Perilaku merupakan bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme.

Dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain.

Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2007) menjabarkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat sebagai berikut: (a) Faktor predisposisi (*disposing faktor*) merupakan faktor faktor yang mempermudah dan mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan lain sebagainya. (b) Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku dan tindakan. Yang dimaksud dengan faktor kemungkinan adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan. (c) Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Hal ini terkait dengan kepatuhan penderita menjalani pengobatan atau pengendalian masalah kesehatannya. Sumber dari faktor penguat dapat berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga atau pimpinan. Faktor penguat bisa positif dan negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan.

Lansia dengan hipertensi akan memiliki perilaku pengendalian tekanan darah bila ditunjang pengetahuan yang baik tentang hipertensi (tanda gejala, komplikasi, pencegahan dan perawatan), fasilitas pelayanan kesehatan yang terjangkau, dukungan yang adekuat dari keluarga, teman, lingkungan dan juga memiliki sikap serta keterampilan pengendalian hipertensi. Perilaku lansia berbeda dengan perilaku generasi muda. Perilaku lansia sering mempertahankan sikap yang kuat dan tidak terlalu takut dengan realitas kematian (Watson, 2003). Hal ini menimbulkan sikap acuh, putus asa, pasrah terutama pada lansia yang mengalami penyakit kronis. Sikap seperti ini menyebabkan timbulnya ketidakpatuhan lansia dalam menjaga dan mengontrol kesehatannya. *World Health Organization* (WHO) (2003)

mendefinisikan kepatuhan adalah sebagai “tingkat dimana penderita mengikuti instruksi pengobatan”.

Istilah pengobatan dirasakan tidak efisien dalam menggambarkan jarak intervensi yang digunakan untuk menangani penyakit kronis. Selanjutnya istilah “instruksi” memberikan makna bahwa penderita itu pasif, menyetujui secara diam-diam nasehat ahli yang berlawanan dengan bentuk kerjasama aktif dalam suatu proses pengobatan. Kepatuhan terhadap setiap regimen pengobatan merefleksikan perilaku dari satu hal atau hal lainnya seperti mencari pengobatan medis, memperoleh pengobatan yang tepat, menghadiri jadwal pemeriksaan, dan memodifikasi perilaku yang mengarah pada kebersihan pribadi, menjaga diri dari hipertensi, asma atau diabetes, merokok, berisiko, diet tidak sehat dan kurangnya aktifitas fisik.

Sacket (1978 dalam WHO, 2003), menyimpulkan kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan seperti diet, kebiasaan hidup sehat, dan ketepatan berobat. Haynes dan Rand (1993 dalam WHO, 2003), mendefinisikan kepatuhan merupakan pengembangan perilaku seseorang memperoleh pengobatan, mengikuti anjuran diet, dan/atau perubahan gaya hidup, berespon terhadap rekomendasi yang disetujui oleh pemberi pelayanan kesehatan. Penekanan yang kuat ditempatkan pada kebutuhan untuk membedakan kepatuhan dari pemenuhan. Perbedaan utama adalah bahwa kepatuhan membutuhkan persetujuan penderita terhadap rekomendasi. Kita percaya bahwa penderita seharusnya menjadi rekan yang aktif dengan petugas kesehatan dalam perawatan dirinya dan komunikasi yang baik antara penderita dan petugas kesehatan adalah sebuah keharusan untuk praktik klinik yang efektif.

Kepatuhan dipengaruhi beberapa faktor antara lain faktor sosial ekonomi, usia, tim kesehatan. Faktor social ekonomi seperti kemiskinan, buta huruf, tingkat pendidikan rendah, pengangguran, kurangnya dukungan jaringan social yang efektif, suatu kondisi hidup yang tidak stabil, biaya pengobatan

tinggi, perubahan keyakinan lingkungan dan budaya terhadap suatu penyakit, disfungsi keluarga akan mempengaruhi kepatuhan seseorang. Faktor usia dipengaruhi karakteristik dan tahap perkembangan. Pada lanjut usia terjadi gangguan kognitif dan fungsional meningkatkan resiko ketidakpatuhan. Peran tim tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi kepatuhan penderita. Kurangnya pelayanan kesehatan karena penggantian /asuransi yang tidak memadai, system distribusi obat yang kurang baik, kurangnya pengelolaan pada kasus pentakit kronis, kurangnya insentif tenaga kesehatan, kurangnya umpan balik kinerja, waktu konsultasi pendek, sistem pendidikan kesehatan terhadap penderita lemah, ketidakmampuan membangun dukungan dengan masyarakat, hal tersebut merupakan faktor pendukung terjadinya ketidakpatuhan.

Pengukuran merupakan suatu pertanyaan yang ditunjukkan kepada pemberi pelayanan dan penderita terhadap subyektivitas dari tingkat kepatuhan mereka. Penderita yang mengungkapkan bahwa mereka tidak mengikuti saran pengobatan cenderung menggambarkan perilaku mereka secara akurat, sedangkan penderita yang menyangkal kegagalan mereka dalam mengikuti rekomendasi melaporkan perilaku yang tidak akurat. Pengukuran kepatuhan dengan kuisisioner menilai perilaku yang berhubungan dengan kepatuhan lansia dalam pengendalian hipertensi, misal kuesioner frekuensi makan untuk mengukur perilaku makan dan memperbaiki hipertensi (Anonim, 2003).

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lansia

Beberapa faktor yang berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi dapat teridentifikasi, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan.

2.3.3.1 Usia.

Faktor usia dipengaruhi karakteristik dan tahap perkembangan. Pada lanjut usia terjadi penurunan fungsi berbagai sistem

tubuh dan gangguan kognitif sehingga meningkatkan resiko terjadinya masalah hipertensi dan ketidak patuhan dalam pengendalian hipertensi. Hal ini disebabkan karena proses menua sejalan dengan penambahan usia. Menurut Lai,et.al (2001) bahwa hasil penelitian di Taiwan didapatkan 53.09% lansia pria menderita hipertensi, 56.06 % lansia wanita menderita hipertensi dengan rata- rata usia 67.8 – 78.4 tahun.

2.3.3.2 Jenis kelamin

Jenis kelamin yang paling mempengaruhi perilaku pengendalian hipertensi adalah jenis kelamin wanita yang memiliki risiko lebih besar untuk menderita hipertensi dibandingkan laki - laki.

2.3.3.3 Pendidikan

Pendidikan berkaitan dengan kemampuan kognitif seseorang, pendidikan diperoleh melalui aktifitas belajar. Pendidikan lansia sangat menunjang dalam perilaku sehat seperti perilaku pengendalian hipertensi. Lansia yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mudah mengadopsi perilaku sehat dalam dirinya dibandingkan dengan lansia dengan pendidikan rendah. Pendidikan merupakan salah satu faktor penyebab kepatuhan lansia. WHO (2003) mengatakan pendidikan rendah berisiko untuk ketidak patuhan lansia dalam mengontrol kesehatannya. Posted (2010), mengungkapkan hasil penelitian terhadap kelompok lansia pendidikan tinggi dan pendidikan rendah dalam pemberian pendidikan kesehatan tentang gizi pada hipertensi, didapatkan hasil lebih efektif pada lansia yang memiliki pendidikan lebih tinggi dibandingkan lansia yang memiliki pendidikan rendah.

2.4. Dukungan Keluarga Bagi Lanjut Usia

Friedman (2003) menyatakan keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional, yang masing-masing mempunyai peran didalamnya. Duvall dan Logan (1986, dalam Fridman, 2003), mengatan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang hidup dalam satu rumah tangga karena ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi, yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Dari pengertian ini dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem. Sebagai suatu sistem, keluarga mempunyai anggota, yaitu ayah, ibu, anak, kakek, nenek, atau semua individu yang tinggal didalam rumah tersebut yang saling berinteraksi, interelasi, dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama.

Keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan kesediaan belajar lansia penderita hipertensi. Keluarga merupakan orang yang paling dekat dan tempat yang paling aman dan nyaman bagi lanjut usia dalam menghabiskan sisa hidupnya. Keluarga dapat meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia untuk berperilaku sehat, yaitu dengan menjaga dan memperhatikan kesehatannya, serta dapat merasakan pentingnya kesehatan diusia lanjut (Watson, 2003).

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang, empati), dukungan penghargaan (menghargai, umpan balik), dukungan informasional (saran, nasehat, informasi), maupun dalam bentuk dukungan instrumental (bantuan tenaga, dana, dan waktu). Menurut Pender, Murdaugh, dan Parson (2002) *family support system* (sistem dukungan keluarga) merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga dalam rangka mempertahankan identitas sosial anggota keluarga, memberikan dukungan emosional, bantuan materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga

dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan beberapa bentuk atau jenis dukungan keluarga yang sangat dibutuhkan oleh lanjut usia dalam upaya meningkatkan status kesehatannya, diantaranya adalah:

2.4.1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap emosi, diantaranya menjaga hubungan emosional. Tujuan dukungan emosional adalah koping efektif pada klien dan keluarga. Dukungan emosional dapat diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, perhatian, simpati dan perasaan positif lainnya (Kaakinen et al., 2010). Raglin (2001, dalam Boomar, 2004) menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga mempengaruhi terhadap status alam perasaan dan motivasi diri dalam mengikuti program terapi.

2.4.2. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada lanjut usia dengan menunjukkan respons positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan/ ide atau perasaan seseorang (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2003), dukungan penghargaan keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap lanjut usia yang dapat meningkatkan status psikososial pada lanjut usia. Melalui dukungan penghargaan dari keluarga ini, lanjut usia akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian.

2.4.3. Dukungan Informasi

Dukungan informasi keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan lanjut usia

dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2003), dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap lansia, merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan yang telah diterapkan keluarga terhadap lansia. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas yang tinggi. Bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap lansia, diantaranya adalah memperkenalkan kepada lansia tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada lansia agar lansia termotivasi menjaga dan mengontrol kesehatannya (Friedman, 2003).

Pada lanjut usia diketahui sering atau cenderung mengalami masalah kemunduran kognitif (mudah lupa) sampai kepada masalah *demensia* (pikun). Selain itu, diketahui juga bahwa penurunan kesehatan akibat penyakit kronis (hipertensi), merupakan salah satu penyebab terjadinya berbagai gangguan psikososial pada lanjut usia, seperti: depresi, harga diri rendah, dan cenderung masuk pada tahap menerima realita kematian (Nugroho, 2000; Watson, 2003). Sehingga, keadaan ini dapat mengakibatkan munculnya rasa pesimis, putus asa, bahkan pasrah terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya. Dengan demikian, penting sekali upaya atau bantuan informasi (saran, nasehat, dan pemberian informasi penting) bagi lanjut usia untuk meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia agar dapat selalu meningkatkan status kesehatannya secara optimal.

2.4.4. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan lanjut usia dalam menyampaikan perasaannya

(Bomar, 2004). Menurut Friedman (2003), dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga (lansia) untuk memeriksakan kesehatannya (Friedman, 2003). Menurut Watson (2003), salah satu sifat pada lanjut usia yang telah diidentifikasi berhubungan erat dengan *geriatric* (lanjut usia), adalah terjadinya penurunan kemandirian sehingga membutuhkan bantuan orang lain yang berkaitan erat dengan perawatannya.

Lanjut usia cenderung mengalami gangguan psikososial yang disebabkan oleh penurunan status kesehatan akibat penyakit akut dan kronis, pensiun atau kehilangan jabatan atau pekerjaan, kehilangan teman/kenalan atau relasi (Nugroho, 2000). Dari hasil penelitian Tjakrawiralaksana (2003), dengan metode kualitatif terhadap 3 responden (anak/anggota keluarga), didapatkan data bahwa ketiga responden telah memberikan dukungan yang positif terhadap lansia, mereka merasa telah memusatkan perhatian kepada lansia dan telah mengorbankan waktu mereka untuk menjaga dan memenuhi kebutuhan lansia. Dengan demikian, diketahui bahwa pada umumnya anggota keluarga telah memberikan dukungan yang positif terhadap lansia baik dalam bentuk dukungan tenaga, dana, maupun waktu, dan telah mampu menerima kondisi apapun yang terjadi pada lansia.

2.5. Peran perawat Komunitas

Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan populasi lansia hipertensi di komunitas dapat dilakukan melalui tindakan pencegahan. Tindakan pencegahan tersebut dapat berupa prevensi primer, sekunder, dan tersier (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

2.5.1. Prevensi Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah timbulnya penyakit pada orang sehat (Pender, 2002).

Pencegahan primer meliputi promosi kesehatan dan proteksi kesehatan. Pencegahan primer merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit, ketidakmampuan, dan cedera. Pencegahan primer merupakan upaya memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko sebelum dimulainya perubahan patologis. Pencegahan primer yang dilakukan pada lansia hipertensi dan keluarga berupa penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada pembentukan gaya hidup sehat (seperti diet rendah garam, rendah lemak, latihan, tidur, rekreasi, relaksasi, olah raga, tidak menggunakan alkohol, tembakau), menerapkan perilaku yang sehat, dan pembentukan lingkungan sosial yang sehat (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Kel

2.5.2. Prevensi Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan pada fase penyakit asimtomatis, tepatnya pada tahap preklinis terhadap timbulnya gejala-gejala penyakit secara klinis melalui deteksi dini. (*Public Health Online*, 2011). Pencegahan sekunder adalah aktivitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan treatment. Fokus pencegahan ini adalah dengan melakukan skrining untuk mendeteksi penyakit pada fase awal. Perawat dapat melakukan pencegahan sekunder dengan mengobservasi individu atau kelompok yang termasuk ke dalam populasi vulnerabel serta mengidentifikasi faktor risikonya (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Pencegahan sekunder yaitu kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya perubahan derajat kesehatan masyarakat dan ditemukan masalah kesehatan. Pencegahan sekunder ini menekankan pada diagnosa dini dan tindakan untuk menghambat proses penyakit. Pencegahan sekunder yang dilakukan pada lansia dengan hipertensi adalah mengkaji tanda dan gejala penyakit hipertensi seperti: peningkatan tekanan darah, nyeri pada tengkuk, pusing, susah tidur.

Disamping melakukan pengkajian, juga diberikan terapi penurunan tekanan darah, melakukan olah raga secara teratur. Keluarga berperan sebagai pendamping dalam melaksanakan manajemen terapi hipertensi di rumah (seperti mengatur pola makan, istirahat dan tidur, latihan fisik).

2.5.3. Prevensi Tersier

Pencegahan tersier adalah upaya pencegahan progresi penyakit kearah berbagai penyakit yang lebih buruk, dengan tujuan memperbaiki kualitas hidup penderita. Pencegahan tersier merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit tidak bertambah parah (kronis) dan tidak menimbulkan ketidakmampuan pada individu. Pencegahan tersier yang dilakukan perawat pada lansia hipertensi dengan melakukan rehabilitasi kepada individu yang meliputi rehabilitasi fisik, psikis, dan spiritual (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Menurut Library Index (2008), pencegahan tersier pada hipertensi adalah mencegah terjadinya kerusakan jaringan dan organ, mengurangi disfungsi dan keparahan akibat penyakit, mengurangi komplikasi penyakit, mencegah serangan ulang penyakit, dengan cara menurunkan tekanan darah, menurunkan berbagai lemak dan kolesterol untuk mengurangi komplikasi kardiovaskuler seperti penyakit jantung dan stroke. Keluarga dan masyarakat dapat memberikan support secara fisik, psikis, dan spiritual melalui perawatan sehari – hari dan kegiatan sosial maupun spiritual untuk meminimalkan stress serta menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna mengontrol tekanan darah secara rutin.

