



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN TERJADINYA HIPERTENSI PRIMER PADA  
PASIEEN DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM  
RSUD BIMA DITINJAU DARI PERSPEKTIF  
KEPERAWATAN *SELF-CARE* OREM**

**TESIS**

**MARTININGSIH  
0906574713**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2011**

**Universitas Indonesia**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN TERJADINYA HIPERTENSI PRIMER PADA  
PASIEEN DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM  
RSUD BIMA DITINJAU DARI PERSPEKTIF  
KEPERAWATAN *SELF-CARE* OREM**

**TESIS**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister  
Ilmu Keperawatan**

**MARTININGSIH  
0906574713**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2011**

**Universitas Indonesia**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Martiningsih

NPM : 0906574713

Tanda Tangan :

Tanggal : 13 Juli 2011

Universitas Indonesia

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Martiningsih

NPM : 0906574713

Program Studi : Pascasarjana Kekhususan keperawatan Medikal-Bedah

Judul Tesis : Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Hipertensi Primer pada Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima Ditinjau Dari Perspektif Keperawatan *Self-Care* Orem.

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra., Elly Nurachmah, DNSc., RN. ( )

Pembimbing : Sigit Mulyono, S.Kp.MN. ( )

Penguji : Agung Waluyo, S.Kp.M.Sc.PhD. ( )

Penguji : Rita ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2011

Universitas Indonesia

## KATA PENGANTAR

Puji serta syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Hipertensi Primer pada Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima Ditinjau Dari Perspektif Keperawatan *Self-Care* Orem.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

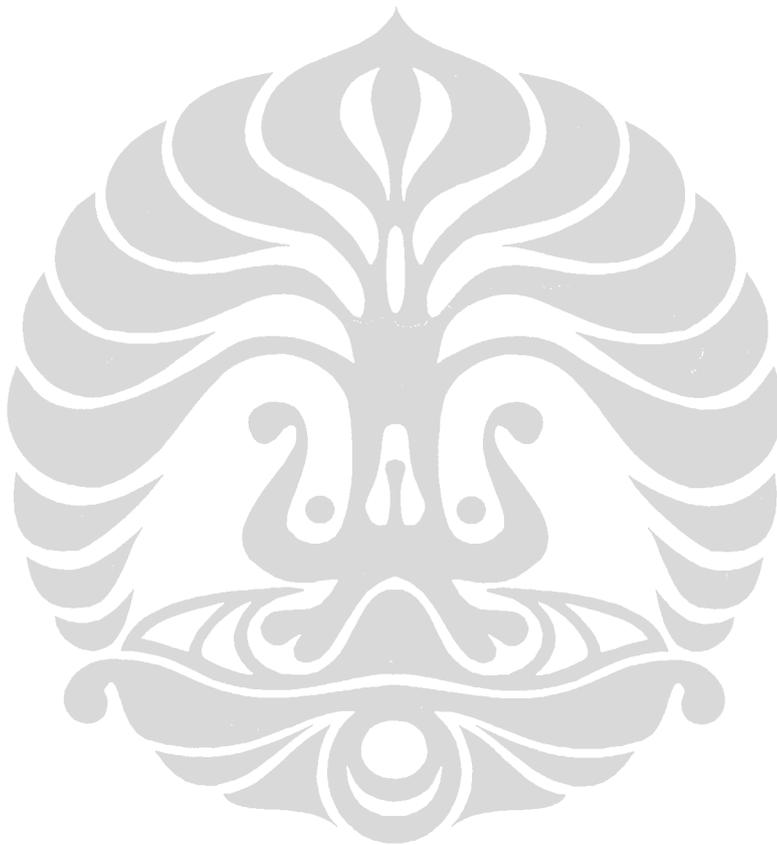
1. Prof. Dra., Elly Nurachmah, DNSc., RN. selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan tesis.
2. Sigit Mulyono, S.Kp.MN., selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan tesis.
3. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN. selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Staf akademik dan staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2009, khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah, yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
7. Aba, putri-putra kami Alya dan Imamah tercinta, bunda, dede' yang menemani dan keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan doa, dan motivasi kepada peneliti selama mengikuti pendidikan.
8. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

**Universitas Indonesia**

Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT. Peneliti menyadari tesis ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati peneliti sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun demi perbaikan tesis ini.

Depok , Juli 2011.

Peneliti



**Universitas Indonesia**

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

---

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

Nama : Martiningsih  
NPM : 0906574713  
Program Studi : Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Medikal-Bedah  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Hipertensi Primer pada Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima Ditinjau Dari Perspektif Keperawatan *Self-Care* Orem.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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 : 13 Juli 2011

Yang menyatakan

(Martiningsih)

**Universitas Indonesia**

## ABSTRAK

Nama : Martiningsih  
Program Studi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Judul : Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Primer pada Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima ditinjau dari perspektif Keperawatan.

Hipertensi merupakan masalah kesehatan kronik yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg. Prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi primer ditinjau dari perspektif *self-care* Orem. Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel sebanyak 112 responden. Hasil penelitian diperoleh ada hubungan antara usia ( $P = 0.061$ ), pendidikan ( $P = 0.0005$ ), pekerjaan ( $P = 0.004$ ), merokok ( $P = 0.0005$ ), sumber daya ( $P = 0.0005$ ) dengan derajat hipertensi. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling berpengaruh dengan derajat hipertensi adalah pekerjaan ( $P = 0.001$ , OR = 21.501). Hasil penelitian menyarankan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian faktor resiko hipertensi, memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan *self-care*, dukungan dalam kontrol tekanan darah dan modifikasi gaya hidup sehat.

Kata kunci: Hipertensi primer, *self-care* Orem  
Referensi : 73 (1986-2011)

## ABSTRACT

Name : Martiningsih  
Study Program : Post Graduate Program, Nursing Faculty, Indonesian University  
Title : An Analysis of Factors Concerned with the Primary Hypertension Accident at the Medical Patient at Internal Disease Polyclinic of Bima District Public Hospital, which were Observed from *self-care* Orem Perspective.

Hypertension is a chronic health problem which is indicated by the increasing of the blood pressure  $\geq 140/90$  mmHg. Hypertension prevalence increases in accordance with the changing of life style. This study aims at identifying factors concerned with the primary hypertension accident which were observed from *self-care* Orem perspective. The study is an analytical descriptive used across-sectional approach. There were 112 participated as the respondents. The research showed that there is a significant correlation among age ( $P = 0.061$ ), education ( $P = 0.0005$ ), job ( $P = 0.004$ ), smoking ( $P = 0.0005$ ), resources ( $P = 0.0005$ ) and the hypertension grade. Multivariate analysis revealed that the most influencing factor for the hypertension grade is job ( $P = 0.001$ , OR = 21.501). This study suggests the hospital to increase its nurse competence to look into the hypertension risk factor, to provide support and health education for *self-care* improvement for blood pressure control and healthy life style modification.

Key words: Primer Hypertension, self-care Orem  
Reference: 73 (1986 – 2011)

## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul	i
Pernyataan Orisinalitas	ii
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iv
Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Abstrak	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Skema	xii
Daftar Lampiran	xiii
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan .....	7
1.4 Manfaat .....	8
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Hipertensi .....	9
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Penyebab dan Faktor Resiko .....	11
2.1.4 Manifestasi Klinik .....	15
2.1.5 Komplikasi .....	15
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik .....	16
2.1.7 Manajemen Hipertensi.....	16
2.1.8 Pengukuran Tekanan Darah.....	18
2.2 Teori Orem ' <i>Self-Care Defisit</i> ' .....	19
2.2.1 <i>Self-Care</i> .....	20
2.2.1.1 <i>Self-Care Agency</i> .....	21
2.2.1.2 <i>Basic Conditioning Faktors</i> .....	22
2.2.2 <i>Self-Care Defisit</i> .....	25
2.3 Peran Perawat Spesialis.....	28
2.4 Kerangka Teori.....	30
<b>BAB 3 : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	31
3.2 Hipotesis .....	32
3.3 Definisi Operasional .....	33