Perawat professional mempunyai tugas dan tanggung jawab terhadap perubahan yang terjadi dalam masyarakat secara umum dan secara khusus pada kesehatan dalam praktek keperawatan komunitas. Perawat komunitas dalam melakukan praktek keperawatan

menggunakan proses yang sistematis (Hitchok, Schuber & Thomas, 1999). Model pendekatan keperawatan komunitas yang paling komprehensif dengan proses pemberdayaan masyarakat adalah promosi kesehatan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

2.6. Model Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Pusat Promkes Depkes). Model perilaku promosi kesehatan menekankan perilaku individu yang terdahulu yang telah menjadi kebiasaan. Pada tahun 1975, Pender memperkenalkan model konseptual kesehatan preventif dalam keperawatan yang dikenal dengan promosi kesehatan. Filosofi dasar model Pender adalah bagaimana individu membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka sendiri dalam konteks keperawatan. Model ini mengidentifikasi faktor-faktor yang ditemukan dalam pengambilan keputusan dan tindakan-tindakan yang diperlukan individu dalam pencegahan penyakit (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Model *health promotion* dikembangkan untuk melengkapi model *health-protecting*. Model ini menerangkan kemungkinan pola gaya hidup sehat atau perilaku *health-promoting*. Tiga kategori besar yang menentukan *health-promoting behavior* yaitu (1) *Cognitive-perceptual factor*; (2) *Modifying factors*; dan (3) *Variabel affecting the likelihood of action* (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Cognitive perceptual factor meliputi definisi sehat, pentingnya sehat, perasaan status sehat, perasaan kontrol kesehatan, perasaan *self efficacy*, perasaan keuntungan berperilaku *health promoting* dan perasaan rintangan untuk berperilaku *health promoting*. *Modifying factors* meliputi faktor demografi (umur, gender, ras, etnik, pendidikan dan *income*), karakteristik biologi (berat badan, lemak tubuh dan tinggi badan), pengaruh interpersonal (pola keluarga, pemeriksakan kesehatan, interaksi dengan

professional kesehatan, dan harapan-harapan penting lainnya), faktor situasi/lingkungan (mengakses pelayanan kesehatan), dan faktor perilaku (kemampuan kognitif dan psikomotor yang dibutuhkan untuk berperilaku sehat); *Variables affecting the likelihood of action* tergantung pada keadaan eksternal dan internal

Pender (2002), mengarahkan penggunaan promosi kesehatan pada berbagai tingkatan dan keadaan. Promosi kesehatan seringkali ditujukan pada individu, menyarankan intervensi langsung ditujukan pada keluarga dan komunitas dan akan lebih sukses dalam menggambarkan lingkup kesehatan. Promosi kesehatan digunakan pada berbagai keadaan, meliputi sekolah, tempat kerja, rumah tangga, dan pusat manajemen keperawatan komunitas. Pada pengertian luas, promosi kesehatan dapat dilakukan pada institusi pendidikan, keluarga, komunitas, lingkungan, dan kesehatan masyarakat.

2.6.1 Pengertian dan Komponen Teori Model Promosi Kesehatan

Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini mengintegrasikan bangunan dari teori nilai harapan (*Expectancy-Value*) dan teori kognitif sosial (*Social Cognitive Theory*) dimana dalam perspektif keperawatan, manusia dilihat sebagai fungsi yang holistik (Tomey & Aligood, 2006). Adapun elemen dari teori ini adalah:

a) Teori Nilai Harapan (*Expectancy-Value*)

Teori ini mengemukakan, perilaku adalah rasional dan ekonomis. Seseorang akan melakukan tindakan dan tetap akan melakukannya jika, 1) hasil tindakan yang diambil adalah nilai positif bagi dirinya dan, 2) berdasarkan informasi yang tersedia, pengambilan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan.

b) Teori Kognitif Sosial

Teori ini menjelaskan model interaksi penyebab yaitu lingkungan, faktor manusia dan perilaku yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada: pengarahan diri (*self direction*), pengaturan diri (*self regulation*) dan persepsi terhadap kemajuan diri (*self efficacy*).

Teori ini mengemukakan bahwa manusia memiliki kemampuan dasar simbolisasi yaitu proses dan transformasi pengalaman sebagai petunjuk untuk tindakan yang akan datang, mengantisipasi kejadian yang akan muncul dan merencanakan tindakan untuk mencapai tujuan yang bermutu. Proses tersebut terjadi melalui tahapan:

- 1) Belajar dari pengalaman orang lain, menetapkan peraturan untuk generasi dan mengatur perilaku melalui observasi tanpa perlu melakukan trial dan error
- 2) Pengaturan diri menggunakan standar internal dan reaksi evaluasi diri untuk memotivasi dan mengatur perilaku, dan mengatur lingkungan eksternal untuk menciptakan motivasi dalam bertindak.
- 3) Refleksi diri, berpikir tentang proses pikir seseorang dan secara aktif memodifikasinya.

Menurut teori ini kepercayaan diri dibentuk melalui observasi dan refleksi diri. Kepercayaan diri terdiri dari pengenalan diri (*self atribut*), evaluasi diri (*self evaluation*) dan kemajuan diri (*self efficacy*). Kemajuan diri adalah kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu. Ini berkembang melalui pengalaman, belajar dari pengalaman orang lain, persuasi verbal dan respons badaniah terhadap situasi tertentu. Taksiran yang tinggi (*Overestimate*) dari kompetensi dapat mengakibatkan kegagalan demikian sebaliknya penaksiran yang rendah

(*underestimate*) mengakibatkan kurangnya tantangan pertumbuhan. Kemajuan diri merupakan fungsi dari kemampuan (*capability*) yang membentuk kompetensi dan kepercayaan diri. Kemajuan diri adalah konsep pokok dari *Health Promotion Model* (HPM).

Pada model promosi kesehatan terlihat 3 variabel yaitu : 1) sikap yang berhubungan dengan aktivitas, 2) komitmen pada rencana tindakan dan 3) adanya kebutuhan yang mendesak. Variabel dari *health promotion model* dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Karakteristik Individu dan Pengalaman Individu

Setiap manusia mempunyai karakteristik yang unik dan pengalaman yang dapat mempengaruhi tindakannya. Karakteristik individu atau aspek pengalaman dahulu lebih fleksibel sebagai variabel karena lebih relevan pada perilaku kesehatan utama.

1) Perilaku sebelumnya

Perilaku terdahulu mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada perilaku promosi kesehatan yang dipilih, membentuk suatu efek langsung menjadi kebiasaan perilaku. Kebiasaan muncul pada setiap perilaku dan menjadi suatu pengulangan perilaku. Sesuai dengan teori sosial kognitif, perilaku dahulu mempunyai pengaruh tidak langsung pada perilaku promosi kesehatan melalui persepsi terhadap *self efficacy*, keuntungan, rintangan dan pengaruh aktifitas. Keuntungan dari pengalaman dari perilaku yang diambil disebut sebagai hasil yang diharapkan. Jika hasilnya memuaskan maka akan menjadi pengulangan perilaku dan jika gagal menjadi pelajaran untuk masa depan. Setiap insiden perilaku juga disertai oleh emosi atau pengaruh sikap positif atau negatif sebelum, selama dan sesudah perilaku dilakukan menjadi pengalaman untuk selanjutnya.

Perawat membantu klien dengan melihat riwayat perilaku positif dengan berfokus pada pemanfaatan perilaku, mengajar klien bagaimana bertindak dan menimbulkan potensi dan sikap yang positif melalui pengalaman yang sukses dan *feed back* positif.

2) Faktor personal

Faktor personal merupakan karakteristik yang dimiliki individu terkait dalam usaha untuk pengambilan keputusan masalah kesehatan. Individu merupakan makhluk yang holistik yang terdiri dari bio, psiko, sosio, dan spiritual. Faktor personal yang termasuk didalamnya yaitu, biologi: usia, body mass indeks, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, ketangkasan atau keseimbangan; psikologi: *self esteem*, motivasi diri dan status kesehatan; dan sosiokultural: suku, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosio ekonomi.

b) Perilaku Kognitif Spesifik dan Sikap

1) Manfaat tindakan

Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan secara tidak langsung menentukan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat menjadi gambaran mental positif atau *reinforcement* positif bagi perilaku. Menurut teori nilai, ekspektasi motivasi penting untuk mewujudkan hasil seseorang dari pengalaman dahulu melalui pelajaran observasi dari orang lain dalam perilaku. Individu cenderung untuk menghabiskan waktu dalam beraktifitas untuk mendapat hasil yang positif. Keuntungan dari perilaku ini bertambahnya kesadaran berupa interaksi positif.

2) Hambatan tindakan

Pengambilan keputusan untuk menerapkan perilaku baru tidak lepas dari faktor-faktor yang menghambat, misalnya: keterbatasan individu dalam pengetahuan, dana waktu, sukar melupaka suatu kegiatan utama. Hilangnya kepuasan dari perilaku tidak sehat seperti merokok, makan tinggi lemak juga disebut rintangan. Biasanya muncul motif-motif yang dihindari/dibatasi dalam hubungan dengan perilaku yang diambil.

3) *Self efficacy*

Bandura dalam Pender (2002), kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya keterampilan yang dimiliki seseorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari keterampilan yang dia miliki. Keputusan *efficacy* seseorang diketahui dari hasil yang diharapkan yaitu kemampuan seseorang menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu dimana hasil yang diharapkan adalah suatu keputusan perilaku. *Skill* dan kompetensi memotivasi individu untuk melakukan tindakan secara unggul. Pengetahuan seseorang tentang *efficacy* diri didasarkan pada 4 tipe :

- (a) Umpan balik eksternal yang diberi orang lain, pencapaian hasil dari perilaku dan evaluasi yang sesuai dengan standar.
- (b) Pengalaman orang lain, evaluasi diri dan feed back dari orang lain
- (c) Status psikologis: kecemasan, ketakutan, ketenangan
- (d) Melibatkan orang lain.

Self efficacy dipengaruhi oleh aktifitas yang berhubungan dengan pengaruh positif, dan persepsi *efficacy* yang lebih besar.

4) Sikap yang berhubungan dengan aktivitas

Pengaruh terhadap perilaku menunjukkan suatu reaksi emosional langsung dapat positif atau negatif. Reaksi emosional positif akan mendorong sikap untuk melakukan aktivitas terkait promosi kesehatan. Perilaku yang memberi pengaruh positif sering diulangi, sedangkan perilaku yang berpengaruh negatif dibatasi atau dikurangi. Berdasarkan teori kognitif sosial ada hubungan antara *efficacy* diri dan pengaruh aktivitas.

5) Pengaruh interpersonal

Pengaruh interpersonal adalah pengetahuan tentang perilaku, kepercayaan atau sikap orang lain. Sumber utama interpersonal adalah keluarga, peer/kelompok dan pemberi pengaruh pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal terdiri dari norma (harapan orang lain), sosial support (instrumental dan dorongan emosional) dan model (belajar dari pengalaman orang lain). Norma sosial menjadi standar untuk penampilan individu. Model yang digambarkan menjadi strategi penting untuk perubahan perilaku dalam teori kognitif sosial misalnya adanya tekanan sosial atau desakan untuk komitmen pada rencana kegiatan. Individu akan senang mendapatkan pujian. Motivasi yang cukup menjadi cara yang konsisten untuk mempengaruhi orang dengan cara memberikan penguatan atau pujian

6) Pengaruh situasional

Persepsi personal dan kognitif dari situasi dapat memfasilitasi atau menghalangi perilaku misalnya, karakteristik daerah dan ciri-ciri lingkungan estetik seperti situasi/lingkungan yang cocok, aman, tenang dari pada yang tidak aman dan terancam. Situasi dapat mempengaruhi

perilaku dengan mengubah lingkungan misalnya '*no smoking*'. Pengaruh situasional dapat menjadi kunci untuk pengembangan strategi efektif yang baru untuk memfasilitasi dan mempertahankan perilaku promosi kesehatan dalam populasi.

7) Komitmen rencana tindakan

Proses kognitif yang mendasari ada dua yaitu (1) komitmen untuk melaksanakan tindakan dengan memberikan waktu, tempat bersama orang-orang tertentu atau sendiri dengan mengabaikan persaingan dan identifikasi strategi tertentu untuk mendapatkan, melaksanakan atau penguatan terhadap perilaku. (2) identifikasi strategi untuk mendatangkan hasil dan penguatan perilaku. Rencana kegiatan dikembangkan oleh perawat dan klien dengan pelaksanaan yang sukses, misalnya strategi dengan kontrak yang disetujui bersama-sama di mana satu kelompok berkomitmen dengan pengertian bahwa kelompok lain memberi reward atau penguatan jika komitmen itu didukung. Komitmen sendiri tanpa strategi yang berhubungan sering menghasilkan tujuan baik tetapi gagal dalam membentuk suatu nilai perilaku kesehatan.

8) Kebutuhan yang mendesak

Kebutuhan mendesak dapat memunculkan kesadaran sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi (suatu rencana perilaku promosi kesehatan). Misalnya memilih makanan tinggi lemak dari pada rendah lemak karena pilihan rasa, bau/selera dapat berubah pada kondisi kesehatan tubuh yang mengancam.

9) Hasil Perilaku

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku ini akhirnya secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk lansia. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam kehidupan individu, hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan, seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

2.6.2 Aplikasi model Promosi Kesehatan pada lansia

a) Karakteristik Individu dan Pengalaman Individu

Lansia mempunyai karakteristik yang dipengaruhi oleh perilaku masa lalu atau sebelumnya. Pada lansia yang mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, sering makanan- makanan yang berlemak tinggi pada masa mudanya memiliki risiko lebih tinggi terjadi hipertensi dibanding dengan yang tidak merokok, tidak minum alkohol, dan yang mengkonsumsi makanan yang sehat.

1) Perilaku sebelumnya

Perilaku terdahulu mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada perilaku promosi kesehatan yang dipilih dan membentuk suatu efek langsung menjadi kebiasaan perilaku. Kebiasaan pola hidup yang tidak teratur harus diperbaiki misal dengan menghentikan merokok, mengurangi atau menghentikan minum alkohol, meningkatkan aktifitas fisik, menurunkan berat badan jika kegemukan.

2) Faktor personal

Faktor personal pada lansia mengalami degeneratif pada semua sistem tubuh sehingga mempengaruhi tingkat kesehatan lansia. Elastisitas dinding aorta menurun, katup dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kehilangan elastisitas pembuluh darah, sehingga kemampuan jantung memompa darah meningkat menyebabkan hipertensi. Pada lansia sering terjadi post power sindrom sehingga terjadi ketidakseimbangan psikologis yang menurunkan *self esteem*, dan akan menurunkan motivasi dalam menjaga status kesehatan lansia.

b) Perilaku Kognitif Spesifik dan Sikap

1) Manfaat tindakan

Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan secara tidak langsung menentukan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Memberikan *reinforcement* positif pada lansia yang telah memperbaiki perilaku merupakan upaya dalam penguatan perubahan perilaku. Melakukan kunjungan pada kelompok lansia yang memiliki perilaku hidup sehat, dapat memberikan keuntungan dengan bertambahnya kesadaran berupa interaksi positif.

2) Hambatan tindakan

Pengambilan keputusan untuk menerapkan perilaku baru tidak lepas dari faktor-faktor yang menghambat, misalnya: keterbatasan individu dalam pengetahuan sehubungan dengan adanya penurunan fungsi kognitif, keterbatasan dana sehubungan dengan penurunan produktifitas. Lansia sulit melupakan kebiasaan yang sudah berlangsung lama.

Hilangnya kepuasan dari perilaku tidak sehat seperti merokok, makan tinggi lemak juga merupakan rintangan.

3) *Self efficacy*

Kemampuan lansia dalam mengambil keputusan dan tindakan dalam upaya mengatasi hipertensi misal dengan melakukan senam, tehnik relaksasi, mengurangi faktor risiko terjadinya hipertensi. Keputusan *efficacy* lansia diketahui dari hasil yang diharapkan yaitu kemampuan lansia menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu dimana hasil yang diharapkan adalah suatu keputusan perilaku hidup sehat dengan hasil pengendalian hipertensi.

4) **Sikap yang berhubungan dengan aktivitas**

Lansia yang melakukan aktivitas dan telah merasakan manfaatnya maka aktifitas tersebut akan terus dilakukan. Begitupun sebaliknya bila aktifitas yang dilakukan tidak dirasakan manfaatnya maka lansia akan menghentikan aktifitas tersebut.

5) **Pengaruh interpersonal**

Pengaruh hubungan interpersonal lansia menjadi strategi penting untuk perubahan perilaku. Tekanan sosial atau desakan untuk komitmen pada rencana perubahan perilaku merupakan hal yang penting. Lansia yang memiliki komitmen yang baik akan senang bila mendapatkan pujian. Pujian merupakan penguatan dalam mempengaruhi perubahan perilaku agar lebih menjadi konsisten.

6) **Pengaruh situasional**

Situasi dapat mempengaruhi perilaku pada lansia dengan mengubah lingkungan misalnya '*no smoking*', maka pada

situasi tersebut lansia tidak akan merokok. Pengaruh situasional dapat menjadi kunci untuk pengembangan strategi efektif yang baru untuk memfasilitasi dan mempertahankan perubahan perilaku kesehatan pada lansia.

7) Komitmen rencana tindakan

Komitmen untuk melakukan perubahan perilaku merupakan keharusan yang mesti dimiliki lansia dalam mengatasi hipertensi. Komitmen disepakati bersama antara perawat dengan lansia.

8) Kebutuhan yang mendesak

Lansia memerlukan kesadaran diri untuk menahan keinginan-keinginan yang dapat mencetuskan kambuhnya hipertensi. Kebutuhan mendesak dapat memunculkan kesadaran sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi (suatu rencana perilaku promosi kesehatan). Misalnya memilih makanan tinggi lemak dari pada rendah lemak karena pilihan rasa, bau/selera dapat berubah pada kondisi kesehatan tubuh yang mengancam.

9) Hasil Perilaku

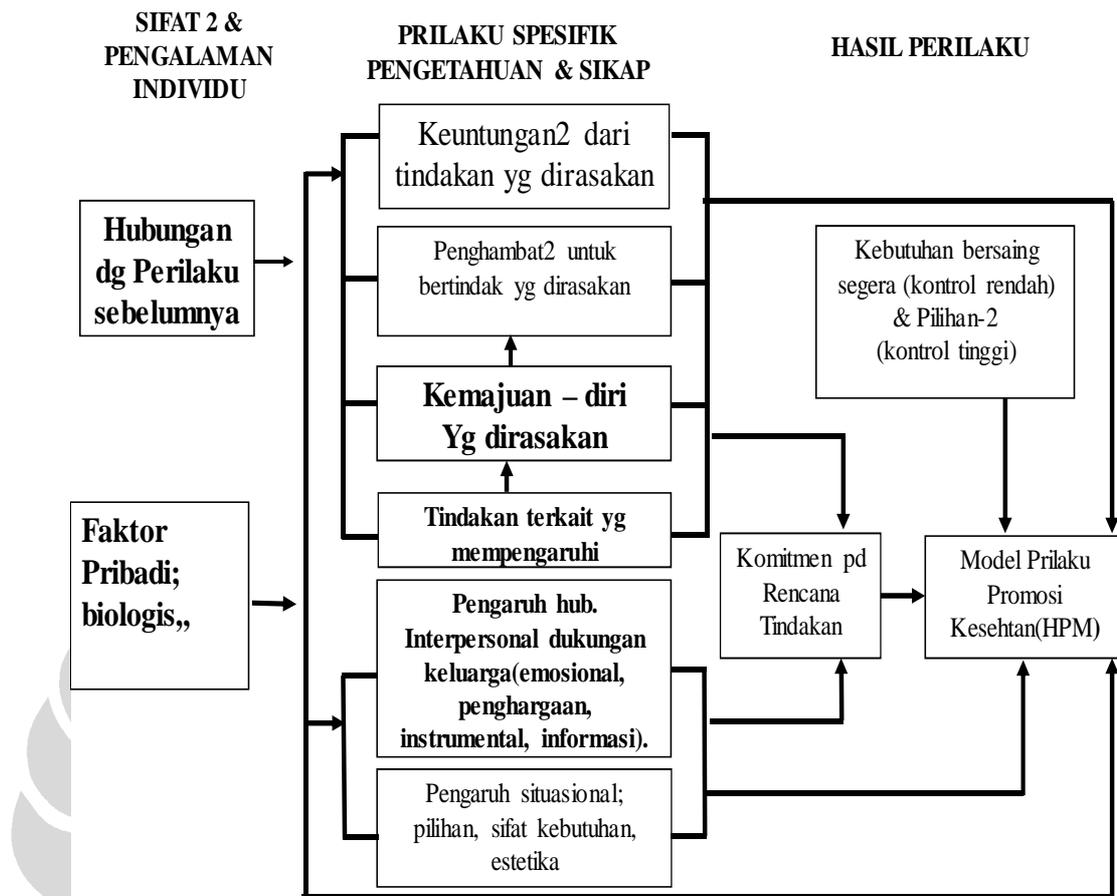
Perilaku akhirnya secara langsung ditunjukkan oleh lansia dengan pencapaian hasil kesehatan positif. Dimana lansia dapat mengendalikan hipertensi melalui perilaku yang sehat. Perilaku sehat terintegrasi dalam kehidupan lansia, mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada lansia.

Kerangka konsep model promosi kesehatan pada penelitian ini adalah pada karakteristik individu lansia yang berkaitan dengan kejadian hipertensi meliputi perilaku lansia sebelumnya, yaitu pola kebiasaan atau gaya hidup yang dapat berdampak terhadap masalah kesehatan lansia dan faktor personal atau faktor perubahan biologik yang terkait usia.

Pola kebiasaan dan gaya hidup lansia yang dapat menjadi penyebab timbulnya hipertensi. Perilaku lansia sebelumnya yang berkaitan dengan kesehatan akan mempengaruhi terhadap tindakan promosi kesehatan yang akan dipilih. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan lansia tentang hipertensi, sikap, persepsi terhadap kesehatan. Villages, et al. (2008) menemukan faktor resiko terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh faktor perilaku dan gaya hidup.

Faktor personal atau perubahan biologik terkait usia merupakan faktor yang dapat menjadi penyebab timbulnya hipertensi. Faktor personal lansia meliputi aspek biologis. Lansia mengalami perubahan fisik atau perubahan pada sistem organ termasuk didalamnya pada sistem kardiovaskuler. Perubahan pada sistem kardiovaskuler menjadi salah satu penyebab terjadinya hipertensi.

Pengaruh pola perilaku dan faktor biologik ini mempengaruhi hubungan interpersonal khususnya dukungan yang didapat dari keluarga. Dukungan tersebut meliputi dukungan emosional, instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan. Dukungan dari keluarga akan mempengaruhi sikap lansia didalam menjaga kesehatannya dalam pengendalian peningkatan hipertensi. konsep yang telah dijelaskan tersebut dituangkan dalam skemaa berikut 2.1.



Skema 2.1 Model Promosi Kesehatan

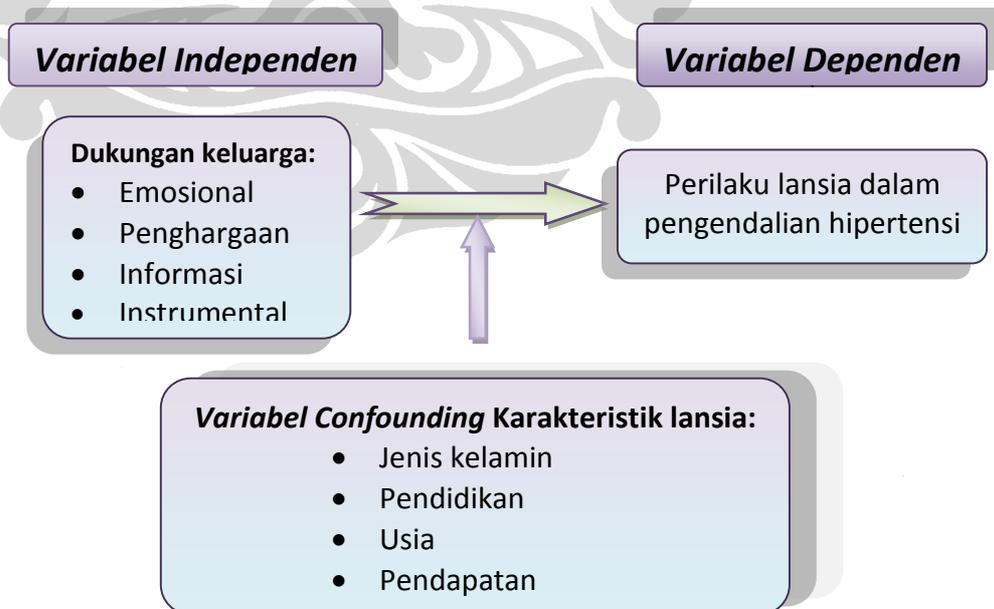
Sumber : (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002)

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi landasan terhadap topik yang dipilih dalam penelitian (Hidayat, 2007); hipotesis adalah suatu kesimpulan sementara atau jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2008); sedangkan definisi operasional memberikan deskripsi lengkap mengenai metode dengan konsep yang akan diteliti (Dempsey & Dempsey, 2002).

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan, diperoleh gambaran bahwa dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi (Polonsky, 2007). Adapun kerangka konsep penelitian ini digambarkan dalam bentuk bagan yang terdiri dari variabel independent dan variabel dependent, sebagai berikut :



Kerangka konsep pada penelitian ini meliputi 3 komponen, yaitu : variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*), dan variabel perancu (*confounding*). Variabel bebas adalah variabel yang bila berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah emosional, penghargaan, informasi, instrumental. Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi dan variabel perancu adalah variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel terikat. Variabel *confounding*/perancu pada penelitian ini adalah karakteristik lansia yang terdiri dari jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, usia. (Hidayat, 2007).

3.2 Hipotesis penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Dukungan keluarga (emosional, penghargaan, instrumental, informasi) berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

3.2.2 Hipotesa Minor

3.2.2.1 Jenis kelamin lansia berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

3.2.2.2 Pendidikan lansia berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

3.2.2.3 Pendapatan lansia berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

3.2.2.4 Usia lansia berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

3.2.2.5 Dukungan emosional keluarga berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

3.2.2.6 Dukungan informasi keluarga berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

3.2.2.7 Dukungan penghargaan keluarga berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

3.2.2.8 Dukungan instrumental keluarga berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
Variabel Independen					
1	Dukungan keluarga pada lanjut usia hipertensi	Kegiatan keluarga pada lansia terhadap lanjut usia dalam pengendalian hipertensi, yang terdiri dari dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental			
2	Dukungan emosional	Kasih sayang, perhatian, cinta kasih, empati yang diberikan keluarga kepada lanjut usia	Menggunakan kuesioner dengan skala likert; untuk pernyataan 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang 1 = tidak pernah	0 : Efektif skor \geq median 1 : Tidak efektif Skor $<$ median	Nominal
3	Dukungan Penghargaan	Penghargaan yang diberikan keluarga pada lansia dalam bentuk bimbingan dan saran	Menggunakan kuesioner dengan skala likert; untuk pernyataan 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang	0 : Efektif skor \geq median 1 : Tidak efektif Skor $<$ median	Nominal

			1=tidak pernah		
4	Dukungan instrumental	Bantuan tenaga, waktu dan dana yang diberikan keluarga pada lansia.	Menggunakan kuesioner dengan skala likert; untuk pernyataan 4 = selalu 3 = sering 2= kadang 1=tidak pernah	0 : Efektif skore \geq median 1 : Tidak efektif Skore < median	Nominal
5	Dukungan Informasi	Saran, nasehat, informasi yang diberikan keluarga pada lanjut usia	Menggunakan kuesioner dengan skala likert; untuk pernyataan 4 = selalu 3 = sering 2= kadang 1=tidak pernah	0 : Efektif skore \geq median 1 : Tidak efektif Skore < median	Nominal
Variabel Dependen					
6	Perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi	Pengetahuan, sikap, keterampilan yang dimiliki lansia dalam pengendalian hipertensi	Menggunakan kuesioner dengan skala likert; untuk pernyataan 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = kurang setuju 1=tidak setuju	0 : Baik/adaptif Skore \geq median 1 : Tidak baik/maladaptif Skore < median	Nominal

Variabel Confounding					
7	Usia	Umur lansia hipertensi mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Menggunakan kuisisioner, yang dikelompokkan dalam 2 kelompok	0=lansia dini (60 - 74) 1=Lansia tua (>74) (WHO)	Ordinal
8	Pendidikan	Pendidikan formal yang telah dilalui oleh lansia	Menggunakan kuisisioner, yang dikelompokkan dalam 2 kelompok	1=rendah (SD & SLTP) 2=tinggi (SLTA & PT)	Ordinal
9	Jenis kelamin	Sifat yang membedakan dua individu	Menggunakan kuisisioner, yang dikelompokkan dalam 2 kelompok	1 =Perempuan 2 = Laki-laki	Nominal
10	Pendapatan	Penghasilan total lansia dalam satu bulan	Menggunakan kuisisioner pendapatan lansia	1=Tinggi (> 2juta) 2=Rendah 500.000-2 juta	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini membahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, uji validitas dan realibilitas instrument, prosedur pengumpulan data dan analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2008). Sastroasmoro dan Ismael (2002) mendefinisikan desain penelitian adalah rancangan penelitian yang disusun untuk menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study* karena penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan, dan menggambarkan hubungan antara variabel (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini, pengukuran dan observasi (pengumpulan data) dilakukan satu kali pengukuran dalam waktu yang bersamaan dengan menggunakan alat ukur berupa kuesioner. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental dengan perilaku lanjut usia dalam pengendalian hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara.

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan dari subyek penelitian, yang memiliki karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia penderita hipertensi yang berumur 60 tahun keatas berada di masyarakat Kecamatan Koja Jakarta Utara sebanyak 834 orang,

terdiri dari 6 kelurahan, yaitu: Kelurahan Tugu Utara, Tugu Selatan, Rawa Badak Utara, Rawa Badak Selatan, Lagoa, Kelurahan Koja,

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya (Dahlan, 2005). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan tehnik *non probability sampling* dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eklusi yang telah ditetapkan.

4.2.1 Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 4.2.1.1 Lansia didiagnosis hipertensi ($TD \geq 140/90$ mmHg)
- 4.2.1.2. Lansia tinggal bersama keluarga
- 4.2.1.3. Usia lansia sama atau lebih 60 tahun
- 4.2.1.4. Lansia dapat berkomunikasi verbal dengan baik
- 4.2.1.5. Bersedia menjadi responden penelitian

4.2.2 Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

Lansia hipertensi yang mengalami masalah kesehatan yang mendadak seperti: pusing, lemah, baal pada ekremitas dan masalah lainnya tidak memungkinkan untuk jadi responden.

Jumlah atau besar sampel yang akan dijadikan responden dalam penelitian ini, sesuai dengan hasil rumus sampel untuk populasi kecil kurang dari 1.000. Polit dan Hungler (1993, dalam Nursalam 2008), menyatakan besarnya sampel yang akan diambil dari populasi dalam penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan rumus perhitungan sampel berikut ini yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{834}{1 + 834(0,01)}$$

$$= \frac{834}{1 + 8,34}$$

$$= \frac{834}{9,34}$$

$$= 89$$

Keterangan

n : perkiraan jumlah sampel

N : perkiraan jumlah populasi (834)

d: presisi (0,1)

Dengan menggunakan rumus diatas maka sampel yang didapatkan berjumlah 89 orang. Untuk mengantisipasi kemungkinan sampel yang diambil dropped out (DO), maka perlu penambahan sejumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan menggunakan rumus sebagai berikut: $n = n/(1-f)$ (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Berdasarkan rumus perkiraan DO maka jumlah sampel yang akan diambil pada penelitian ini sebesar $89/(1-0,1) = 99$ sampel.