<b>BAB 4</b>	<b>: METODELOGI PENELITIAN</b>	
4.1	Desain Penelitian .....	37
4.2.	Populasi Dan Sampel .....	37
4.2.1	Populasi .....	37
4.2.2	Sampel .....	37
4.3	Waktu Dan Tempat Penelitian	
4.3.1	Waktu penelitian .....	39
4.3.2	Tempat penelitian .....	39
4.4	Etika Penelitian .....	39
4.5	Alat Dan Prosedur Pengumpulan Data	
4.5.1	Alat Pengumpul Data .....	40
4.5.2	Prosedur Pengumpulan Data .....	44
4.6	Pengolahan dan Analisa Data	
4.6.1	Pengolahan Data .....	45
4.6.2	Analisa Data .....	46
<b>BAB 5</b>	<b>: HASIL PENELITIAN</b>	
5.1	Analisis Univariat.....	49
5.2	Analisis Bivariat.....	52
5.3	Analisis Multivariat.....	59
<b>BAB 6</b>	<b>: PEMBAHASAN</b>	
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	64
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	77
6.3	Implikasi Penelitian.....	78
<b>BAB 7</b>	<b>: SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1	Simpulan.....	82
7.2	Saran.....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		



## DAFTAR SKEMA

	Hal
1 Skema 2.1 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Pada Pengendalian Tekanan Darah	12
Skema 2.2 <i>Self-Care Defisit Nursing Theory</i> .	20
Skema 2.3 Struktur Konseptual dari Teori <i>Self Care Deficit</i>	26
Skema 2.4 Dasar Sistem keperawatan Menurut Orem	27
Skema 2.5 Kerangka Teori Penelitian	30
2 Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	32



## DAFTAR TABEL

	Hal
1 Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC 7	10
2 Tabel 2.2 Perubahan Klasifikasi Tekanan Darah	10
3 Tabel 2.3 Tatalaksana Hipertensi Menurut JNC 7	17
4 Tabel 3.1 Definisi Operasional	33
5 Tabel 4.1 Uji Statistik Analisa Data	47
6 Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	49
7 Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Gaya Hidup, Merokok dan Konsumsi Alkohol di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	50
8 Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Kesehatan, Sistem Keluarga dan Sumber Daya di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	51
9 Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat Hipertensi dan Perawatan Diri di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	52
10 Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat Hipertensi dan faktor Demografi di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	53
11 Tabel 5.6 Hubungan Antara Gaya Hidup, Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan derajat Hipertensi di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	55
12 Tabel 5.7 Hubungan Antara Status Kesehatan, Sistem Keluarga dan Sumber Daya dengan derajat Hipertensi di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011	57
13 Tabel 5.8 Hubungan Antara <i>Self-Care</i> dengan derajat Hipertensi	59
14 Tabel 5.9 Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik	60
15 Tabel 5.10 Model I (Full Model) Analisa Multivariat	61
16 Tabel 5.11 Model II : Analisis Multivariat Variabel	62
17 Tabel 5.12 Hasil Pemodelan Akhir Multivariat	63

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Tesis
- Lampiran 2. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3. Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 4. Kuisisioner
- Lampiran 5. Pedoman Pengukuran Tekanan Darah dengan Tensimeter Digital
- Lampiran 6. Tabel Data Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Tekanan Darah dan Derajat Hipertensi



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Bab ini menguraikan tentang latar belakang penelitian berkaitan dengan konsep dasar masalah penelitian secara umum dan pentingnya penelitian dilaksanakan, disamping itu juga menguraikan tentang perumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

#### **1.1 Latar Belakang**

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang kronik yang menjadi masalah kesehatan masyarakat. Menurut kriteria *the Seventh Report of the Joint Nasional Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7, 2003), tekanan darah normal adalah kurang dari 120/80 mmHg. Dikatakan hipertensi bila tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Diantara keduanya terdapat rentang yang disebut prehipertensi, dimana seseorang harus berhati-hati supaya tidak berlanjut ke arah hipertensi (WHO, 2004).

Di dunia, hampir 1 milyar orang atau 1 dari 4 orang dewasa menderita hipertensi. Setiap tahun hipertensi menjadi penyebab 1 dari setiap 7 kematian ( $\pm$  7 juta per tahun). Data yang ada menunjukkan, di negara maju seperti Amerika, penderita hipertensi yang diobati sebanyak 59% dan yang terkontrol 34%. Satu dari tiga orang dewasa di Amerika menderita hipertensi atau dirawat karena hipertensi. Penyakit ini memperpendek usia harapan hidup (AHA, 2008). Di berbagai negara Eropa, penderita yang diobati hanya sebesar 27% dan dari jumlah tersebut, selebihnya 70% tidak terkontrol. Dibanyak negara saat ini, prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, kurang aktifitas fisik, dan stres psikososial.

Hipertensi sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat dan akan menjadi masalah yang lebih besar jika tidak ditanggulangi sejak dini (Depkes. RI., 2007). Di Indonesia jumlah penderita Hipertensi diperkirakan 15 juta orang, 90% merupakan hipertensi esensial. Dari jumlah tersebut hanya 4% yang merupakan

hipertensi terkontrol, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi sehingga mereka cenderung untuk menjadi hipertensi berat karena tidak menghindari dan tidak mengetahui faktor risikonya. Data hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) di Indonesia tahun 2007 menyebutkan hipertensi sebagai penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, jumlahnya mencapai 6,8% dari populasi kematian pada semua umur. Kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah di Indonesia mencapai 26.3% (Depkes. RI., 2007). Hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2004 menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu 14% dengan kisaran 13.4%-14.6%. Prevalensinya di daerah luar Jawa dan Bali lebih besar dibandingkan di kedua pulau tersebut. Hal tersebut terkait erat dengan pola makan, terutama konsumsi garam, yang umumnya lebih tinggi di luar pulau Jawa dan Bali (Depkes. RI., 2005).

Hasil Riskerdas Nusa Tenggara Barat (NTB) tahun 2007, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 32.4% (nasional 26.7%). Sementara berdasarkan diagnosis dan riwayat minum obat hipertensi prevalensinya adalah 6.7%. Prevalensi tertinggi hipertensi di kabupaten Lombok Tengah sedangkan terendah di kota Mataram. Prevalensi hipertensi cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah dan sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi. Prevalensi hipertensi cenderung tinggi pada kelompok yang tidak bekerja, tampak meningkat sesuai peningkatan umur responden, dan cenderung lebih tinggi pada perempuan. Prevalensi penyakit jantung tinggi ada di kabupaten Bima, Lombok Barat dan Lombok Tengah.

Hubungan antara hipertensi dan penyakit kardiovaskuler berpengaruh secara langsung dan tidak tergantung pada faktor resiko lain. Semakin tinggi tekanan darah pasien semakin besar resiko perubahan jantung, serebral, ginjal dan penyakit vaskular perifer. Kontrol terhadap tekanan darah berakibat menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler (JNC 7, 2003). Riwayat penyakit hipertensi yang bersamaan dengan pola hidup yang tidak sehat akan memperberat resiko komplikasi. Berdasarkan hal tersebut organisasi kesehatan dunia (WHO)

dan regional telah memproduksi, bahkan memperbaharui pedoman penanggulangan hipertensi. Dari berbagai strategi dapat disimpulkan bahwa penanggulangan hipertensi melibatkan banyak disiplin ilmu. Kunci pencegahan atau penanggulangan perorangan adalah modifikasi gaya hidup sehat (Anwar, 2004).

Modifikasi gaya hidup merupakan perilaku kesehatan yang sangat penting dalam mencegah hipertensi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam pengobatan hipertensi. Perilaku kesehatan (*health behavior*) menurut Skinner (1938) dalam Notoadmodjo (2010) adalah respon terhadap stimulus yang berkaitan dengan penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan atau aktifitas individu yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup pencegahan atau perlindungan diri dari penyakit, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan (*healthy behavior-health seeking behavior*). Tim kerja dari WHO (1984) menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok, yaitu; pemikiran dan perasaan (pengetahuan, sikap, nilai, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian terhadap objek kesehatan), orang penting sebagai referensi, sumber daya dan budaya (WHO model 1990 dalam Notoadmodjo, 2010). Perilaku akan mempengaruhi respon individu apabila sakit. H.L. Blum (1974) dalam Notoadmodjo (2010), menyatakan bahwa status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu : lingkungan, gaya hidup, genetik dan pelayanan kesehatan.