4.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik multi stage random sampling yaitu penarikan sampel secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah, karena sampel diambil dalam satu wilayah yang populasinya tersebar luas (Polit & Hungler, 1990; Sarwono, 2006; Sugiono, 2005; Sastroasmoro & Ismael, 2010). Wilayah pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu Kecamatan Koja yang terdiri dari 6 kelurahan meliputi kelurahan Tugu Utara, Kelurahan Tugu Selatan, Kelurahan Rawa Badak Utara, Kelurahan Rawa Badak Selatan, Kelurahan Koja, Kelurahan Lagoa, dengan jumlah populasi lanjut usia penderita hipertensi 834 jiwa dalam satu Kecamatan. Peneliti melakukan identifikasi jumlah lansia penderita hipertensi di masing - masing kelurahan berdasarkan data dari puskesmas kelurahan dan kader posyandu lansia. Kemudian

peneliti melakukan penghitungan proporsi sampel yang akan disebar di masing masing kelurahan. Pembagian besar sampel pada masing masing kelurahan telah disesuaikan dengan proporsi jumlah lanjut usia dengan hipertensi yang ada pada kelurahan tersebut dibagi jumlah lansia Kecamatan Koja, di kalikan jumlah total sampel (99). Pembagian jumlah sampel masing – masing kelurahan dapat dilihat pada table 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Proporsi sampel masing –masing kelurahan

Nama Kelurahan	Jumlah Lansia di kelurahan	Jumlah Sampel
Koja	90	10
Tugu Utara	184	25
Tugu Selatan	175	20
Rawa Badak Utara	90	10
Rawa Badak Selatan	130	15
Lagoa	165	19

Penentuan subyek penelitian dilakukan secara acak dengan cara membuat kode, nomor urut, nama lansia masing – masing kelurahan, kemudian dilakukan pengocokan nomor urut untuk memilih nama lansia. Lansia yang terpilih sebagai subyek secara acak selanjutnya dikunjungi dilakukan penilaian apakah memenuhi kriteria inklusi, jika tidak memenuhi kriteria inklusi maka harus diganti dengan cara dilakukan pengocokan ulan. Subyek yang memenuhi kriteria inklusi. Kenyataan dilapangan lansia yang dikunjungi telah memenuhi kriteria inklusi, selanjutnya peneliti memberikan penjelasan terkait penelitian dan lansia diminta kesediaannya sebagai responden. Seluruh sampel yang dikunjungi peneliti bersedia menjadi responden.

4.4 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara, karena menurut, laporan tahunan Seksi Kesehatan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara (2010), penyakit hipertensi. di wilayah ini merupakan urutan ketiga

dari sepuluh penyakit terbanyak pada tahun 2009, dan tahun 2010 meningkat menjadi urutan kedua. Kondisi ini cenderung akan terus meningkat, sehingga perlu penanganan dari berbagai pihak.

4.5. Waktu Penelitian

Peneliti melakukan penelitian selama 6 bulan (Februari sampai dengan Juli 2011), mulai penyusunan proposal, ujian proposal, pengurusan ijin, pengambilan data, pengolahan data, penyajian data, pembuatan laporan penelitian dan ujian sidang.

4.6. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memperhatikan prinsip-prinsip dasar etika penelitian yang meliputi *beneficiency*, *maleficiency*, *autonomy*, *anonimity* dan *justice* (Polit & Hunger, 2005).

4.6.1. *Beneficience*

Pengertian *beneficiency* adalah tindakan berbuat baik atau menolong orang dan melindungi serta mencegah terjadi kerugian, ketidaknyamanan pada orang lain. Prinsip ini adalah bahwa penelitian yang dilakukan harus mempunyai keuntungan baik bagi peneliti maupun responden penelitian. Sebelum diberikan informed consent responden telah diberi penjelasan secara rinci tentang penelitian yang akan dilakukan. Peneliti meyakinkan responden bahwa dengan informasi responden pada penelitian ini, akan memberikan manfaat bagi perkembangan keperawatan komunitas khususnya dalam memberikan pelayanan asuhan pada keluarga dengan lansia. Hasil penelitian ini akan digunakan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan pada lansia dan keluarga. Dengan memberikan penjelasan ini diharapkan lansia dapat lebih terbuka dalam mengisi kuesioner penelitian.

4.6.2. *Maleficiency*

Pengertian dari *maleficiency* adalah tidak berbuat yang merugikan orang lain atau mencegah bahaya pada orang lain. Responden dilindungi secara fisik dan psikologis. Pada penelitian ini memberikan jaminan pada responden tidak akan merugikan dan membahayakan baik secara fisik maupun psikologis. Peneliti tetap memperhatikan kesejahteraan responden saat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh lansia. tidak menimbulkan bahaya bagi responden, seperti risiko kelelahan fisik dan intelektual, mengingat jumlah pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini cukup banyak. Jika saat pengumpulan data responden mengalami kelelahan, pengumpulan data dihentikan sementara, dan akan dilanjutkan kemudian setelah responden bersedia untuk melanjutkan kembali. Risiko ini telah diatasi dengan cara bertanya secara perlahan dan memberikan jeda waktu lansia untuk menjawab sesuai kemampuan lansia. Pada saat lansia melakukan pengisian kuesioner didampingi oleh peneliti atau kader untuk mengantisipasi timbulnya bahaya.

4.6.3 *Autonomy*

Pengertian dari *autonomy* adalah kebebasan bertindak, memutuskan (memilih) dan menentukan diri sendiri sesuai dengan kesadaran terbaik bagi dirinya yang ditentukan sendiri tanpa hambatan, paksaan atau campur tangan pihak luar Prinsip *autonomy* disini adalah peneliti telah memberikan kebebasan bagi responden menentukan keputusan sendiri apakah bersedia ikut menjadi responden dalam penelitian ini atau tidak, tanpa ada unsur paksaan atau pengaruh dari peneliti atau siapapun. Peneliti telah menjalin hubungan baik dan saling percaya dengan lansia Sebelum lansia membuat keputusan untuk ikut atau tidak dalam penelitian ini, peneliti memberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, tujuan dan manfaat penelitian, serta hak lansia untuk menolak. Lansia

mempunyai hak sepenuhnya untuk menentukan keputusannya. Peneliti telah menghormati dan menghargai apapun yang telah diputuskan oleh lansia. Jika lansia bersedia, peneliti meminta lansia menandatangani *informed consent* yang disediakan sebagai bukti kesediaan menjadi responden. Bila tidak bersedia responden dapat mengundurkan diri dari penelitian.

4.6.4. *Anonimity*

Pengertian *anonimity* adalah menjaga privasi dan kerahasiaan responden. peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data. Peneliti juga menjamin kerahasiaan semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan dari responden. Peneliti menyimpan semua berkas kuesioner yang telah diisi oleh responden sebagai dokumen penelitian dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan. Namun untuk hasil penelitian akan dilakukan publikasi.

4.6.5 *Justice* (Keadilan)

Peneliti memperhatikan prinsip *justice* yaitu prinsip menghargai dan menghormati serta menjaga *privacy* dengan cara tidak membeda – bedakan dalam memperlakukan responden satu dengan yang lain. Semua responden dihargai, dihormati dan peneliti memberikan hak responden sebagai seorang manusia. Penelitian ini memperlakukan semua responden sama, memberikan penjelasan tentang penelitian yang dilakukan. Setelah diberi penjelasan responden diminta kesediaan untuk menandatangani *informed concent*. Pemilihan responden berdasarkan kriteria inklusi penelitian yang telah ditetapkan.

4.7. Alat Pengumpul Data

4.7.1 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner yang dimodifikasi dari kuesioner penelitian Zulfitri (2006) tentang hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Angket atau kuesioner yaitu sejumlah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang hal-hal yang ingin diketahui.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu bagian A, B dan C. Kuesioner bagian A berisi tentang pernyataan terkait dengan data demografi lansia yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan. Lansia mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan. Kuesioner B berisi dukungan keluarga pada lansia. Untuk pernyataan positif, setiap pernyataan memiliki empat pilihan dengan kriteria sebagai berikut 4 = selalu, 3= sering, 2= kadang-kadang, 1= tidak pernah, dan sebaliknya 1= selalu, 2= sering, 3=jarang, 4= tidak pernah, untuk pernyataan negatif. Hasil ukur untuk dukungan keluarga ini dikategorikan 0= efektif skore \geq median, 1= tidak efektif skore $<$ median. Kuesioner dukungan keluarga meliputi 30 item pernyataan yang mewakili 4 subvariabel yang terdiri: 9 item untuk dukungan emosional dengan pernyataan positif dengan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Dukungan penghargaan memiliki 7 pernyataan (6) Pernyataan positif pada nomor 10, 11, 12, 13, 14, 16, dan (1) pernyataan negatif pada nomor 15. Dukungan informasi memiliki 9 item pernyataan positif pada nomor 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25. Dukungan instrumental memiliki 5 item (26-30), Pernyataan positif pada nomor 26, 27, 28, 29; dan pernyataan negatif pada nomor 30.

Kuesioner bagian C berisi tentang pernyataan terkait tentang perilaku lansia. Dari setiap pernyataan terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = kurang setuju, 1 = tidak setuju dan sebaliknya untuk pernyataan negative 4 = tidak setuju, 3= kurang setuju, 2= setuju, 1= sangat setuju. Hasil ukur untuk perilaku ini dikategorikan menjadi 0= baik skor \geq median, 1= tidak baik skor $<$ median. Kuesioner perilaku lansia memiliki 15 item terdiri dari pengetahuan sebanyak 5 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 1,3,4, 5 dan pernyataan negatif pada nomor 2. Item sikap terdiri dari 4 pernyataan Pernyataan positif pada nomor 6, 7, 8, 9. Keterampilan 6 pernyataan, Pernyataan positif pada nomor 10, dan pernyataan negative pada nomor 11, 12, 13, 14, 15.

4.8. Validitas dan Reliabilitas

Sebelum dilakukan penelitian kedua kuesioner (dukungan keluarga, perilaku lansia) terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas.

Tujuan dari uji coba adalah untuk mengetahui tingkat validitas (kesahihan) artinya instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur dan reliabilitas (konsistensi) yaitu jika instrumen digunakan beberapa kali dengan orang yang berbeda atau waktu yang berbeda akan menghasilkan data yang sama. Peneliti melakukan uji instrumen pada 30 responden di kecamatan Kemayoran Jakarta pusat. Peneliti melakukan uji coba kuesioner di wilayah yang berdekatan dengan wilayah Kecamatan Koja yang memiliki karakteristik penduduknya sama yaitu Kelurahan Kebon Kosong Kecamatan Kemayoran.

4.8.1 Pengujian validitas instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Nursalam, 2008). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (dalam hal ini kuesioner) diukur dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Variabel (pernyataan) dikatakan valid jika skor

variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Variabel (pernyataan) dinyatakan valid jika r hitung $>$ dari r tabel sehingga H_0 ditolak, sementara itu dikatakan tidak valid jika r hitung $<$ dari r tabel sehingga H_0 gagal ditolak (Hastono, 2007). Jika pernyataan - pernyataan tersebut tidak valid, maka pernyataan tersebut dibuang. Pernyataan-pernyataan yang sudah valid kemudian baru diukur reliabilitasnya.

Hasil dari uji validitas untuk dukungan emosional didapatkan bahwa dari 13 pertanyaan terdapat 4 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel ($r=0,349$) yaitu pernyataan no 6, 7, 8,10, ini berarti ada 9 pernyataan yang dinyatakan valid, untuk dukungan penghargaan didapatkan bahwa dari 8 pernyataan terdapat 1 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel yaitu pernyataan no 7, ini berarti ada 7 pernyataan yang dinyatakan valid. Dukungan informasi didapatkan bahwa dari 9 pernyataan seluruhnya dinyatakan valid, hasil dari uji validitas untuk dukungan instrumental didapatkan bahwa dari 8 pernyataan terdapat 3 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel yaitu pernyataan no 4, 5, 8, ini berarti ada 5 pernyataan yang dinyatakan valid.

Hasil dari uji validitas untuk perilaku tentang pengetahuan lansia didapatkan bahwa dari 7 pernyataan terdapat 2 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel yaitu pernyataan no 1, 2, ini berarti ada 5 pernyataan yang dinyatakan valid. Sikap lansia didapatkan bahwa dari 7 pernyataan terdapat 3 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel yaitu pernyataan no 4,5,6, ini berarti ada 4 pernyataan yang dinyatakan valid. Hasil dari uji validitas untuk perilaku tentang keterampilan lansia didapatkan bahwa dari 8 pernyataan terdapat 2 pernyataan dengan nilai $<$ dari r tabel yaitu pernyataan no 1, 6, ini berarti ada 6 pernyataan yang dinyatakan valid. Pada pernyataan yang kurang valid tidak dilakukan perbaikan, artinya bahwa pernyataan tersebut tidak

dipakai, karena pernyataan pernyataan yang tidak terpakai sudah dapat terwakili oleh pernyataan yang lain.

4.8.2 Pengujian reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Nursalam, 2008). Reliabilitas menunjukkan keajegan seandainya alat pengukur yang sama digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan orang yang berlainan dalam waktu bersamaan ataupun berlainan. Sastroasmoro dan Ismail (2002), mendefinisikan reliabilitas adalah suatu pengukuran dikatakan handal, apabila ia memberikan nilai yang sama atau hampir sama pada pemeriksaan yang dilakukan berulang – ulang. Uji reliabilitas dilakukan jika semua pernyataan sudah valid. Untuk mengetahui reliabilitas yakni dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Nilai r hasil adalah nilai “alpha”. Pernyataan dikatakan reliabel jika r alpha $>$ r tabel (Hastono, 2007).

Setelah dilakukan uji validitas, selanjutnya peneliti melakukan uji reliabilitas. Hasil uji realibilitas untuk dukungan emosional, didapatkan nilai r alfa cronbach =0,876, dukungan penghargaan didapatkan nilai r alfa cronbach = 0,846, dukungan informasi didapatkan nilai r alfa cronbach = 0,866, dan dukungan instrumental nilai r alfa = 0,849, Ini berarti bahwa semua pernyataan dukungan keluarga (dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental) telah reliabel, karena nilai r alfa cronbach $>$ dari nilai r tabel.

Hasil uji reliabilitas untuk perilaku pengetahuan didapatkan nilai r alfa cronbach = 0,717, sikap didapatkan nilai r alfa cronbach= 0,773 dan untuk perilaku keterampilan didapatkan nilai r alfa = 0,793. Ini berarti bahwa semua pernyataan perilaku telah reliable.

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah tata cara atau langkah-langkah yang digunakan dalam mengumpulkan data. Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi prosedur administrasi dan prosedur teknis. Peneliti melakukan uji coba kuesioner di wilayah yang berdekatan dengan wilayah Kecamatan Koja yang memiliki karakteristik penduduknya sama yaitu Kelurahan Kebon Kosong Kecamatan Kemayoran.

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan langsung oleh peneliti dan dibantu oleh 4 orang kader kesehatan yang ada di wilayah Kecamatan Koja. Kader kesehatan yang dipilih adalah yang masih aktif mengikuti kegiatan dalam posyandu lansia. Sebelum kader membantu dalam pengumpulan data, maka peneliti mengadakan pelatihan terhadap kader yang akan membantu penelitian ini selama satu hari dengan menggunakan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi. Peneliti menenjelaskan tujuan penelitian, tehnik dan cara mengumpulkan data serta melakukan penyamaan persepsi terhadap isi kuesioner yang akan diberikan. Selama pengisian kuesioner peneliti atau kader mendampingi lansia. Selanjutnya peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dari pengisian kuesioner dan selanjutnya peneliti melakukan pengolahan data.

Langkah – langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

4.9.1 Prosedur Administratif

- 4.9.1.1 Setelah proposal dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, maka dilakukan proses perijinan melakukan penelitian dari dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) ditujukan kepada kantor Kesatuan Bangsa dan Politik, Jakarta Utara, diteruskan ke kantor Walikota Jakarta Utara dan surat akan ditembuskan ke kantor Kecamatan koja, dan Puskesmas Kecamatan Koja.

4.9.2 Prosedur teknis

Peneliti telah berkoordinasi untuk pelaksanaan pengumpulan data dengan penanggung jawab kesehatan lansia tingkat puskesmas kecamatan maupun yang ada di masing masing puskesmas kelurahan dan peneliti meminta bantuan pada beberapa kader kesehatan yang ada dimasing – masing RW.

4.10 Pengolahan Data

Berdasarkan data yang terkumpul, kemudian diolah dengan langkah langkah *editing, coding, processing dan cleaning* (Hastono, 2007).

4.10.1 *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah :

4.10.1.1 Lengkap yaitu semua pertanyaan terisi jawabannya.

4.10.1.2 Jelas yaitu jawaban yang ditulis cukup jelas terbaca.

4.10.1.3 Relevan yaitu jawaban yang ditulis relevan dengan pernyataan

4.10.2 *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari koding adalah untuk memudahkan pada saat análsa data dan juga mempercepat pada saat entry data. pengkodeannya pada usia adalah : 0 = Lansia dini, (60 – 74), 1= lansia tua (> 74), untuk jenis kelamin ; perempuan = 1 dan laki- laki = 2, pendidikan ; jika level SMP dan dibawahnya, rendah = 1 dan level SMA dan diatasnya tinggi = 2, pendapatan 1= tinggi, 2= rendah, variabel

dukungan keluarga efektif= 0 dan tidak efektif =1, Variabel perilaku baik diberi kode = 0, tidak baik = 1

4.10.3 Processing

Processing adalah tahapan dalam memproses data agar dapat dilihat dan dianalisis. Peneliti memproses data dengan cara mengentry data kuesioner ke dalam program komputer.