Peningkatan status kesehatan masyarakat dan pengelolaan hipertensi memerlukan kerjasama individu dan ketersediaan fasilitas penunjang dalam sistem pelayanan kesehatan, sehingga memudahkan dalam diagnosis, pemantauan tekanan darah yang sederhana dan ketersediaan luas sejumlah obat antihipertensi yang efektif dengan profil keamanan yang sangat baik. Berdasarkan pertimbangan ini, *self-care* dalam hipertensi, baik dalam hal pemantauan dan pengobatan tampaknya menjadi pilihan yang layak. Kemampuan perawatan diri untuk

mencegah dan meminimalkan resiko yang terjadi akibat dari hipertensi pada setiap orang tidak sama. Banyak hal yang menyebabkan ketidakmampuan mengendalikan hipertensi ini. Menurut penelitian Callaghan, et al. (2005), *Self-care* dan perilaku kesehatan pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh *basic conditioning factors*, pendapatan, pendidikan, ras dan agama. Strategi *self-care* dalam gaya hidup penting untuk mencegah peningkatan tekanan darah dan modifikasi gaya hidup merupakan aspek yang diperlukan dalam perawatan pada semua tahap hipertensi.

Teori keperawatan *self-care deficit* yang dikembangkan oleh Dorothea E. Orem sejak tahun 1959 merupakan salah satu model konseptual yang mendukung perkembangan ilmu dan praktek keperawatan dan merupakan model yang banyak digunakan dalam keperawatan. Berdasarkan teori ini, kemampuan *self-care* individu, keluarga dan kelompok merupakan pertimbangan penting dalam perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan. *Self-care* dapat dipelajari dengan penuh kesadaran, berlangsung terus menerus, dan memiliki keterkaitan dengan fungsi pengaturan tubuh lainnya yang dimiliki individu (Tomey & Alligood, 2006). Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Teori ini juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan klien sesuai tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam posisi dependen, karena menurut Orem, *self-care* bukan merupakan proses intuisi tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari (didapatkan dari proses belajar).

Kemampuan untuk melakukan *self-care* dipengaruhi oleh 10 faktor internal dan eksternal "*basic conditioning factor*", meliputi; usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, sosial budaya, sistem pelayanan kesehatan (*medical diagnostic and treatment modalities*), sistem keluarga, gaya hidup (olah raga, mengkonsumsi makanan sehat, alkohol, rokok), lingkungan, dan sumber daya (Orem, 2001;2007). Kemampuan individu melakukan *self-care*

berkorelasi dengan faktor-faktor: latar belakang, umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, status pekerjaan dan perilaku kesehatan (Callaghan, et.al. 2005).

Kondisi sakit atau gangguan fisik membatasi kemampuan individu dalam membuat keputusan atau melakukan aktivitas *self-care* sehingga menyebabkan gangguan struktur atau fungsi lebih lanjut (Orem,2001). Tujuan perawatan pada pasien hipertensi bukan hanya untuk membuat pasien kembali pada kondisi kesehatan sebelumnya atau hanya untuk mengobati, tetapi untuk memberikan kesempatan atau mempertahankan kehidupan yang seimbang dengan memastikan kerjasama individu dan beradaptasi terhadap program perawatan dan penyakitnya (Orem, 2001). Tujuan perawatan pasien hipertensi adalah mengontrol tekanan darah dan meminimalkan faktor resiko komplikasi kardiovaskuler melalui modifikasi gaya hidup (Brunner& Sudart, 2002). Banyak hal yang menyebabkan ketidakmampuan mengendalikan hipertensi ini. Penelitian yang dilakukan oleh Peters, et al. (2010) tentang hubungan motivasi dan perilaku *self-care* terhadap tekanan darah pada 306 responden di komunitas menunjukkan hasil bahwa motivasi individu dan kontrol perilaku *self-care* pasien berhubungan dalam kemampuan mengontrol tekanan darah dalam batas normal.

Model perawatan individu dalam *self-care* Orem bertujuan untuk menentukan apa yang individu butuhkan dan merencanakan perawatan yang tepat sesuai dengan ketidakmampuan atau keterbatasan individu dalam pemenuhan kebutuhan dasar universal. Saat keseimbangan antara kemampuan dan kebutuhannya tidak tercapai atau jika tidak mungkin terpenuhi karena kondisi kesehatan dan penyakit, hal ini dievaluasi oleh perawat dan dieliminasi dalam proses keperawatan (Denyes, 2001). Intervensi diberikan sesuai dengan area defisit yang dialami pasien. Implementasinya terdiri dari lima kategori berupa : arahan, dukungan,tindakan keperawatan, pendidikan kesehatan, dan memberikan lingkungan yang mendukung. Banyak klien hipertensi dengan tekanan darah yang tidak terkontrol menunjukkan kurangnya pemahaman tentang penyakit dan pengobatan yang mereka terima. Fokus utama dari teori *self-care* Orem adalah keyakinan bahwa individu memiliki kemampuan bawaan untuk merawat dirinya sendiri. Dengan

pendekatan *Orem nursing system*, perawat membantu klien dalam pengambilan keputusan, kontrol perilaku, dan memperoleh keterampilan dan pengetahuan (Galli, 1984).

Perawat memberikan intervensi sesuai dengan kebutuhan dan keterbatasan *self-care* individu dengan hipertensi dalam area *partially compensatory* dan *supportif educatif system*, berdasarkan faktor resiko dan faktor kondisi dasar internal dan eksternal yang mempengaruhi kemampuan individu dalam melakukan *self-care* dan perilaku kesehatan terkait faktor resiko hipertensi. Tinjauan faktor resiko yang lain dari terjadinya hipertensi dapat dilihat dari pendekatan epidemiologi. Penelitian yang dilakukan oleh Armilawaty,dkk. (2007), yang berjudul hipertensi dan faktor resikonya dalam kajian epidemiologi menjelaskan bahwa faktor resiko yang dapat menyebabkan hipertensi itu adalah dari kebiasaan atau gaya hidup masyarakat, faktor keturunan yang didapat pada keluarga, faktor usia, jenis kelamin, konsumsi garam yang berlebihan, kurang berolahraga, dan obesitas. Berdasarkan hal ini, konsep bahwa kita hanya dapat mengontrol hipertensi dan bukan menyembuhkannya penting untuk dijelaskan dan dipahami oleh pasien dan keluarga sehingga upaya pencegahan pada hipertensi lebih ditujukan pada faktor resiko terutama pada faktor utama yang dapat dimodifikasi yang mempengaruhi terjadinya penyakit.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan, dari data rekam medik pasien rawat jalan di RSUD Bima tahun 2009-2010, pasien hipertensi yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima pada tahun 2009 berjumlah 1.514 1.805 pasien dengan pasien rawat inap 97 pasien. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan di poliklinik 1.805 pasien, dan pasien rawat inap hipertensi sebesar 126 pasien. Dengan tingginya angka kunjungan pasien hipertensi tersebut diperlukan peran serta perawat dengan pengetahuan menyeluruh terkait hipertensi dan penatalaksanaannya melalui pendekatan proses dan teori keperawatan sehingga kemampuan tersebut dapat digunakan sebagai sumber dalam mencegah faktor resiko dan meminimalkan komplikasi hipertensi, meningkatkan manajemen mandiri pasien dengan hipertensi dan memberikan data bagi perawat dalam

memberikan intervensi yang tepat sesuai kondisi pasien. Perawat memiliki tanggung jawab yang besar dalam membantu meningkatkan *self-care* pasien hipertensi. Hal ini sesuai dengan peran perawat sebagai edukator dan pemberi pelayanan keperawatan. Telah banyak penelitian yang dilakukan terkait faktor resiko hipertensi baik dari kajian epidemiologi maupun patofisiologi, namun belum ada penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di Indonesia dilihat dari perspektif keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *self-care* Orem, khususnya pada pasien hipertensi di RSUD Bima-NTB.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Kejadian hipertensi terus meningkat tiap tahunnya dan masalah yang sering terjadi pada pasien hipertensi adalah ketidakpatuhan terhadap terapi atau pengobatan, merubah gaya hidup dan adanya komplikasi akibat hipertensi. Salah satu faktor yang berperan dalam hal ini dapat disebabkan karena *self-care* yang kurang baik. Kondisi yang ditemui saat ini adalah pasien hipertensi cenderung menganggap diri sehat dan tidak melakukan tindakan dalam kontrol tekanan darah dan pencegahan terhadap resiko adanya komplikasi hipertensi dan menggantungkan diri pada terapi medis dengan obat-obatan farmakologi dan mengabaikan peran dan manfaat *self-care* serta tanggung jawab individu terhadap kesehatannya. Namun demikian sampai saat ini belum banyak riset pada pasien hipertensi ditinjau dari perspektif keperawatan khususnya dengan pendekatan *self-care*. Berdasarkan masalah tersebut diatas pertanyaan penelitian yang peneliti ajukan adalah : faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan kejadian hipertensi ditinjau dari perspektif *self-care* Orem dan faktor manakah yang paling signifikan?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi ditinjau dari perspektif keperawatan *self-care* Orem pada pasien hipertensi di RSUD Bima, NTB.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkatan *self-care Agency* pada pasien hipertensi di RSUD Bima.
- b. Mengidentifikasi derajat hipertensi pada pasien hipertensi di RSUD Bima.
- c. Diketuainya hubungan *self-care agency* dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi di RSUD Bima.
- d. Diketuainya hubungan faktor *basic conditioning* internal dengan derajat hipertensi pada pasien di RSUD Bima
- e. Diketuainya hubungan faktor *basic conditioning* eksternal dengan derajat hipertensi pada pasien di RSUD Bima
- f. Diketuainya faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien di RSUD Bima.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Untuk Pelayanan Kesehatan

Dengan hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan dasar dan menjadi bahan pertimbangan dalam pelayanan keperawatan terkait faktor resiko apa saja yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dan faktor mana yang paling signifikan berhubungan dengan terjadinya hipertensi ditinjau dari perspektif *self-care Orem*, sehingga dapat memberikan pedoman bagi perawat dalam pengkajian terkait faktor resiko dan merawat pasien hipertensi yang mengalami gangguan atau keterbatasan dalam *self-care* dan mencegah/meminimalkan terjadinya komplikasi atau faktor penyulit hipertensi dari faktor resiko yang dapat dimodifikasi.

### 1.4.2 Untuk Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Mengenalkan dan sosialisasi aplikasi langsung teori keperawatan *Self-Care Defisit Nursing Theory* dari Dorothea Orem dalam asuhan keperawatan, klinik dan penelitian. Penelitian ini diharapkan juga dapat menambah perbendaharaan untuk perkembangan ilmu keperawatan terutama dalam merawat pasien hipertensi, dan menjadi dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan tentang tinjauan konsep dan teori yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu tinjauan teori hipertensi dan *Self-Care Defisit Nursing Theory* (SCDNT) dan kerangka teori penelitian.

#### **2.1 Konsep Hipertensi**

##### **2.1.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik (*Sistolik Blood Pressure/ SBP*)  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik (*Diastolic Blood Pressure/DBP*)  $\geq 90$  mmHg. Hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya disebut hipertensi esensial atau hipertensi primer, untuk membedakannya dengan hipertensi lain yang sekunder karena sebab-sebab yang diketahui (Sudoyo, dkk., 2006). Hipertensi adalah peningkatan yang persisten dari SBP  $\geq 140$  mmHg dan DBP  $\geq 90$  mmHg (Black, 2009). Hipertensi primer biasanya dimulai sebagai proses yang labil pada usia akhir 30-an dan awal usia 50-an dan bertahap bisa menjadi menetap dan bertambah berat (Brunnart, 2002).

##### **2.1.2 Klasifikasi Hipertensi**

Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik. Menurut *The Seventh report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC, 7) klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi (normal tinggi), hipertensi derajat 1 dan derajat 2 (Tabel 2.1). Penatalaksanaan hipertensi menurut JNC 7 (2003), bertujuan untuk memberikan pendekatan *evidence-based* dalam pencegahan dan manajemen hipertensi. Penentuan derajat hipertensi ditegakkan berdasarkan tekanan darah rerata yang masing-masing diambil pada dua atau lebih kunjungan setelah penentuan awal diagnosa hipertensi.

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC 7**

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prahipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi derajat 2	≥ 160	≥ 100

Sumber: JNC 7, (2003).

□ TDS = Tekanan Darah Sisistolik, TDD = Tekanan Darah Diastolik

Klasifikasi hipertensi diatas digunakan pada usia  $\geq 18$  tahun, dan telah mengalami perubahan dari klasifikasi sebelumnya (JNC 5,1993;JNC 6, 1987), yaitu; hipertensi optimum (TDS < 120 /TDD 80 mmHg), normal (TDS 120 – 129/TDD 80-84 mmHg), *borderline* (TDS 130-139/TDD 85-89 mmHg), hipertensi derajat 1 (TDS  $\geq$  140-159/TDD 90-99 mmHg), derajat 2 (TDS 160-179/TDD 100-109 mmHg), derajat 3 (TDS  $\geq$  180/TDD  $\geq$  110 mmHg).

**Tabel 2.2 Perubahan Klasifikasi Tekanan Darah**

Kategori JNC 6 (1997)	TDS/TDD	Kategori JNC 7 (2003)
Optimum	< 120 /80	Normal
Normal	120 – 129 / 80-84	PreHipertensi
Borderline	130-139 / 85-89	
Hipertensi	$\geq$ 140/90	Hipertensi
derajat 1	140-159/90-99	derajat 1
darajat 2	160-179/100-109	derajat 2
derajat 3	$\geq$ 180 /110	

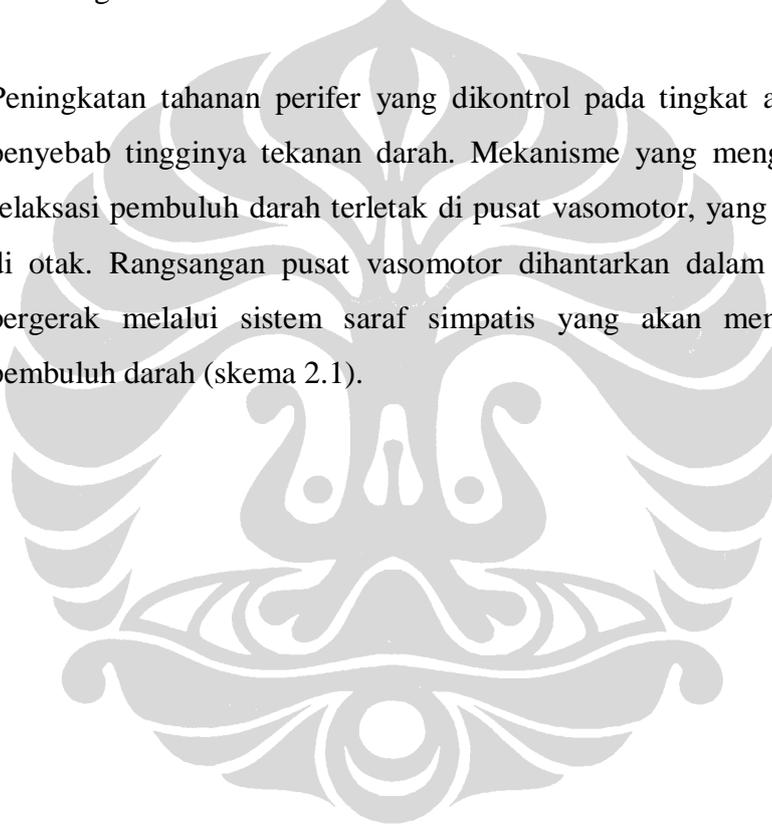
Sumber: diolah kembali dari JNC 6 (1989), JNC 7 (2003)

TDS dan TDD mungkin tidak berada pada kategori yang sama sesuai tabel diatas. Pada kasus seperti ini maka penentuan derajat hipertensi ditentukan berdasarkan kategori TDS/TDD yang terberat. Misalnya TDD 160 mmHg dan TDD 80 mmHg, maka dikategorikan sebagai hipertensi derajat 2. Jika TDS 120 dan TDD 95, maka dapat dikategorikan sebagai hipertensi derajat 1 (NHLBI, 2011).