4.10.4 Cleaning

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di-entry. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan tahap analisis data sesuai jenis data. Proses *cleaning* dilakukan dengan 3 tahapan, yaitu: 1) Mengetahui kesalahan data dengan melakukan *list* (distribusi frekuensi) dari variabel penelitian ini yaitu: dukungan keluarga, perilaku lansia; 2) Mengetahui variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi dari masing – masing variabel. 3) Mengetahui konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

4.11 Analisis Data

Setelah data diolah maka selanjutnya adalah menganalisis data. Dalam penelitian ini dilakukan 3 tahapan analisa yang meliputi analisa univariat, bivariat, dan multivariat.

4.11.1 Analisis Univariat

Analisa ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing- masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007), bentuknya tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik dengan menghitung nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum. Sedangkan untuk data

katagorik dengan menghitung frekuensi dan presentasi masing-masing kelompok. Analisis univariat penelitian ini hanya data kategorik karena tidak ada data numerik. Data kategorik dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, perilaku lansia dan karakteristik lansia. Data diolah dan dianalisis dengan frekuensi dan persentase masing-masing kelompok.

4.11.2 Analisis Bivariat

Tujuan dari analisis ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna antara 2 variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua kelompok atau lebih. Dalam penelitian ini variabel independen adalah dukungan keluarga dan variabel dependen adalah perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Variabel penelitian adalah data kategorik, sehingga uji stasistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat (*Chi Square*). Uji Kai Kuadrat (*chi square*) dilakukan untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara dua variabel yang bersifat kategorik (Luknis & Sabri, 2009).

4.11.3 Analisis Multivariat

Pada penelitian ini juga dilakukan analisis multivariat. Tujuan analisis multivariat untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel independen (lebih dari satu variabel) dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen) (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan variabel independen (dukungan keluarga) berhubungan dengan variabel dependen (perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi). Analisis stasistik yang akan digunakan adalah regresi logistik. Analisis regresi

logistik adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategori yang bersifat dikotom atau *binary* (Luknis & Hastono, 2009). Prosedur analisis regresi logistik ini menggunakan langkah-langkah sebagai berikut: pertama, analisis bivariat dari masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Jika hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat, selanjutnya memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p value nya $> 0,05$ secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.

Berikut ini akan disajikan dalam bentuk tabel metode analisis data berdasarkan masing variabel penelitian.

Tabel 4.2 Analisis Data

Variabel penelitian		Metode Analisa Data		
Independen	Dependen	Univariat	Bivariat	Multivariat
Dukungan emosional	Perilaku lansia	Persentase frekuensi	Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Dukungan penghargaan			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Dukungan informasi			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Dukungan instrumental			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Karakteristik lansia:	Perilaku Lansia	Persentase frekuensi		
Jenis kelamin			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Pendidikan			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik
Usia			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik
Pendapatan			Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dan analisis faktor *confounding* (usia, jenis kelamin, pendapatan, pendidikan) yang mempengaruhi hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Gambaran hasil penelitian adalah sebagai berikut:

5.1 Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik lansia yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendapatan dan pendidikan; dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental; dan perilaku lansia meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam pengendalian hipertensi.

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendapatan dan pendidikan.

Tabel 5.1

Karakteristik lansia berdasarkan usia, jenis kelamin, pendapatan dan pendidikan di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara
Juni tahun 2011 (n = 99)

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1. Usia lansia		
Lansia Dini (60-74)	86	86,9
Lansia Tua (>75)	13	13,1
2. Pendapatan		
Tinggi (>2jt)	43	43,4
Rendah (500.000-2 jt)	56	56,6
3. Jenis Kelamin		
Wanita	70	70,7
Pria	29	29,3
4. Pendidikan		
Rendah (SD & SLTP)	79	79,8
Tinggi (SLTA & PT)	20	20,2

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa usia lansia yang menjadi responden sebagian besar berusia pada katagori lansia dini yaitu pada rentang usia 60 – 74 tahun, dengan pendapatan lebih banyak rendah. Lansia berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibanding laki-laki. Distribusi pendidikan terakhir lansia yang lebih banyak yaitu pendidikan rendah.

5.1.2 Dukungan Keluarga pada lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara.

Gambaran dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental.

a. Dukungan Emosional

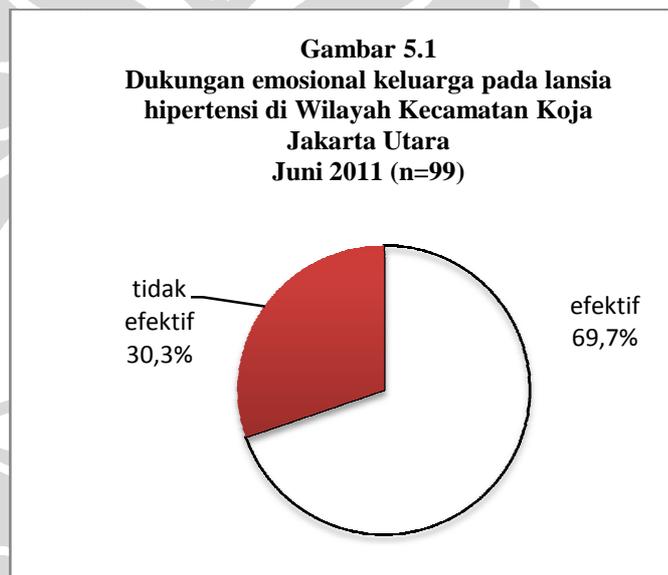


Diagram 5.1 di atas menggambarkan dukungan emosional dikategorikan dalam dukungan efektif dan tidak efektif. Disimpulkan bahwa proporsi dukungan emosional efektif lebih besar dibandingkan dengan dukungan yang tidak efektif.

b. Dukungan Penghargaan

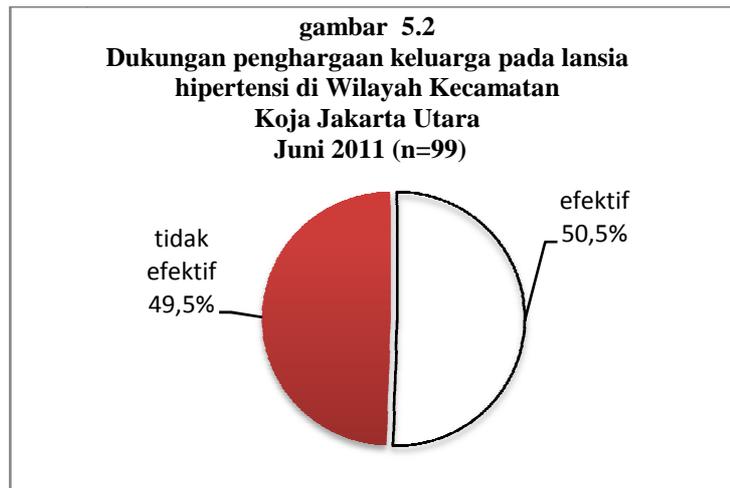


Diagram 5.2 di atas menggambarkan distribusi berdasarkan dukungan penghargaan, didapatkan 50 orang responden (50.5%) menerima dukungan penghargaan dengan efektif. Disimpulkan bahwa proporsi dukungan penghargaan efektif berbeda 0,5 % dibandingkan dengan dukungan yang tidak efektif.

c. Dukungan Informasi

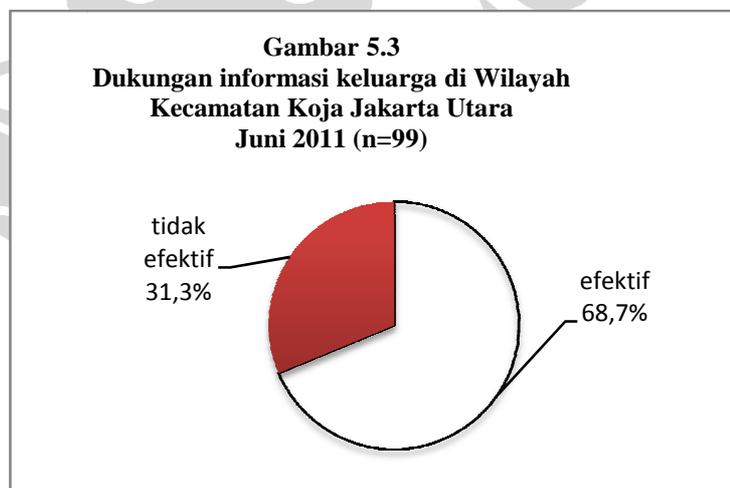


Diagram 5.3 di atas menggambarkan distribusi berdasarkan dukungan informasi keluarga, diketahui 68 orang responden (68.7%) menerima dukungan informasi dengan efektif, Disimpulkan bahwa proporsi dukungan informasi efektif lebih besar dibandingkan dengan dukungan yang tidak efektif.

d. Dukungan Instrumental

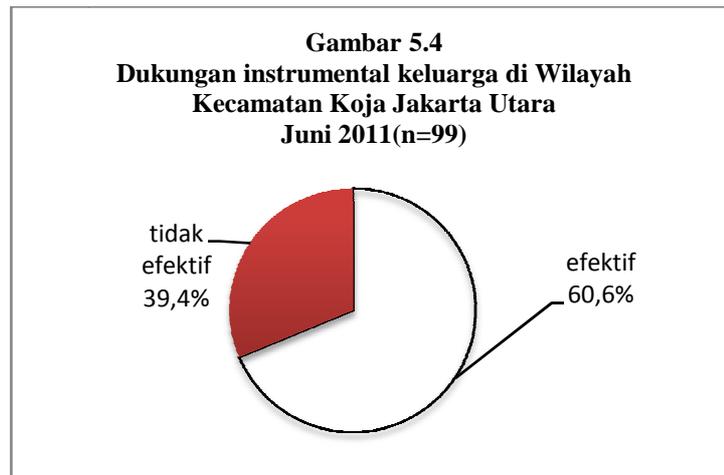


Diagram 5.4 di atas menggambarkan distribusi berdasarkan dukungan instrumental keluarga, diketahui 60 orang responden (60,6%) menerima dukungan instrumental dengan efektif. Disimpulkan bahwa proporsi dukungan instrumental efektif lebih besar dibandingkan dengan dukungan yang tidak efektif.

5.1.3 Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi

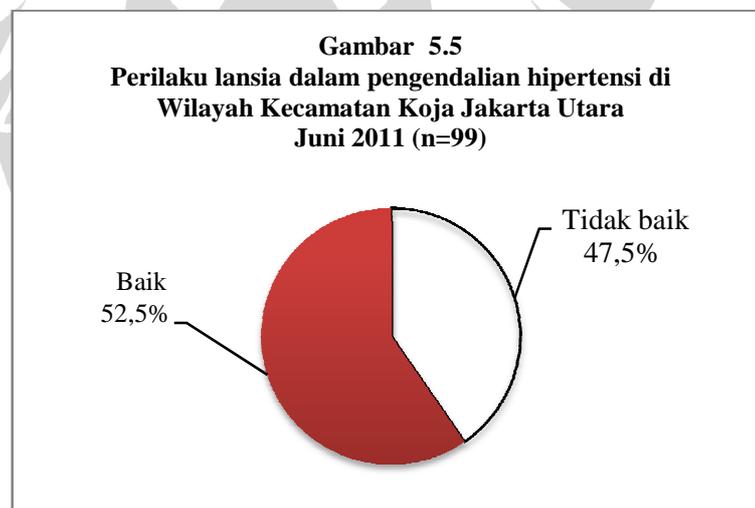


Diagram 5.5 di atas menggambarkan distribusi berdasarkan perilaku lansia, diketahui 52 orang (52.5%) perilaku lansia baik. Dapat disimpulkan proporsi perilaku baik lansia hipertensi lebih besar Jika dibandingkan dengan perilaku lansia hipertensi yang tidak baik.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan atau perbedaan antara dua variabel (Hastono, 2011). Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mengidentifikasi hubungan antara: dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi; dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia, dukungan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Selain itu dilakukan analisis faktor *confounding* yaitu hubungan: usia lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, pendapatan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, jenis kelamin lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi dan hubungan pendidikan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

5.2.1 Hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta utara.

Tabel 5.2

Hubungan dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia Hipertensi Di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara Juni Tahun 2011 (n=99)

Dukungan Keluarga	Perilaku Hipertensi				Total		OR	95% CI	P Value
	Baik		Tidak Baik		n	%			
	n	%	n	%					
1. Emosional									
Efektif	45	65,2	24	34,8	69	100	6,161	2,311 - 16,422	0,000
Tidak efektif	7	23,3	23	76,7	30	100			
2. Penghargaan									
Efektif	35	70,0	15	30,0	50	100	4,392	1,889 - 10,212	0,001
Tidak efektif	17	34,7	32	65,3	49	100			
3. Informasi									
Efektif	45	66,2	23	33,8	68	100	6,708	2,157 - 17,881	0,000
Tidak efektif	7	22,6	24	77,4	31	100			
4. Instrumental									
Efektif	40	66,7	20	33,3	60	100	4,500	1,892 - 10,702	0,001
Tidak efektif	12	30,8	27	69,2	39	100			

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan:

Sebanyak 65,2% lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional efektif berperilaku baik. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR 6,161 (95% CI: 2,311 - 16,422), artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional efektif mempunyai peluang sebanyak 6,161 kali untuk berperilaku baik dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional tidak efektif. Sebanyak 70,0% lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan efektif berperilaku baik. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,001, artinya ada hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR 4,392 (95% CI: 1,889 – 10,212) artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan efektif mempunyai peluang sebanyak 4,392 kali untuk berperilaku baik dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan tidak efektif. sebanyak 66,2% lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi efektif yang berperilaku baik. Sedangkan lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi tidak efektif, terdapat 22,6% yang berperilaku baik. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000, dapat disimpulkan ada hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR 6,708 (95% CI: 2,517 – 17,881) artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi efektif mempunyai peluang sebanyak 6,708 kali untuk berperilaku baik dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi tidak efektif

Sebanyak 66,7% lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan intrumental efektif berperilaku baik lansia hipertensi yang mendapat

dukungan informasi tidak efektif. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000, dapat disimpulkan ada hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR 4,500 (95% CI: 1,892 – 10,702), artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental efektif mempunyai peluang sebanyak 4,500 kali untuk berperilaku baik dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental tidak efektif.

5.2.2 Hubungan antara usia, pendapatan, jenis kelamin, pendidikan Lansia dengan perilaku lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta utara.