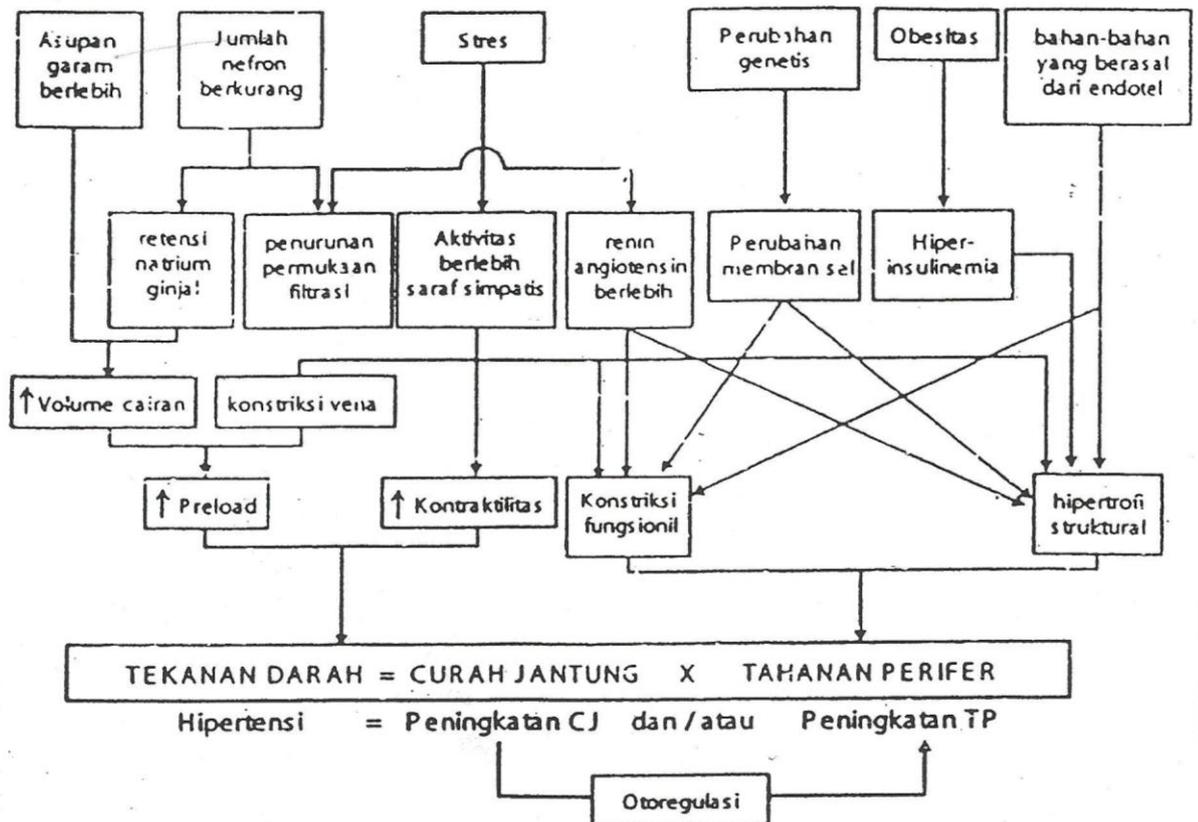
### 2.1.3 Penyebab dan Faktor Resiko Hipertensi

Hipertensi primer adalah penyakit multifaktorial yang timbul terutama karena interaksi antara faktor-faktor resiko tertentu. Faktor-faktor resiko yang mendorong timbulnya kenaikan tekanan darah tersebut adalah : diet dan asupan garam, stres, ras, obesitas, merokok, genetik, sistem saraf simpatis (tonus simpatis, variasi diurnal), keseimbangan antara modulator vasodilatasi dan vasokonstriksi; endotel pembuluh darah, pengaruh sistem otkrin setempat yang berperan pada sistem renin-angiotensin dan aldosteron.

Peningkatan tahanan perifer yang dikontrol pada tingkat arteriola adalah dasar penyebab tingginya tekanan darah. Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, yang terletak pada medula di otak. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak melalui sistem saraf simpatis yang akan menyebabkan kontriksi pembuluh darah (skema 2.1).



## Skema 2.1 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Pada Pengendalian Tekanan Darah



Sumber : Kaplan Dalam Sudoyo, dkk. ( 2006).

### 2.1.3.1 Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi:

#### a. Riwayat keluarga

Berdasarkan riset menunjukkan faktor genetik sekitar 30% berhubungan dengan kejadian hipertensi primer. Faktor genetik berpengaruh dalam pengaturan sistem *renin-angiotensin-aldosteron* dan lainnya yang mempengaruhi tonus vaskuler, transportasi garam dan air pada ginjal yang berhubungan dengan perkembangan hipertensi, walaupun hubungan faktor genetik secara langsung dengan hipertensi belum ditemukan (Kasper, et al., 2005 dalam Lemone & Burke, 2008).

#### b. Usia

Hipertensi primer biasanya muncul pada usia antara 30-50 tahun. Insiden hipertensi meningkat seiring pertambahan usia, 50-60% klien usia diatas 60 tahun memiliki tekanan darah diatas 149/90 mmHg.

#### c. Jenis Kelamin

Insiden hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding wanita sampai usia sekitar 55 tahun. Pada usia antara 55-74 tahun resiko hipertensi hampir sama pada laki-laki dan wanita, setelah usia 74 tahun, wanita lebih beresiko untuk hipertensi.

#### d. Etnis

Berdasarkan data statistik, angka kematian karena hipertensi pada wanita kulit putih sebesar 4.7%, pada laki-laki kulit putih 6.3%, pada laki-laki kulit hitam 22.5 % dan paling tinggi pada wanita kulit hitam sebesar 29.3%. Penyebab tingginya prevalensi pada etnis kulit hitam masih belum jelas, tetapi kenaikan ini berhubungan dengan rendahnya tingkat renin, sensitifitas yang lebih besar terhadap vasopressin, intake garam yang lebih tinggi dan stress lingkungan yang lebih besar (Black & Hawks, 2009).

### 2.1.3.2 Faktor resiko yang dapat dimodifikasi:

#### a. Diabetes melitus

Prevalensi hipertensi pada diabetes lebih dari dua kali lipat. Diabetes memicu terjadinya *atherosclerosis* dan kerusakan dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan hipertensi, sehingga hipertensi menjadi diagnosa prevalensi pada diabetes walaupun diabetesnya sudah terkontrol. Jika seorang pasien diabetes telah terdiagnosa hipertensi, pengobatan dan perawatan berkelanjutan harus total dilakukan sesuai kondisi individual.

#### b. Stres

Stres meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan kardiak output, dan menstimulasi aktifitas sistem saraf simpatis. Sumber stres bisa berasal dari banyak hal, diantaranya adalah kebisingan, proses infeksi, peradangan, nyeri, penurunan suplai oksigen, panas, dingin, trauma, respon terhadap kejadian yang dihadapi sehari-hari, obesitas, usia lanjut, obat-obatan, penyakit, pembedahan. Jika respon

terhadap stres berlebihan atau memanjang maka akan terjadi gangguan fungsi/penyakit pada organ target.

#### c. Obesitas

Peningkatan lemak tubuh terutama pada lokasi atas dan perut berhubungan dengan resiko terjadinya hipertensi. Kondisi obesitas ditambah lagi dengan adanya faktor resiko lain menimbulkan sindrom metabolik yang akan lebih meningkatkan resiko hipertensi (Black & Hawks, 2009).

#### d. Nutrisi

Intake sodium yang tinggi berhubungan dengan retriaksi cairan. Hipertensi berhubungan dengan *intake* sodium dalam beberapa mekanisme fisiologi diantaranya dalam sistem *renin-angiotensin-aldosteron*, *nitrit-oxide*, *katekolamin*, *endotelin* dan ANP (Lemone & Burke, 2008).

#### e. Merokok dan alkohol

Kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok meningkatkan resiko hipertensi. Rokok mengandung zat-zat berbahaya yang berkontribusi sebagai pemicu dan mempercepat terjadinya atherosklerosis yang memicu agregasi platelet sehingga meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler. Karbon monoksida (CO) dalam rokok dapat mengurangi kemampuan pengikatan oksigen dengan hemoglobin sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen miokard, kondisi ini meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah. Konsumsi alkohol dan merokok yang bersamaan lebih meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dan resiko komplikasi penyakit kardiovaskuler (Black & Hawks, 2009).

#### f. Dislipidemia

Peningkatan *Low Density Lipoprotein* (LDL) atau total kolesterol dan atau penurunan *Hight Density Lipoprotein* (HDL). LDL merupakan jenis kolesterol yang merugikan, LDL yang tinggi akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah yang meningkatkan resiko hipertensi (Lemone & Burke, 2008; Ignatavicius, 2010).

### 2.1.4 Manifestasi Umum Hipertensi

Pasien hipertensi biasanya tidak menunjukkan gejala khusus. Pada tahap awal hipertensi, belum muncul manifestasi klinis walaupun tekanan darah mengalami

peningkatan dan jika ‘tidak ditemukan’ dalam skrining rutin, hal ini menyebabkan pasien tidak waspada dan tidak mengetahui adanya peningkatan tekanan darah. Selanjutnya hipertensi tidak terdiagnosa dan tekanan darah terus meningkat. Manifestasi klinis mulai muncul yang menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah yang bersangkutan. Penyakit arteri koroner dengan angina adalah gejala yang paling menyertai hipertensi (Lewis, 2007). Pasien melaporkan adanya keluhan sakit kepala, palpitasi, pandangan kabur, epistaksis dan perubahan retina (perdarahan retina, eksudat dan infark kecil retina) (Black & Hawks, 2009 ; Schub, 2010).

### **2.1.5 Komplikasi Hipertensi**

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kerusakan organ-organ target yang umum ditemui pada pasien hipertensi adalah: Jantung (hipertrofi ventrikel kiri, angina atau infark miokardium, gagal jantung), otak (struk atau *transient ischemic attack*), penyakit ginjal kronis, penyakit arteri perifer, retinopati. Memeriksa mata sangat penting karena kerusakan pembuluh darah pada retina merupakan petunjuk adanya kerusakan serupa di tempat lain pada sistem vaskuler.

Pasien dengan prehipertensi beresiko mengalami peningkatan tekanan darah menjadi hipertensi. Mereka yang tekanan darahnya berkisar antara 130–139/80-89 mmHg dalam sepanjang hidupnya akan memiliki dua kali resiko menjadi hipertensi dan mengalami penyakit kardiovaskular daripada yang tekanan darahnya lebih rendah. Pada orang yang berusia lanjut tekanan sistolik > 140 mmHg merupakan faktor resiko yang lebih penting untuk terjadinya penyakit kardiovaskular dari pada tekanan darah diastolik. Tingginya morbiditas dan mortalitas pasien hipertensi terutama disebabkan oleh timbulnya penyakit kardiovaskuler. Gejala berkembangnya penyakit dan keterlibatan sistem tubuh yang lain harus dideteksi dini sehingga aturan terapi dapat dirubah sesuai kebutuhan.

### 2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi

Evaluasi hipertensi termasuk tekanan darah melalui penilaian menggunakan standar *sphygmomanometer* dan *stetoskop*, bersama dengan tes laboratorium dan diagnostik (JNC 7, 2003) ;

- a. Tes darah lengkap
- b. Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, glukosa puasa). Adanya hipokalemi menunjukkan adanya gangguan aldosterome primer sebagai penyebab hipertensi.
- c. Profil lemak (LDL, HDL, Trigliserida, kolesterol total), analisis Urin. Adanya hematuri atau protein urin mengindikasikan adanya gangguan ginjal).
- d. *Elektro Cardio gram* (ECG); memperlihatkan gelombang R yang tinggi atau gelombang S yang dalam menunjukkan adanya hipertropi jantung.
- e. Ekokardiografi :mungkin menunjukkan adanya hipertropi ventrikel kiri.
- f. *X-Ray* (adanya pembesaran jantung).

Evaluasi pasien hipertensi juga diperlukan untuk menentukan adanya penyakit penyerta sistemik, yaitu: aterosklerosis melalui pemeriksaan profil lemak, diabetes terutama pemeriksaan gula darah (gula sewaktu atau gula darah puasa), fungsi ginjal dengan pemeriksaan proteinuria, kreatinin serum dan laju filtrasi glumerulus.

### 2.1.7 Manajemen Hipertensi

Pengobatan untuk hipertensi meliputi perubahan gaya hidup (non-farmakologi) dan farmakologi. Pada orang dewasa dengan prehipertensi, perubahan gaya hidup direkomendasikan sebagai strategi pengobatan awal (AHA, 2008 dalam Pinto, 2010). Perubahan gaya hidup yang dapat menurunkan hipertensi termasuk pengurangan berat badan, aktivitas fisik secara teratur, modifikasi diet (misalnya asupan natrium dikurangi, peningkatan konsumsi buah-buahan dan sayuran), membatasi konsumsi alkohol, dan berhenti merokok. Walaupun pasien yang prehipertensi umumnya tidak diobati dengan terapi farmakologik tetapi didorong untuk melakukan perubahan gaya hidup.

### 2.1.7.1 Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi diindikasikan pada pasien prehipertensi yang memiliki penyakit diabetes atau ginjal dan individu dengan tekanan darah yang tidak membaik dengan perubahan gaya hidup.

Tujuan pengobatan pasien hipertensi adalah:

- Target tekanan darah < 140/90 mmHg, untuk individu beresiko tinggi (diabetes, gagal ginjal, proteinuria) < 130/80 mmHg.
- Penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular.
- Menghambat laju penyakit ginjal.

**Tabel 2.3. Tatalaksana Hipertensi**

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)	Perbaikan Pola Hidup	Terapi Obat Awal	
				Tanpa Indikasi yang Memaksa	Dengan Indikasi yang Memaksa
Normal	< 120	≤ 80	Di anjurkan		
Pre Hipertensi	120 – 139	atau 80 – 89	Ya	Tidak obat	indikasi Obat-obatan untuk indikasi yang memaksa
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	atau 90 – 99	Ya	Diuretika Thiazide sebagian kasus, dapat dipertimbangkan ACEI, ARB, BB, CCB, atau kombinasi	jenis untuk sebagian besar dapat Obat-obatan untuk indikasi yang memaksa
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	atau ≥ 100	ya	Kombinasi 2 jenis obat sebagian besar kasus umumnya diuretika jenis Thiazide dan ACEI atau ARB, atau BB atau CCB	Obat anti hipertensi yang lain (diuretika, ACE, ARB, BB, CCB) sesuai kebutuhan

Sumber: *JNC 7*, (2003).

Keterangan :

□ ACE = *Angiotensin Converting Enzim*, ARB = *Angiotensin Receptor Bloker*, BB = *Beta Bloker*, CCB = *Calcium Chanel Bloker*.

Pemilihan obat hipertensi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor; faktor sosial ekonomi, profil faktor resiko kardiovaskuler, ada/tidaknya kerusakan organ target, ada/tidaknya penyakit penyerta, variasi individu dari respon terhadap obat, dan kemungkinan interaksi obat yang digunakan pasien untuk penyakit lain. Untuk sebagian pasien hipertensi, terapi dimulai secara bertahap, dan target tekanan darah dicapai secara progresif dalam beberapa minggu. Dianjurkan untuk memakai obat antihipertensi dengan masa kerja panjang atau yang memberikan efikasi 24 jam dengan pemberian sekali sehari. Pemilihan apakah memulai terapi dengan satu jenis obat anti hipertensi ataukah kombinasi tergantung pada tekanan darah awal dan ada atau tidaknya komplikasi. Penggunaan obat anti hipertensi saat ini masih mengacu pada standar/pedoman yang dikeluarkan oleh JNC 7, (2003).

#### **2.1.7.2 Terapi Non Farmakologis**

Pada orang dewasa dengan prehipertensi, perubahan gaya hidup direkomendasikan sebagai strategi pengobatan awal (AHA, 2008 dalam Pinto, 2010). Terapi non farmakologis meliputi modifikasi gaya hidup, terdiri dari: menghentikan merokok, menurunkan berat badan berlebih, menurunkan konsumsi alkohol berlebih, aktifitas fisik secara teratur, modifikasi diet (Menurunkan asupan garam, meningkatkan konsumsi buah dan sayur serta menurunkan asupan lemak).