Tabel 5.3

Hubungan karakteristik lansia (usia, pendapatan, jenis kelamin, pendidikan) dengan Perilaku Lansia Hipertensi Di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara Bulan Juni Tahun 2011 (n=99)

Karakteristik lansia	Perilaku Hipertensi				Total		OR	95% CI	P Value
	Baik		Tidak Baik		n	%			
	n	%	n	%					
1. Usia									
Lansia dini (60-74)	47	54,7	39	45,3	86	100	1,928	0,584 – 6,372	0,429
Lansia tua (>75)	5	38,5	8	61,5	13	100			
2. Pendapatan									
Tinggi (>2 jt)	25	58,1	18	41,9	43	100	1,492	0,670 – 3,324	0,437
Rendah (500.000-2000.000)	27	48,2	29	51,8	56	100			
3. Jenis Kelamin									
Perempuan	36	51,4	34	48,6	70	100	0,860	0,361 – 2,052	0,906
Laki-laki	16	55,2	13	44,8	29	100			
4. Pendidikan									
Rendah (SD-SMP)	38	48,1	41	51,9	79	100	0,397	0,319 – 1,139	0,133
Tinggi (SMA-PT)	14	70,0	6	30,0	20	100			

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan : 54,7% lansia hipertensi yang termasuk usia dini (60-74 th) berperilaku baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai p= 0,429 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara usia lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. 58,1% lansia hipertensi berpendapatan tinggi (>2 juta)

berperilaku baik Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,437$, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Sebanyak 51,4% lansia yang berjenis kelamin perempuan berperilaku baik dalam pengendalian hipertensi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,906$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. sebanyak 48,1% lansia yang berpendidikan rendah berperilaku baik dalam pengendalian hipertensi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,133$, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara level pendidikan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

5.3 Analisis Multivariat Faktor yang Dominan Berhubungan dengan Perilaku Lansia Hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara

Analisa multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah regresi logistik dengan pemodelan faktor resiko. Tujuan penggunaan analisis ini adalah untuk mengestimasi secara valid hubungan satu variabel independen (dukungan keluarga) yang paling berhubungan dengan variabel dependen (perilaku lansia) dan melakukan kontrol terhadap beberapa variabel *confounding*. Menurut Hastono (2007), untuk mendapatkan model akhir uji multivariat dilakukan dengan tahap pemodelan sebagai berikut :

5.3.1 Pemilihan variabel kandidat multivariat

Masing-masing variabel independen dan variabel *confounding* dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana, bila menghasilkan p value $< 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam tahap multivariat, tetapi, jika di hasilkan p value $> 0,25$ namun secara substansi penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Hasil pemilihan variabel kandidat multivariat dapat dilihat pada tabel 5.4 dibawah ini.

Tabel 5.4
Hasil seleksi variabel kandidat multivariat di Kecamatan Koja
Jakarta utara Juni 2011(n=99)

Variabel	P Value
Dukungan emosional	0,000
Dukungan penghargaan	0,001
Dukungan informasi	0,000
Dukungan instrumental	0,001
Usia	0,429
Jenis kelamin	0,906
Pendapatan	0,437
Pendidikan	0,133

Berdasarkan hasil seleksi kandidat variabel yang akan masuk multivariat pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel usia, jenis kelamin, pendapatan memiliki nilai P value $> 0,25$, ini berarti bahwa variabel tersebut, tidak dapat masuk ke multivariat. Dan untuk variabel dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental dan pendidikan dapat masuk ke multivariat

5.3.2 Pembuatan model multivariat

Pembuatan model multivariat dengan cara menguji cobakan semua variabel kandidat secara bersama-sama. Model terbaik adalah variabel yang mempunyai nilai P value $< 0,05$, bila dalam model multivariat ditemukan variabel yang P value $> 0,05$ maka variabel tersebut dikeluarkan dalam model secara satu persatu dimulai dari P value yang terbesar.

Tabel 5.5
Hasil pembuatan model multivariat di Kecamatan Koja
Jakarta Utara Juni 2011

No	Variabel	B	Pvalue	OR	95%CI
1	Dukungan emosional	0,839	0,224	2,313	0,598 – 8,951
2	Dukungan penghargaan	0,687	0,222	1,988	0,660 – 5,982
3	Dukungan informasi	0,976	0,211	2,655	0,574 – 12,281
4	Dukungan instrumental	0,116	0,855	1,123	0,324 – 3,898
5	Pendidikan	-1,159	0,064	0,314	0,092 – 1,071

Pada tabel 5.5 terlihat ada 5 variabel yang p valuenya $>0,05$ yaitu dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental, pendidikan. Selanjutnya yaitu variabel yang p valuenya paling besar dikeluarkan dari model yaitu dukungan instrumental sebesar 0,855. Adapun tahap-tahapnya dapat dilihat pada table 5.6 dibawah ini.

Tabel 5.6
Nilai p value dalam urutan pemodelan

Variabel	I	II	III	IV	V
Dukungan emosional	0,224	0,220			
Dukungan penghargaan	0,222	0,209	0,097		
Dukungan informasi	0,211	0,125	0,017	0,000	0,000
Dukungan instrumental	0,855				
Pendidikan	0,064	0,049	0,051	0,070	

Tahap kedua setelah variabel instrumental dikeluarkan, maka terjadi perubahan nilai OR jika $> 10\%$ maka variabel tersebut tidak jadi dikeluarkan tapi menjadi variabel confounding. Hasil perbandingan OR untuk variabel dukungan emosional, penghargaan, pendidikan, tidak lebih 10 %. Selanjutnya dilakukan terus sampai terdapat variabel $< 0,05$ (proses pembuatan model dapat dilihat pada lampiran).

Tabel 5.7
Model terakhir

No	Variabel	B	Pvalue	OR	95%CI
1	Dukungan informasi	1,441	0,017	4,226	1,297 – 13,765
3	Dukungan penghargaan	0,891	0,097	2,438	0,682 – 6,977
4	Pendidikan	-1,196	0,051	0,303	0,091 – 1,006

Tabel 5.8
 Hasil Eliminasi variabel multivariat di Kecamatan Koja Jakarta Utara
 Juni 2011

No	Variabel	B	Pvalue	OR	95%CI
1	Dukungan informasi	1,903	0,000	6,708	2,517 – 17,881

Tabel 5.8 merupakan model terakhir dari analisis multivariat, dimana variabel yang berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi adalah dukungan informasi. Hasil analisis didapatkan OR=6,708, artinya lansia yang mendapatkan dukungan informasi akan menunjukkan perilaku baik dalam pengendalian hipertensi 6,7 kali dibandingkan dengan dukungan yang lain. Terlihat bahwa dukungan informasi merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap perilaku pengendalian hipertensi pada lansia. Persamaannya adalah sebagai berikut : Perilaku = constanta (-0,671) + 1,903* dukungan informasi. Artinya perilaku pengendalian hipertensi akan ditingkatkan dengan 1,903 dukungan informasi yang efektif.

[BAB 6 PEMBAHASAN

Pada Bab ini membahas mengenai hasil penelitian meliputi hubungan antara dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, serta faktor *confounding* yaitu karakteristik lansia meliputi usia, pendapatan, jenis kelamin, pendidikan yang mempengaruhi hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi. Pada pembahasan ini peneliti akan menganalisa persamaan dan perbedaan hasil yang diperoleh dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Hal lain yang akan digambarkan pada bab ini adalah keterbatasan penelitian dan implikasi hasil.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik lansia hipertensi.

Pada bagian ini dibahas tentang gambaran karakteristik lansia hipertensi yang meliputi usia, pendapatan, jenis kelamin, dan pendidikan.

6.1.1.1 Usia

Dari hasil penelitian tentang distribusi usia lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara, ditemukan bahwa lebih banyak lansia yang menderita hipertensi tergolong dalam usia lansia dini yaitu yang berusia 60-74 tahun berjumlah (86,9%),.. Temuan ini memperlihatkan bahwa usia lansia dini hipertensi di Kecamatan Koja cukup tinggi, bila dibandingkan dengan temuan terkait usia lansia hipertensi seperti yang ditemukan Lai, (2001), sebesar 56,6 %, maupun hasil penelitian *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III,1993), yang mengungkapkan usia lansia dini hipertensi sekitar 60%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Stanley dan Beare (2006) yang mengatakan bahwa 85%, usia lansia dini hipertensi.

Tingginya prevalensi usia lansia dini hipertensi erat kaitannya dengan berbagai faktor yang memungkinkan terjadinya

hipertensi. Lansia mengalami penurunan fungsi tubuh seiring bertambahnya usia sehingga lansia akan mengalami berbagai – perubahan baik fisik maupun psikologis (Stanhope, 2004). Pada masa ini, terjadi perubahan sistem kardiovaskuler, dimana katup mitral dan aorta mengalami sklerosis dan penebalan, serta miokard menjadi kaku dan lambat dalam berkontraktilitas. Selanjutnya kemampuan memompa jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi hipertensi. Secara konsep dapat disimpulkan bahwa semakin usia bertambah maka akan diikuti dengan penurunan fungsi tubuh. Banyaknya lansia usia dini hipertensi yang ditemukan di Kecamatan Koja disebabkan berbagai faktor antara lain pola hidup yang kurang sehat, lansia tidak memiliki persiapan khusus menghadapi masa tua, lansia banyak bergantung dari pemberian anak-anaknya, dan gaya hidup monoton,

6.1.1.2 Pendapatan

Melihat dari hasil penelitian tentang distribusi pendapatan lansia hipertensi di wilayah Kecamatan Koja, Jakarta Utara terlihat bahwa lebih banyak lansia hipertensi yang mempunyai pendapatan rendah (kurang dari Rp. 1.500.000 per bulan) yaitu sebesar 56,6%. Hasil temuan penelitian tentang pendapatan lansia hipertensi rendah di Kecamatan Koja cukup tinggi. Kondisi lansia yang sudah pensiun dan berkurangnya pendapatan dapat mempengaruhi fungsi perawatan dalam hal memenuhi kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan seperti pemenuhan nutrisi yang baik untuk lansia dengan hipertensi serta akses pelayanan perawatan kesehatan. Bila fungsi perawatan tidak terpenuhi dapat mempengaruhi status kesehatan individu, sehingga lansia menjadi berisiko untuk menjadi timbulnya masalah kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones; 2010). Menurut Stanhope dan Lancater (2004), tidak

seimbang antara kebutuhan dengan penghasilan dapat berisiko untuk timbulnya masalah baik secara fisik, maupun psikologis. Lansia dengan Penghasilan rendah tidak dapat melakukan perawatan diri terhadap kesehatan karena keterbatasan biaya. Pendapat ini didukung dari hasil penelitian Kellicker dan Caple (2010), yang menyatakan bahwa ekonomi rendah dapat mengurangi akses penggunaan fasilitas kesehatan dan pengobatan.

6.1.1.3 Jenis Kelamin

Hasil penelitian tentang distribusi jenis kelamin dari lansia hipertensi di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara didapatkan bahwa mayoritas lansia hipertensi dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 70,7%. Temuan ini memperlihatkan bahwa jenis kelamin lansia perempuan hipertensi di Kecamatan Koja cukup tinggi, bila dibandingkan dengan temuan yang dikemukakan oleh Zulfitri (2006), yaitu sebesar 64,6%, Lai, et al, (2001), sebesar 56,06 % dan penelitian Black dan Hawk (2009), yaitu 60 %.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil Sensus Nasional menurut Biro Pusat Statistik RI yaitu tahun 2005, 2006, dan 2009, dimana jumlah lansia perempuan lebih banyak dibandingkan dengan lansia laki – laki. Tingginya jenis kelamin perempuan hipertensi dikaitkan dengan proses menua dan ditambah faktor menopause. Setelah menopause produksi hormon estrogen menurun, Estrogen dapat meningkatkan konsentrasi HDL dan menurunkan LD. (Stanley & Beare, 2006). Hal ini dapat meningkatkan percepatan aterosklerosis.

Faktor lain yang mempengaruhi jenis kelamin perempuan terjadi hipertensi yaitu usia harapan hidup perempuan lebih tinggi

dibanding dengan laki – laki. Hal ini dapat dilihat dari perilaku Lansia, bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yangalah berbeda dalam menghadapi masalah. Lansia laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatannya sedangkan perempuan lebih banyak kecemasan dalam menghadapi masalah baik masalah fisik maupun psikologis. sehingga dapat mempengaruhi pola hidup. Pola hidup yang kurang sehat berdampak penurunan daya tahan tubuh dan rentannya terhadap berbagai penyakit. Banyaknya jenis kelamin lansia perempuan yang hipertensi di Kecamatan Koja, sangat erat dikaitkan dampak kondisi menopause, kemampuan lansia perempuan dalam menghadapi permasalahan hidup, pola hidup yang kurang menunjang serta lingkungan terlalu padat, sehingga menimbulkan stress.

6.1.1.4 Pendidikan

Hasil distribusi tingkat pendidikan di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara didapatkan data bahwa mayoritas lansia hipertensi berpendidikan rendah tingkat sekolah dasar dan sekolah menengah pertama yaitu sebesar (79,8 %). Temuan ini memperlihatkan bahwa pendidikan lansia hipertensi di Kecamatan koja berpendidikan rendah cukup tinggi bila dibandingkan dengan penelitian Zulfitri (2006), lansia hipertensi yang berpendidikan rendah yaitu 64, 6%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan asumsi yang dikeluarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2003), yang mengatakan bahwa 60 % lansia yang ada di masyarakat tidak pernah memperoleh pendidikan formal. Lansia dengan status pendidikan rendah kurang dapat berperilaku hidup baik, gaya hidup yang kurang sehat karena kurang mampu menangkap informasi informasi yang cukup terkait dengan penyakit dan

perawatannya. Sesuai dengan yang dikatakan oleh Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Pendidikan rendah juga berisiko ketidak patuhan lansia dalam mengontrol kesehatannya (WHO, 2003).

Pendidikan rendah lansia hipertensi di Kecamatan Koja, sangat erat dikaitkan dengan beberapa faktor seperti status pendapatan keluarga yang kurang memadai untuk bisa melanjutkan ke jenjang pendidikan lebih tinggi, dukungan sosial yang belum memadai karena kemampuan keuangan negara yang masih terbatas, pemberdayaan masyarakat, pembentukan kelompok usia lanjut baru terbatas tingkat kelurahan tertentu saja, sementara kegiatannya baik jumlah maupun kualitasnya sangat bervariasi antara kelompok satu dengan kelompok lainnya.

6.1.2 Dukungan Keluarga

Pada bagian ini peneliti akan membahas gambaran tentang dukungan emosional keluarga, dukungan penghargaan keluarga, dukungan informasi keluarga dan, dukungan instrumental keluarga terhadap lansia hipertensi

6.1.2.1 Dukungan Emosional Keluarga

Pada penelitian ini juga diketahui distribusi responden berdasarkan dukungan emosional keluarga yang menunjukkan paling banyak lansia yang mendapatkan dukungan emosional dari keluarga yang efektif yaitu 69 orang (69,7%), sedangkan lansia yang menerima dukungan tidak efektif berjumlah 30 orang (30,3). Temuan ini memperlihatkan bahwa dukungan emosional keluarga efektif pada lansia hipertensi di Kecamatan Koja lebih tinggi bila dibandingkan dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang mendapatkan paling banyak lansia

hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional dari keluarga secara efektif yang berjumlah (54,4%). Menurut analisa peneliti sebagian besar keluarga sudah memberikan dukungan emosional secara efektif pada anggota keluarga. Keluarga sudah memberikan kasih sayang, perhatian dan kenyamanan pada lansia hipertensi, ini didapat kan dari kuesioner yang diberikan pada lansia banyak yang memberikan nilai yang baik pada dukungan emosional.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Bomar (2004), bahwa dukungan emosional merupakan dukungan dalam bentuk bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, perhatian dan membangkitkan semangat, mengurangi rasa putus asa akibat keterbatasan fisik akibat penurunan fungsi. Hasil penelitian Kaakinen et al., (2010), mengatakan bahwa dukungan emosional dapat diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, simpati dan perasaan positif lainnya. Menurut Reaglin (2001, dalam Bomar, 2004), bahwa dukungan emosional keluarga mempengaruhi terhadap psikologis lansia. Tingginya dukungan emosional keluarga yang efektif di Kecamatan Koja, erat kaitannya dengan faktor antara lain lansia yang tinggal bersama dengan keluarga, pemahaman keluarga terhadap nilai – nilai dan norma agama yang baik dalam keluarga yang menerapkan kasih sayang terhadap lansia.

6.1.2.2 Dukungan Penghargaan Keluarga

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir sama besar lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan secara efektif dari keluarga dengan yang tidak efektif. Lansia yang menerima dukungan penghargaan efektif berjumlah (50,5%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006) mendapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dimana lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan secara

efektif sebesar (53,6%). Menurut Friedman (2003), dukungan penghargaan keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap lanjut usia yang dapat meningkatkan status psikososial lansia. Menurut Bomar (2004), bentuk dukungan penghargaan keluarga berupa pemberian penghargaan dengan memberikan respon positif. Dengan dukungan penghargaan lansia hipertensi akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahliannya. Dari hasil penelitian ini sebagian besar keluarga telah memberikan dukungan penghargaan pada lansia hal ini dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga yang menghormati orang tua.