#### **2.1.8 Pengukuran Tekanan Darah**

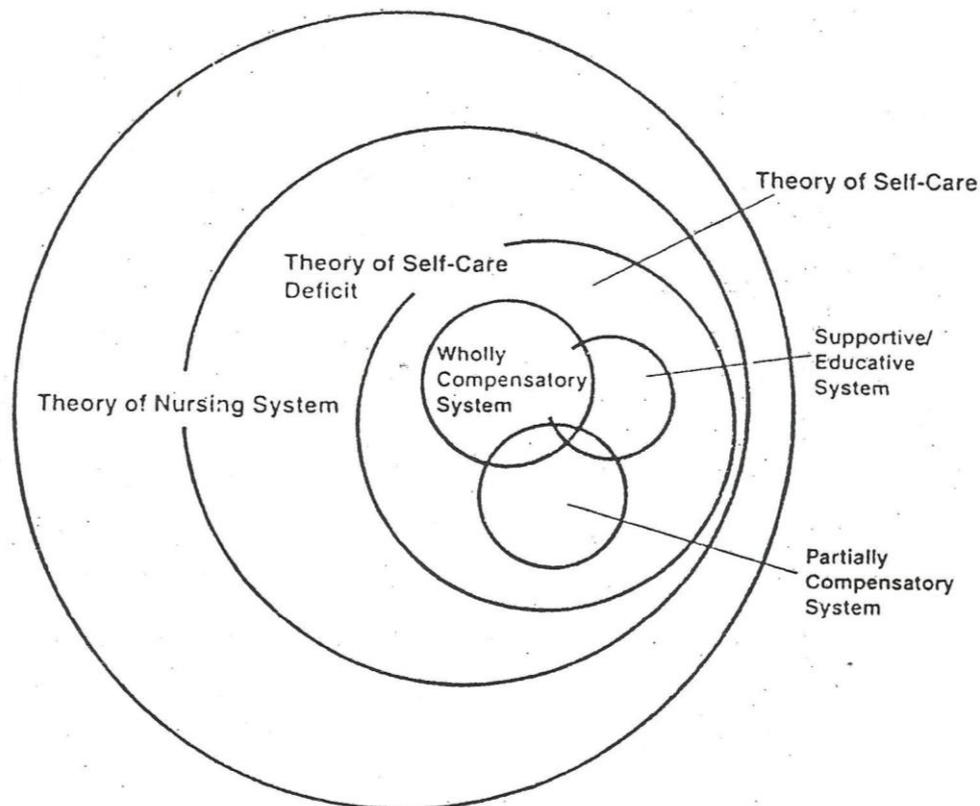
Tekanan darah arteri dapat diukur baik secara langsung maupun tidak langsung. Metode langsung menggunakan insersi kateter arteri dan metode tidak langsung paling umum menggunakan *sphygmomanometer* dan stetoskop (Potter & Perry, 2005). Pengukuran dilakukan pada posisi duduk di kursi setelah pasien istirahat selama 5 menit, kaki dilantai dan lengan pada posisi setinggi jantung. Ukuran dan peletakan manset (panjang 12-13 cm, lebar 35 cm untuk standar orang dewasa). Pengukuran dilakukan dua kali, dengan sela antara 1-5 menit, pengukuran tambahan dilakukan jika hasil kedua pengukuran sebelumnya sangat berbeda. Konfirmasi pengukuran pada lengan kontralateral dilakukan pada kunjungan

pertama dan jika didapatkan kenaikan tekanan darah (Sudoyo, 2006). Manset dipasang melingkari lengan bagian atas (3 cm diatas lengan atas dan lebarnya minimal 40% dari lingkaran lengan) dan dibawah kontrol manometer, dipompa hingga kira-kira 30 mmHg diatas nilai saat pulsasi radialis yang teraba menghilang. Kemudian stetoskop diletakkan diatas arteri brankhialis pada lipat siku, disisi bawah manset, dan tekanan manset kemudian diturunkan secara perlahan-lahan (2-4 mmHg/detik). Terjadinya bunyi pertama yang sinkron dengan nadi (bunyi ketukan yang jelas; fase 1 *korotkoff* adalah tekanan darah sistolik). Normalnya bunyi ini awalnya lemah (fase 2) sebelum menjadi lebih keras (fase 3), kemudian menjadi redup pada fase 4, dan seluruhnya menghilang pada fase 5. Fase 5 ini digunakan sebagai tekanan darah sistolik (RNAO, 2005).

## **2.2 Konsep *Self Care Deficit Nursing Theory Orem's***

*Self Care Defisit Nursing Theory* (SCDNT) adalah sebuah teori keperawatan yang terdiri dari 3 teori dasar yang saling berhubungan yaitu: *Theory of Self Care*, *Theory of Self Care Deficit*, *Theory of Nursing System* (Orem, 1980;1985 & Taylor, 2006 dalam Tomey & Alligood, 2006). Inti dari tiga teori ini adalah fungsi manusia atau individu dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraannya dengan melakukan *caring* untuk diri sendiri (skema 2.2).

### Skema 2.2 *Self-Care Defisit Nursing Theory*



Sumber: . Ewen & Wills, (2007). *Theoretical Basis for Nursing* (2<sup>Th</sup> ed., p14).  
Lippincott Williams & Wilkins.

#### 2.2.1 *Self-Care*

*Self-care* adalah fungsi pengaturan manusia yang digunakan dengan sengaja oleh individu untuk mencapai integritas struktural dan fungsi kemanusiaan dengan tujuan mempertahankan kehidupan. Perilaku *self-care* dipelajari dalam konteks sosial budaya dan dipengaruhi oleh nilai dan tujuan personal. Perilaku aktual *self-care* adalah hasil dari kemampuan *self-care agency* (SCA) yang meliputi tiga komponen, yaitu: pengetahuan, kebutuhan personal untuk mempertimbangkan pilihan atau keputusan *self-care* yang diambil, dan sumber-sumber (fisik,

psikologis, emosi dan material) untuk mengambil tindakan yang diperlukan (Orem, 2001). Fokus sentralnya berdasarkan pada preasumsi bahwa individu belajar aplikasi *self-care* melalui pengalaman, pendidikan, budaya, pengetahuan, pertumbuhan-perkembangan dan fungsional individu dan kelompok.

*Self-care* juga bertujuan dan berkontribusi terhadap integritas struktural kemanusiaan, fungsional dan perkembangan. Individu terus-menerus melakukan tindakan untuk mempertahankan keseimbangan antara kemampuannya melakukan *self-care* dan perubahan kebutuhan terapeutik *self-care* (*therapeutik self care demands/TSCD*). Jika SCA tidak mencukupi atau terdapat keterbatasan maka akan terjadi *self-care defisit*, jika ini terjadi maka perawat dibutuhkan (Anglenton & Chalmers, 1986).

#### **2.2.1.1 Self Care Agency**

SCA adalah Kemampuan individu untuk menentukan keberadaan dan kebutuhan khusus yang diperlukan untuk mengatur fungsi dan perkembangan, membuat penilaian dan keputusan tentang apa yang harus dilakukan, melakukan langkah-langkah perawatan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri tertentu sesuai dengan kondisi individu (Orem, 1991). SCA adalah konsep yang luas yang mencakup tiga kemampuan: kemampuan dasar, komponen kekuatan, dan aplikasi *self-care* (Callaghan, 2003). Kondisi kesehatan/internal individu dan faktor dari lingkungan/eksternal yang ada dalam SCA, meliputi; motivasi (tujuan orientasi untuk perawatan diri yang sesuai dengan karakteristik dan maknanya bagi kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan), kemampuan untuk membuat keputusan tentang perawatan diri dan untuk mengoperasionalkan keputusan ini, kemampuan untuk memperoleh pengetahuan teknis tentang perawatan diri dan tindakan/keterampilan interpersonal dalam melakukan perawatan diri. Untuk mengukur SCA dalam penelitian ini menggunakan instrumen ESCA (*Exercise of Self-Care Agency*).

Instrumen ESCA digunakan untuk mengukur persepsi individu terhadap kemampuan *self-care*. Instrumen ini dikembangkan oleh Kearney dan Fleischer

(1979), yang terdiri dari 43 pertanyaan dalam skala likert, dengan skor tiap item pertanyaan 1-4. Instrumen mencakup; sikap/tanggung jawab terhadap diri sendiri (aktif/pasiv respon), motifasi melakukan *self-care*, pengetahuan dan aplikasi *self-care*, nilai pribadi (Nahcivan 1993;2004). Instrumen ESCA telah dipakai dalam berbagai riset dengan latar belakang berbagai kasus penyakit dan negara. Realibility dengan metode tes dan *retest* ESCA pada pasien dengan hipertensi adalah 0.90 dan 0.81 pada tes yang pertama dan kedua. Konsistensi internal dari instrumen telah dievaluasi dengan nilai *cronbach's alpha* 0.85 dan *reliability* koefisien subvariabel 0.85-0.86.