6.1.2.3 Dukungan Informasi Keluarga

Pada penelitian ini diketahui distribusi lansia berdasarkan dukungan informasi keluarga menunjukkan bahwa paling banyak lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi secara efektif yaitu (68,7%), sedangkan lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi tidak efektif sebesar (31,3%), Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang juga mendapatkan bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi secara efektif yaitu sebesar (52,4%). Menurut Bomar (2004), bahwa dukungan informasi keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat dan arahan serta memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan lansia hipertensi. Dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap lansia adalah fungsi perawatan kesehatan untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga (Friedman, 2003). Menurut analisa peneliti, sebagian besar lansia hipertensi mendapatkan dukungan informasi secara efektif hal ini ditunjang dengan program promosi kesehatan yang dijalankan oleh Puskesmas setempat terpadu dalam kegiatan posyandu lansia dengan melibatkan peran serta kader kesehatan.

6.1.2.4 Dukungan Instrumental Keluarga

Berdasarkan distribusi dukungan instrumental keluarga, menunjukkan bahwa lebih banyak lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental efektif, dibanding dengan yang mendapat dukungan instrumental tidak efektif. Dukungan instrumental keluarga yang diterima lansia secara efektif sebesar (60,6%). Hasil ini juga sama dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), menemukan lebih banyak lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental efektif. Dukungan instrumental yang diberikan keluarga berupa penyediaan makanan, pakaian tempat tinggal, bantuan dana, tenaga maupun waktu kepada anggota keluarganya.

Menurut Watson (2003), mengatakan salah satu sifat lansia adalah terjadinya penurunan kemandirian sehingga membutuhkan bantuan orang lain yang berkaitan dengan perawatannya. Lansia cenderung mengalami gangguan psikososial yang disebabkan oleh penurunan status kesehatan akibat penyakit akut dan kronis, pensiun atau kehilangan jabatan atau pekerjaan, teman /relasi (Nugroho, 2000). Menurut analisa peneliti terkait hasil penelitian dukungan instrumental efektif mungkin disebabkan adanya status sosial ekonomi dari lansia yang menjadi responden sebagian besar tergolong kedalam menengah. Menurut Friedman (2002), keluarga dengan tingkat sosial ekonomi menengah mempunyai tingkat dukungan dan keterlibatan dengan lansia lebih tinggi dari pada kelas sosial ekonomi bawah.

6.1.3 Perilaku Lansia

Dari Hasil penelitian tentang distribusi perilaku yang merupakan komposit dari pengetahuan, sikap dan keterampilan lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara didapatkan hasil bahwa hampir sama besar lansia hipertensi mempunyai perilaku baik dan tidak baik. Perilaku baik pada lansia hipertensi sebesar (52,5%), dan yang tidak baik sebesar (47,5%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), diketahui bahwa perilaku sehat sebesar (51,2%), perilaku tidak sehat sebesar (48,8%). Menurut analisa peneliti perilaku sehat menunjukkan sedikit lebih, ini disebabkan jumlah

lansia yg menjadi responden mayoritas perempuan yaitu 70 orang dari 99 orang dan semua lansia responden tinggal bersama dengan keluarga yang dicintai. Lansia perempuan tingkat kepatuhan nya lebih baik.

Menurut Skinner (1938 dalam Notoatmojo, 2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Sedangkan Green (1989 dalam Notoatmojo, 2007), menjabarkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor yang pertama adalah faktor mempermudah meliputi: pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, tradisi, faktor kedua adalah yang memungkinkan meliputi sarana dan prasarana, faktor ketiga adalah penguat faktor yang mendorong atau yang memperkuat terjadinya perilaku. Faktor yang memperkuat perilaku terkait dengan kepatuhan.

6.1.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian Hipertensi

Pada bagian ini peneliti akan membahas tentang hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Hubungan dukungan keluarga meliputi hubungan dukungan emosional, hubungan dukungan penghargaan, hubungan dukungan informasi, hubungan dukungan instrumental dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

6.1.4.1 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian hipertensi.

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan emosional dengan perilaku lansia hipertensi dengan nilai P value = 0,000. Lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional efektif mempunyai kemungkinan 6,161 kali berperilaku baik dibanding dengan lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional tidak efektif. Menurut Raglin (2001, dalam Bomer, 2004), menyatakan bahwa dukungan

emosional keluarga mempengaruhi perasaan dan motivasi seseorang. Hasil penelitian ini ditunjang ditunjang oleh penelitian Handayani (2009), menemukan adanya hubungan yang kuat antara dukungan emosional dengan tingkat kecemasan lansia. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diberikan pada seluruh anggota keluarga termasuk kepada lansia dengan penyakit kronis. (Friedman, 2002).

Hasil penelitian ini juga mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian zulfitri (2006), yang juga menemukan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya. Hasil penelitian agustanti (2006), menemukan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan emosional dengan kualitas hidup ODHA baik program jangka panjang maupun jangka pendek..

Dengan terpenuhinya dukungan emosional dalam keluarga, akan meningkatkan kualitas manusia, kepribadian, perilaku dalam pengendalian hipertensi.

6.1.4.2 Hubungan dukungan Penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan penghargaan dengan perilaku lansia hipertensi dengan nilai P value = 0,001. Lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan efektif mempunyai kemungkinan 4,392 kali berperilaku baik dibanding dengan lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan tidak efektif. Hasil penelitian ini juga mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian zulfitri (2006), yang juga menemukan adanya hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya.

Menurut Bomar (2004) Friedman (2003), dukungan penghargaan merupakan bentuk fungsi afektif keluarga dalam meningkatkan status psikososial lansia. Dukungan penghargaan berupa sambutan yang yang

positif dengan orang – orang disekitarnya. Dukungan penghargaan keluarga membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain. Hasil penelitian Li., Noqueira (2008), menyebutkan dukungan keluarga sangat penting dibutuhkan bagi lansia dengan hipertensi. Dengan dukungan yang efektif dapat mengendalikan peningkatan hipertensi.

6.1.4.3 Hubungan dukungan Informasi dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan informasi dengan perilaku lansia hipertensi dengan nilai P value = 0,000. Lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi efektif mempunyai kemungkinan 6,708 kali berperilaku baik dibanding dengan lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi tidak efektif. Lansia secara fisiologis akan mengalami penurunan dalam fungsi kognitif, mudah lupa dan lambat dalam menerima stimulus, sehingga lansia membutuhkan informasi yang adekuat dari orang lain terutama keluarga untuk meningkatkan pengetahuan dalam perawatan kesehatan dalam pengendalian hipertensi.

Bomar (2004), menyatakan dukungan informasi dari keluarga berupa pemberian saran, nasehat, masukan, pengarahan atau pemberian informasi – informasi penting yang dibutuhkan keluarga untuk meningkatkan kesehatannya. Menurut Friedman (2003), dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan

6.1.4.4 Hubungan dukungan Instrumental dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan intrumental dengan perilaku lansia hipertensi dengan nilai P value = 0,000. Lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental

efektif mempunyai kemungkinan 4,500 kali berperilaku baik dibandingkan dengan lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental tidak efektif. Dukungan instrumental yang diberikan keluarga meliputi penyediaan fasilitas seperti tenaga, dana dan memberikan waktu luang untuk lansia memberikan pengaruh yang berarti dalam pembentukan perilaku pengendalian hipertensi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan Watson (2003) yang mengatakan bahwa salah satu sifat lansia adalah terjadinya penurunan kemandirian sehingga membutuhkan orang lain, terutama yang berkaitan erat dengan perawatannya. Penurunan kemandirian cenderung mengakibatkan gangguan psikososial dan dapat mempengaruhi perilaku lansia sehari-hari. Gangguan psikososial biasanya disebabkan oleh penyakit akut atau kronis, pensiun, kehilangan jabatan, berkurang pendapatan. Oleh karena itu dukungan instrumental sangat dibutuhkan lansia, sehingga dapat meningkatkan perilaku baik dalam pengendalian hipertensi.

6.1.5 Hubungan Karakteristik Lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian Hipertensi

Pad bagian ini peneliti akan membahas tentang hubungan karakteristik lansia meliputi usia, pendapatan, jenis kelamin, pendidikan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

6.1.5.1 Hubungan Usia lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

Hasil penelitian tentang hubungan usia lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku lansia hipertensi dengan p value = 0,429., dibandingkan dengan lansia dengan usia dini. Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian epidemiologi terjadinya hipertensi pada

lansia. Menurut Babatsikou, Zavitsanou (2010), menyatakan prevalensi hipertensi pada lansia di Yunani usia 60 tahun berjumlah 60%. Skiliros (dalam Babatsikou, 2010), menyatakan prevalensi hipertensi pada lansia 65 tahun berjumlah 69%. Hal ini berkaitan dengan adanya proses menua dimana terjadi perubahan pada sistem kardiovaskuler dimana terjadi kaku dan penebalan dinding pembuluh darah, kerja jantung meningkat terjadi peningkatan tekanan darah. Lansia dengan hipertensi akan memiliki perilaku pengendalian tekanan darah. Perilaku pengendalian dipengaruhi beberapa faktor, salah satunya adalah faktor usia. Pada usia tua akan memperlihatkan sikap yang kuat dan tidak terlalu takut dengan realita kematian, hal ini akan menimbulkan sikap acuh, putus asa, pasrah terutama pada lansia yang mengalami penyakit kronis. Sikap ini menyebabkan ketidak patuhan dan muncul perilaku tidak baik (World Health Organization (WHO), 2003).

6.1.5.2 Hubungan pendapatan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi

Hasil penelitian tentang hubungan pendapatan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku lansia hipertensi dengan p value = 0,437. Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Worthington dan Krentz (2005, dalam Nojomi, dkk, 2009) dimana status sosial ekonomi (pendapatan) merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Selain itu, hasil penelitian yang tidak senada pula dari Wig, dkk (2010) yang mendapatkan pendapatan mempengaruhi kualitas hidup HIV dengan $p = 0,048$. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir, dkk (2006, dalam Afiyah, 2010) yang juga mengungkapkan bahwa penduduk dengan penghasilan yang tidak mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan penduduk yang mempunyai penghasilan yang mencukupi.

Menurut analisa peneliti, perilaku lansia tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pendapatan saja tetapi dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti pendidikan yang mayoritas pada penelitian ini lansia berpendidikan rendah. Pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik.

6.1.5.3 Hubungan jenis kelamin dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

Hasil penelitian tentang hubungan Jenis kelamin lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku lansia hipertensi dengan p value = 0,906, Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Lai, S.W.,et.al (2000), didapatkan jumlah lansia wanita yang menderita hipertensi lebih banyak dibandingkan dengan lansia laki-laki, hal ini dapat disebabkan faktor kepatuhan yang dimiliki lansia perempuan kurang patuh dibanding laki-laki. Dapat dikatakan bahwa lansia hipertensi perempuan mempunyai perilaku baik dalam pengendalian hipertensi lebih kecil dari lansia laki-laki.

6.1.5.4 Hubungan pendidikan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

Hasil penelitian tentang hubungan pendidikan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku lansia hipertensi dengan p value = 0,133, dibandingkan dengan lansia dengan pendidikan tinggi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Munandar (2003), menemukan hasil dari penelitiannya bahwa tingkat pendidikan lansia tidak berhubungan dengan tingkat kenyamanan dan kepuasan hidup lansia yang ditunjukkan melalui sikap dan perilakunya sehari – hari. Menurut Munandar belum tentu lansia yang berpendidikan tinggi

mempunyai kenyamanan dan kepuasan hidup yang tinggi pula. Hasil ini tidak sesuai dengan teori Watson (2003), menjabarkan bahwa perilaku lansia mempertahankan sikap yang kuat dan tidak terlalu takut dengan kematian yang menimbulkan sikap acuh, putus asa, dan menyebabkan ketidakpatuhan (WHO, 2003). Kepatuhan dipengaruhi beberapa faktor, salah satunya adalah faktor pendidikan. Pada pendidikan rendah memperlihatkan perilaku yang kurang terhadap pengendalian hipertensi.

6.1.6 Faktor yang Dominan Berhubungan dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari beberapa variabel dukungan keluarga terdapat satu variabel yang dominan berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi yaitu variabel dukungan informasi dengan ($p= 0,000$). Variabel informasi dominan berhubungan dengan perilaku pengendalian hipertensi dengan OR 6,708. Hal ini berarti bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi yang efektif berpeluang 6,7 kali memiliki perilaku baik

Analisis peneliti bahwa lansia sudah mengalami penurunan fungsi kognitif (Nugroho, 2000; Watson, 2003) sehingga lansia sangat membutuhkan informasi yang adekuat dari orang lain terutama keluarga terkait dengan penyakit dan perawatan hipertensi. Dengan informasi yang cukup lansia dapat merubah perilaku kearah yang lebih baik seperti yang dikemukakan oleh Watson (2003). Zulfitri (2006), Friedman (2003), Tjakrawiralaksana (2003), pentingnya dukungan keluarga pada lansia untuk meningkatkan motivasi, kualitas hidup dengan perilaku sehat dalam pengendalian hipertensi.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, dalam proses pengumpulan data peneliti mempunyai keterbatasan dalam ketersediaan waktu penelitian, disebabkan peneliti masih bekerja penuh waktu di institusi peneliti bekerja. Proses pengumpulan data dilakukan dalam satu wilayah Kecamatan yang meliputi 6 kelurahan. Dalam hal ini peneliti dibantu oleh 4 orang kader kesehatan. yang dibagi untuk 4 kelurahan, dan peneliti hanya mampu mengumpulkan data untuk dua kelurahan, sehingga proses pengumpulan data ini menjadi lebih lama karena terbatasnya waktu.

Dalam pengumpulan data lansia penderita hipertensi di Puskesmas Kecamatan Koja, penulis tidak mendapatkan data jumlah lansia penderita hipertensi secara lengkap, karena data yang lengkap tentang jumlah penderita hipertensi ada pada masing – masing Puskesmas Kelurahan, sehingga peneliti harus menanyakan pada masing-masing Puskesmas kelurahan yang terdiri dari 6 puskesmas Kelurahan. Peneliti mengalami kesulitan saat mengumpulkan data, karena data tentang alamat rumah responden yang didapat dari Puskesmas maupun posyandu lansia tidak tertulis dengan lengkap, sehingga peneliti dan kader yang membantu dalam ini membutuhkan waktu yang lama,

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1 Bagi Pengembang Kebijakan

Hasil penelitian sebagian besar lansia hipertensi berada pada usia lansia dini (60-74.), hal merupakan wujud nyata dan cerminan kebutuhan masyarakat khususnya para usia lanjut terhadap pelayanan yang terjangkau, berkelanjutan, dan bermutu dalam rangka mencapai masa tua yang sehat, bahagia, berdaya guna dan produktif selama mungkin. Asuhan keperawatan pada lansia di komunitas membutuhkan peran perawat

komunitas yang kompeten dibidangnya. Dengan meningkatnya prevalensi hipertensi pada lansia usia 60 tahun, akan berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia, mengakibatkan. adalah ketidakmampuan lansia melakukan aktifitas. Akibat selanjutnya lansia menjadi beban keluarga. Untuk mengatasi masalah tersebut dibutuhkan dukungan keluarga. Dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental. Disamping dukungan keluarga diperlukan pihak lain dari sisi pemberdayaan masyarakat dalam kelompok usia lanjut. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa lansia mengalami hipertensi lebih dini 60 – 74 tahun sehingga ini menjadi dasar untuk bagi pengembang kebijakan untuk mengembangkan model promosi kesehatan pada pra lansia dan lansia.

6.3.2 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi terutama dukungan informasi, hasil ini dapat dijadikan acuan bagi ilmu keperawatan komunitas untuk mengembangkan model dukungan yang efektif yang terkait dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dan dapat memberikan masukan bagi keluarga yang terkait untuk lebih meningkatkan dukungan pada lansia hipertensi dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi.

6.3.3 Bagi keluarga dan Lansia

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada keluarga terkait dengan kebutuhan dukungan keluarga bagi lansia. Dan diharapkan penelitian ini memberikan dampak pada lansia untuk dapat meningkatkan perilaku yang baik dalam pengendalian hipertensi. Hasil penelitian lebih memfokuskan aspek promotif dengan memberikan informasi keterkaitan dengan pentingnya dukungan keluarga pada lansia dalam pengendalian hipertensi

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Hasil penelitian, sebagian besar lansia hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara termasuk dalam katagori usia lansia dini, sebagian besar lansia hipertensi berjenis kelamin perempuan dan sebagian besar lansia hipertensi berpendidikan rendah.
- 7.1.2. Sebagian besar lansia hipertensi mendapatkan dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental dari keluarga secara efektif.
- 7.1.3 Ada hubungan antara dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi
- 7.1.4 Tidak ada hubungan antara usia, pendapatan, jenis kelamin, dan pendidikan lansia dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.
- 7.1.5 Variabel dukungan informasi yang paling berhubungan dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Lansia dan Keluarga

Bagi Lansia hendaknya meningkatkan kesehatan dalam pengendalian hipertensi, dengan mengikuti kegiatan kelompok usia lanjut yang mandiri dalam masyarakat seperti posyandu lans. Bagi keluarga hendaknya

meningkatkan dukungan kepada lansia dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi lansia terutama dukungan informasi terkait dengan pengendalian hipertensi.

7.2.2 Bagi Perawat komunitas

Perawat komunitas hendaknya memfasilitasi pembentukan wadah kelompok lansia dan melakukan kegiatan dalam kelompok lansia secara rutin. Perawat hendaknya melakukan kunjungan rumah secara terjadwal, untuk memantau kesehatan lansia yang ada di masyarakat dan keluarga serta meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memberikan dukungan kepada lansia dengan hipertensi melalui promosi kesehatan.

7.2.3 Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan lansia dengan hipertensi di rumah, perlu diupayakan program kegiatan yang difokuskan pada kegiatan promotif dan preventif. Kegiatan promosi kesehatan ditujukan bagi lansia dan keluarga, bentuk kegiatan dapat berupa pemeriksaan kesehatan, dan dapat juga dilakukan penyebaran informasi berupa pengembangan media informasi baik kepada lansia maupun kepada keluarga terkait dengan penyakit hipertensi

7.2.4 Bagi Penelitian

Bagi penelitian selanjutnya, mungkin perlu mengidentifikasi lebih dalam tentang model dukungan untuk keluarga terkait dengan pengendalian hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (2003). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 26(1), 33-50.
http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s33.full.pdf Diperoleh 5 Maret 2011
- American Diabetes Association (2004). Nephropathy in diabetes. *Diabetes Care*, 27(1),79-80.
http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s79.full.pdf+html.
Diperoleh 26 Februari 2011
- American Diabetes Association (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 34(1), 62-68.
http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S1.full.pdf+html
Diperoleh 5 Maret 2011
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok : jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI
- Arsono, S (2005). Diabetes melitus sebagai faktor risiko kejadian Gagal Ginjal Terminal. *Jurnal Epidemiologi*. <http://eprints.undip.ac.id/5252/> Diperoleh 12 Februari 2011
- Black, J.M & Hawks, J.H (2009). *Medical surgical nursing* (8th ed).St Louis, Missouri: Saunders
- Bhattacharya, A (2005). Risk Factors for Diabetic Nephropathy. Government Medical College, Surat
http://www.apiindia.org/medicine_update_2005/chapter_55.pdf Diperoleh 11 Februari 2011
- Budiarto, E (2003). *Metodologi penelitian kedokteran*. Jakarta : EGC
- Craig, K.J., Donovan, K., Munnery, M., Owens., Williams, J.D., Phillips, A. (2003). Identification and Management of Diabetic Nephropathy in the Diabetes Clinic. *Diabetes Care*. 26(6), 1806-1811.
<http://care.diabetesjournals.org/content/26/6/1806.full.pdf+html> Diperoleh 11 Februari 2011
- Depkes RI (2008). Profil Kesehatan Nasional 2008.
<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/ProfilKesehatanIndonesia2008.pdf> Diperoleh 20 Februari 2011

- Dunning, T (2003). *Care Of people with diabetes. A manual nursing practice.* Australia:Black Well Publishing
- Daniel W. Foster. 1994. *Diabetes Mellitus in Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam.* Edisi 13, EGC. Jakarta. Hal 2212-2213.
- Davila, N.. Physical activity in Puerto Rican adults with type 2 diabetes mellitus. Ph.D. dissertation, The University of Arizona, United States -- Arizona. Retrieved March 26, 2011, from Dissertations & Theses: Full Text.(Publication No. AAT 3404197).
- Doenges, Marilyn (2007). *Nursing diagnosis manual : planning, individualizing, and documenting client care*(2nd ed). Philadelphia : Davis Company
- Ejerbald, E (2005). Some lifestyle-related factors and risk of chronic renal failure. Dept. Of Medical Epidemiology and Biostatistics, Sweden. <http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/39984/1/thesis.pdf> Diperoleh 1 Mei 2011
- Gross, J.L., de Azevedo, M.J., Silveiro, S.P., Canani, L.H., Caramori, M. L., Zelmanovitz,T (2005). Diabetic Nephropathy : Diagnosis, Prevention and Treatment : Risk Factors and Pathogenesis. *Diabetes Care*, 28(1), 164-176. http://www.medscape.com/viewarticle/497717_5 Diperoleh 20 Februari 2011
- Grylls, W.K., McKenzie, J.E., Howarth,C.C., & Mann, J(2003). Lifestyle factors associated with glycemic control and body mass index in older adults with diabetes. *European Journal of Clinical Nutrition.* 57, 1386-1393
- Hastono,S.P.(2007). *Analisa Data Kesehatan.* Jakarta: FKM-UI
- Hovind, P., Rossing, P., Tarnow, L., & Parving, H.(2002). Smoking and Progression of Diabetic Nephropathy in Type 1 Diaabetes. *Diabetes Care.* <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/911.full.pdf+html> Diperoleh 20 Februari 2011
- Ignatius, C.M., Emeka, E.,N., Uchena, N.K (2009). The Prevalence of Diabetic Nephropathy in Diabetic Patients. *European Journal of Scientific Research.* 26(2), 255-259. <http://www.eurojournals.com/ejsr.htm> Diperoleh 8 Februari 2011

- Islam, T.M., Fox, C.S., Mann, D & Muntner, P. (2009). Aged-related associations of hypertension and diabetes mellitus with Chronic Kidney Disease. <http://www.medscape.com/viewarticle/708550> Diperoleh 3 Maret 2011
- Ignatavicius D.D., & Workman M.L. (2006). *Medical surgical nursing, a nursing process approach*, 8nd ed. WB Saunders : Philadelphia
- Jungmann, E (2003). *Prevention and treatment of diabetic nephropathy in older patients*. St. Vincent hospital Wiedenbruck Germany.
- Lorezt, L (2005). *Primary care. Tools for Clinicians*. Missouri : Mosby
- Lindstrom, J (2006). Prevention of type 2 Diabetes lifestyle intervention emphasis on dietary composition and identification of high risk individuals
- Liu, Z., Fu, C., Wang., Xu, B (2010). Prevalence of chronic complication of tipe 2 diabetes mellitus in outpatients-a cross sectional study hospital based survey in urban Cina. *BioMed Central*. <http://www.hqlo.com/content/8/1/62>. diperoleh 1 mei 2011.
- Makita, Z., Radoff, S., Rayfield, E., Yang, Z., Skolnik, E., Delaney, V., Friedman, E., Cerami, A., dan Vlassara, H. (1991). Advanced glycosylation end products in patients with diabetic nephropathy. Dalam : *New England Journal Medicine*, 325, 836-42 <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199109193251202> Diperoleh 3 Maret 2011
- McCloskey, J.C & Buleck, G.M (1996) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St Louis : Mosby
- Mehler, P., Jeffers, B., Biggerstaff, S., dan Schrier, R. (1998). Smoking as a risk factor for nephropathy in non-insulin-dependent diabetics. Dalam : *Journal Gen Internal Medicine*, 13, 842-845. <http://www.springerlink.com/content/u70548111242u405/> Diperoleh 10 Maret 2011
- Moore, M.C (1997). *Buku Pedoman terapi diet dan nutrisi*, Ed ke-2. Alih bahasa Liniyanti D. Jakarta : Hipokrates
- NANDA. (2009). *Nursing Diagnoses : definitions & Classification 2009-2011*. Wiley-Blackwell
- Nathan, D.M & Delahanty, L.M (2005). *Menaklukkan Diabetes*. Alih bahasa Meitasari Tjandrasa. Jakarta : PT. Buana Ilmu Populer

- National Geographic (2011). Jumlah penderita diabetes di indonesia semakin meningkat. <http://nationalgeographic.co.id/lihat/berita/162/jumlah-penderita-diabetes-di-indonesia-terus-meningkat> diperoleh 3 maret 2011
- Polit, D.F & Beck, C.T.(2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization*(6th edition). Philadelphia.Lippincot William & Walkin
- Perico,N., Codreanu,I., Schiepati,A & Remuzzi,G. (2005). Pathophysiology of disease progression in proteinuric nephropathies. *Kidney International*. ,67,79-82.[Nature.com/ki/journal/v67/n94s/full/4496044a.html](http://www.nature.com/ki/journal/v67/n94s/full/4496044a.html). Diperoleh 20 Februari 2011
- Perry, A.G & Potter, P.A (2007). *Basic Nursing*. (6th Ed). St.Louis : Mosby Elsevier
- “Penelitian disertasi dokter indonesia, Gen diabetes ras melayu dapat dideteksi”. *Surabaya post online* 2 Januari 2009.
- Price, S.A & Wilson, L.M.(2003). *Patofisiologi. Konsep klinis proses-proses penyakit* (edisi ke-6). Jakarta : EGC
- Riet, E.V., Dekker, J.M., Sun, Q. Nupels, G., Hu, F, B., Dam,R.M (2010). Role of adiposity and lifestyle in the relationship between family history of diabetes and 20 year incidence of type 2 diabetes in U.S Women. *Diabetes Care*. 33(4). 763. Diperoleh 3 maret 2011
- Robins, V(2010). Managing diabetic nephropathy. *Practice nursing*, 21 (2). Diperoleh 15 februari 2011
- Ravid, M., Brosh, D., Safran, D.R., Levy, Z., Rachmani, R (1998, Mei 11). Main risk factors for Nephropathy in type 2 Diabetes Mellitus Are Plasma Cholesterol levels, Mean Blood Pressure, and hyperglycemia. *Arch intern Med*, 158, 998-1004. <http://achinternmed.com>. Diperoleh 12 Februari 2011
- Rosario, R.F & Prabhakar, S (2006). Lipids and Diabetic Nephropathy. *Current Science*.. 6 : 455-462. <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=c2h8m470413r8173&size=largest>. Diperoleh 7 Juli 2011
- Sastroasmoro,S & Ismael, S (2008). Dasar-dasar metodologi penelitian klinis Ed. ke-3. Jakarta : Sagung seto
- Shankar, A., Klein, R., & Klein, B. E. K (2005). The association among smoking, heavy drinking and chronic kidney disease. *American Journal of Epidemiology*. 164(3). 263-271.

- <http://aje.oxfordjournals.org/content/164/3/263.full.pdf+html>. Diperoleh 13 April 2011
- Smeltzer, C.S & Bare, B.G(2001). Keperawatan Medikal Bedah (Agung Waluyo, I Made Karyasa, Julia, H.Y.Kuncara, Yasmin Asih, alih bahasa). Jakarta :EGC
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi,I., Simadibrata,M.,Setiati,S. (2006) Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Ed. ke-4, jilid III. Jakarta : FK-UI.
- Soman, S.S. & Soman, A.S. (2009). Diabetic Nephropathy. <http://emedicine.medscape.com/article/238946-overview> Diperoleh 3 Maret 2011
- Schneiderman, N (2004). Psychosocial, behavioral and biological aspects of chronic diseases. *American Psychological Society*. 13(6), 247-250. http://pmbcii.psy.cmu.edu/schneiderman/Psychosocial_Behavioral_Biological_1_CurrentDirections_article.pdf. Diperoleh 3 Maret 2011
- Unnikrishan, R., Rema, M., Pradeepa, R., Deepa, M., Shanthirani, C.S., Deepa, R., Mohan, V., Prevalence and risk factors of diabetic nephropathy in an Urban South Indian Population. *Diabetes Care*. 30(8), 2019-2024
- Yanti, S (2009). Analisis hubungan kesadaran diri pasien dengan kejadian komplikasi diabetes melitus dalam konteks asuhan keperawatan di RSUD Dr.Adnan W.D Payakumbuh. FIK-UI
- Yokota, C., Kimura, J., Inenaga, T.(1995). Risk factors for progression of diabetic nephropathy. *American journal of nephrology*,15(6) . Diperoleh 19 Februari 2011



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1639/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

4 Mei 2011

Yth. Kepala
Kesbanglinmas
Jakarta Utara

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Lily Herlinah
0906594412

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di wilayah Jakarta Utara.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA ADMINISTRASI JAKARTA UTARA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Laksda Yos Sudarso No. 27-29 Telp 43930140
JAKARTA

NOTA DINAS

Nomor : 11/ -084.25

Kepada : Walikota Jakarta Utara
Cq. Bagian Tata Pemerintahan Setko Adm. Jakarta Utara
Dari : Kantor Kesbang dan Politik Kota Administrasi Jakarta Utara
Perihal : Permohonan Izin Penelitian / Riset
Sehubungan dengan surat : Universitas Indonesia
No : 1635/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 Tanggal 4 Mei 2011
Nama : Lily Herlinah
Pekerjaan : Mahasiswa
No. Mahasiswa / Pelajar : 0906594412
Alamat : Jl. Lagoa Trs Gg. III D.I/14 Rt. 005/003 Kel. Lagoa
Kec. Koja Jakarta Utara
Tujuan : Izin Penelitian
Lamanya Penelitian : 2 (dua) bulan 18 Mei s/d 30 Juni 2011 di Kec. Koja
Jakarta Utara
Peserta : Sendiri
Judul : "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku
Lansia dalam Pengendalian Hipertensi"
Penanggung Jawab : Dewi Irawaty, MA, PhD

Setelah meneliti Surat Permohonan dan Berkas yang diajukan, kami tidak keberatan dilakukan penelitian / riset dimaksud, sepanjang dipenuhi ketentuan dan persyaratan sebagai berikut :

1. Setelah selesai melakukan penelitian, harap segera melaporkan hasilnya kepada Walikota Jakarta Utara, Cq. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Administrasi Jakarta Utara.
2. Bila sampai tempat penelitian terlebih dahulu melaporkan kepada Aparat Pemerintah setempat.
3. Mematuhi segala peraturan yang berlaku di daerah tersebut.
4. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak ada kaitannya dengan izin / judul penelitian diatas.

Demikian disampaikan untuk menjadi bahan lebih lanjut.

Jakarta, 18 Mei 2011

**KEPALA KANTOR KESBANG DAN POLITIK
ADMINISTRASI JAKARTA UTARA**



[Handwritten Signature]
R. WIS M. ADJI, SH, M.Si
196002201985091001

Tembusan :
Walikota Jakarta Utara



WALIKOTA JAKARTA UTARA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 3042 / - 1.851.8

Walikota Jakarta Utara menerangkan bahwa sesuai Nota Dinas dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Administrasi Jakarta Utara No. 11 / -084.25, tanggal 18 Mei 2011, perihal Ijin Penelitian/Riset :

Nama : LILY HERLINAH
Alamat : Jln. Lagoa Trs Gg. III D./14 RT. 005/03
Kelurahan Lagoa, Kecamatan Koja
Mahasiswa dari : Universitas Indonesia
No. Mahasiswa/ Pelajar : 0906594412

Terhitung tanggal 18 Mei s.d. 30 Juni 2011, akan mengadakan penelitian/riset dengan Judul "**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi**".

lokasi di : Kecamatan Koja Jakarta Utara.

dengan ketentuan :

1. Para Lurah, Camat, Instansi/Lembaga/Badan, RT dan RW setempat agar memberikan bantuan yang diperlukan.
2. Apabila menyangkut data-data kewilayahan, agar memberitahukan terlebih dahulu kepada Camat dan Lurah yang bersangkutan.
3. Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut agar menyampaikan laporan tertulis mengenai hasil pelaksanaan pengumpulan data/observasi/praktek kerja nyata dimaksud kepada Walikota Jakarta Utara.

Jakarta, 25 Mei 2011

WALIKOTA JAKARTA UTARA



Drs. ANANGARA PARDEDE, M.Si

NIP. 195908111985031008



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi di Wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara.

Nama peneliti utama : **Lily Herlinah**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 31 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001