Pada penelitian ini digunakan instrumen ESCA yang telah dimodifikasi dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 soal, tiap 3 pertanyaan mewakili 5 indikator dalam *self-care agency* meliputi; tanggung-jawab terhadap diri sendiri, motifasi untuk melakukan self care, aplikasi pengetahuan terkait *self-care*, prioritas kesehatan dan harga diri. penilaian menggunakan skala likert dengan nilai tiap item pertanyaan 1-4. Skoring 1 menunjukkan sangat tidak setuju dan 4 sangat setuju pada pertanyaan positif. Instrumen revisi ESCA telah diuji dengan nilai *Cronbach's alpha* 0.79-0.85, dan telah digunakan pada penelitian hubungan *Self-care agency*, *self-efikasi* dan perilaku kesehatan pada pasien post bedah jantung (Lince, 1997).

#### **2.1.2.2 Basic Conditioning Factors**

Faktor internal dan eksternal dari individu yang mempengaruhi kemampuan dalam melakukan *self-care* atau mempengaruhi jenis dan kebutuhan *self-care* dinamakan *Basic Conditioning Factors* (BCFs), yaitu meliputi variabel sebagai berikut (Orem, 2001) :

##### **a. Usia**

Usia meningkatkan atau menurunkan kerentanan pada penyakit tertentu, diantaranya resiko penyakit hipertensi. Pada hipertensi primer biasanya muncul pada usia antara 30-50 tahun, 50-60% klien usia diatas 60 tahun memiliki tekanan darah diatas 149/90 mmHg. Resiko Hipertensi meningkat pada laki-laki dibanding wanita sampai usia 45 tahun. Pada usia 45-54 tahun wanita sedikit lebih berisiko

untuk hipertensi dibanding laki-laki. Setelah 45 tahun wanita sangat berisiko untuk hipertensi dibanding laki-laki (AHA, 2008). Faktor risiko pertambahan usia berhubungan erat dengan faktor risiko yang lain, seperti riwayat penyakit keturunan atau genetik, dan kebiasaan pribadi. Berdasarkan penelitian Armilawaty,dkk. (2007) menyatakan bahwa kelompok umur yang paling berisiko hipertensi adalah pada usia 31-55 tahun. Hal ini dikarenakan seiring bertambahnya usia, tekanan darah cenderung meningkat. Hipertensi umumnya berkembang pada saat umur seseorang mencapai paruh baya yakni cenderung meningkat khususnya yang berusia lebih dari 40 tahun bahkan pada usia lebih dari 60 tahun keatas.

#### **b. Jenis kelamin**

Insiden hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding wanita sampai usia sekitar 45 tahun. Pada usia 45-54 tahun wanita sedikit lebih berisiko untuk Hipertensi dibanding laki-laki. Pada usia antara 55-74 tahun risiko hipertensi hampir sama pada laki-laki dan wanita, setelah usia 74 tahun, wanita lebih berisiko untuk hipertensi (AHA, 2008; Black & Hawks, 2009).

#### **c. Tahap perkembangan.**

Tahap perkembangan mempengaruhi kebutuhan dan kemampuan *self-care* individu. Pemikiran dan tingkah laku seseorang akan berubah sepanjang hidupnya. Tahap perkembangan mempengaruhi emosi dan respon klien. Perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2009). Menurut Ericson (1997) dalam Potter & Perry (2009) tahap perkembangan individu dibagi dalam 8 tahapan, yaitu: *Infan* (0-1 thn), *Early childhood* (1-3 thn), *Prasekolah* (4-5 thn), *usia sekolah* (6-12 thn), *remaja* (13-17 thn), *18-35 tahun* (dewasa muda), *> 35-55 tahun* (dewasa pertengahan) dan *55-65 tahun* (dewasa akhir), *usia lanjut* >65 tahun .

Dalam penelitian ini variabel tahap perkembangan tidak termasuk dalam variabel penelitian karena sudah termasuk dalam variabel usia dimana responden yang menjadi sampel berusia 35-65 tahun yang dikelompokkan dengan menggunakan skala ordinal.

#### **d. Status kesehatan**

Meliputi diagnosa medis, gambaran kondisi kesehatan pasien, komplikasi, perawatan yang dilakukan, yang menggambarkan kondisi individu yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan *universal* atau perkembangan. Status kesehatan adalah merupakan gambaran kondisi kesehatan yang diukur dari angka kelahiran dan kematian pada kasus/penyakit tertentu, harapan hidup, kualitas hidup, faktor resiko dan banyak faktor lainnya (Potter-Perry, 2009).

Dalam penelitian ini status kesehatan dilihat berdasarkan lama responden menderita hipertensi. Dalam tinjauan *self-care* Orem, status kesehatan pasien yang mempengaruhi kebutuhan self-care dapat dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu; *Wholly compensatory nursing system* (total care/tergantung penuh pada perawat/keluarga), *Partially compensatory nursing system* (*partial care/self-care* dengan bantuan perawat/keluarga), *Supportif/Educatif nursing system* (mandiri/bantuan suportif).

#### **e. Gaya hidup**

Pemakaian alkohol dan nikotin merupakan gaya hidup yang meningkatkan resiko hipertensi disamping kurang aktifitas fisik dan kurang mengkonsumsi makanan sehat. Insiden hipertensi meningkat pada pemakaian alkohol lebih dari 3 ons etanol/hari. Gangguan emosi atau stres meningkatkan resiko hipertensi. Stres meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan kardiak output, dan menstimulasi aktifitas sistem saraf simpatis. Jika respon terhadap stres berlebihan atau memanjang, disfungsi organ target atau penyakit akan timbul (Black, 2009).

Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen modifikasi gaya hidup dari Walker, et al. (1997). Meliputi pertanyaan terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres. Kuisisioner berupa 25 pertanyaan dalam skala likert. Nilai tiap item 1-4. Realibilitas dari keseluruhan item pernyataan 0.922, nilai koefisien alfa hubungan tiap item pertanyaan adalah 0.702 – 0.904.

Instrumen diatas belum lengkap dalam menilai gaya hidup pada pasien hipertensi karena belum mencakup pemakaian alkohol dan merokok sehingga dalam

penelitian ini pengukuran variabel gaya hidup juga menggunakan kuisioner yang menanyakan apakah responden merokok dan mengkonsumsi alkohol.

#### **f. Sosial budaya**

Informasi yang perlu didapatkan antara lain suku, bahasa yang digunakan, status perkawinan, agama, orientasi sosial budaya individu terhadap kesehatan dan perawatan kesehatan, pendidikan dan pekerjaan. Dalam penelitian ini variabel sosial dilihat dari tingkat pendidikan dan pekerjaan. Budaya dianggap homogen karena lokasi/tempat penelitian dilakukan di daerah kabupaten Bima-NTB.

#### **g. Sistem pelayanan kesehatan**

Mencakup diagnosa medis, jenis, lokasi, ketersediaan, terjangkau dan terbuka untuk individu dan keluarga, biaya dan cara pembayaran. Dalam penelitian variabel ini tidak diteliti karena penelitian dilakukan di RSUD Bima dimana responden menggunakan fasilitas pelayanan yang sama.

#### **h. Sistem keluarga**

Meliputi tipe keluarga, komposisi peran dan usia anggota keluarga, pengambil keputusan dalam keluarga, budaya yang mempengaruhi, sumber-sumber yang dimiliki individu dalam keluarga dan keluarga sebagai satu kesatuan, pola *self-care* dan *dependent-care* dalam keluarga. Cara penggunaan layanan kesehatan oleh keluarga akan mempengaruhi kesehatan individu dan anggota keluarga. Dalam penelitian ini variabel dinilai dari pengambil keputusan dalam keluarga, apakah pasien sendiri atau orang terdekat lain dari anggota keluarga / teman.

#### **i. Lingkungan.**

Lingkungan, alamat/daerah tempat tinggal mempengaruhi resiko terhadap penyakit tertentu. Stress fisik dari lingkungan berpengaruh terhadap resiko terjadinya hipertensi. Variabel ini tidak diteliti tetapi masuk dalam data demografi responden.

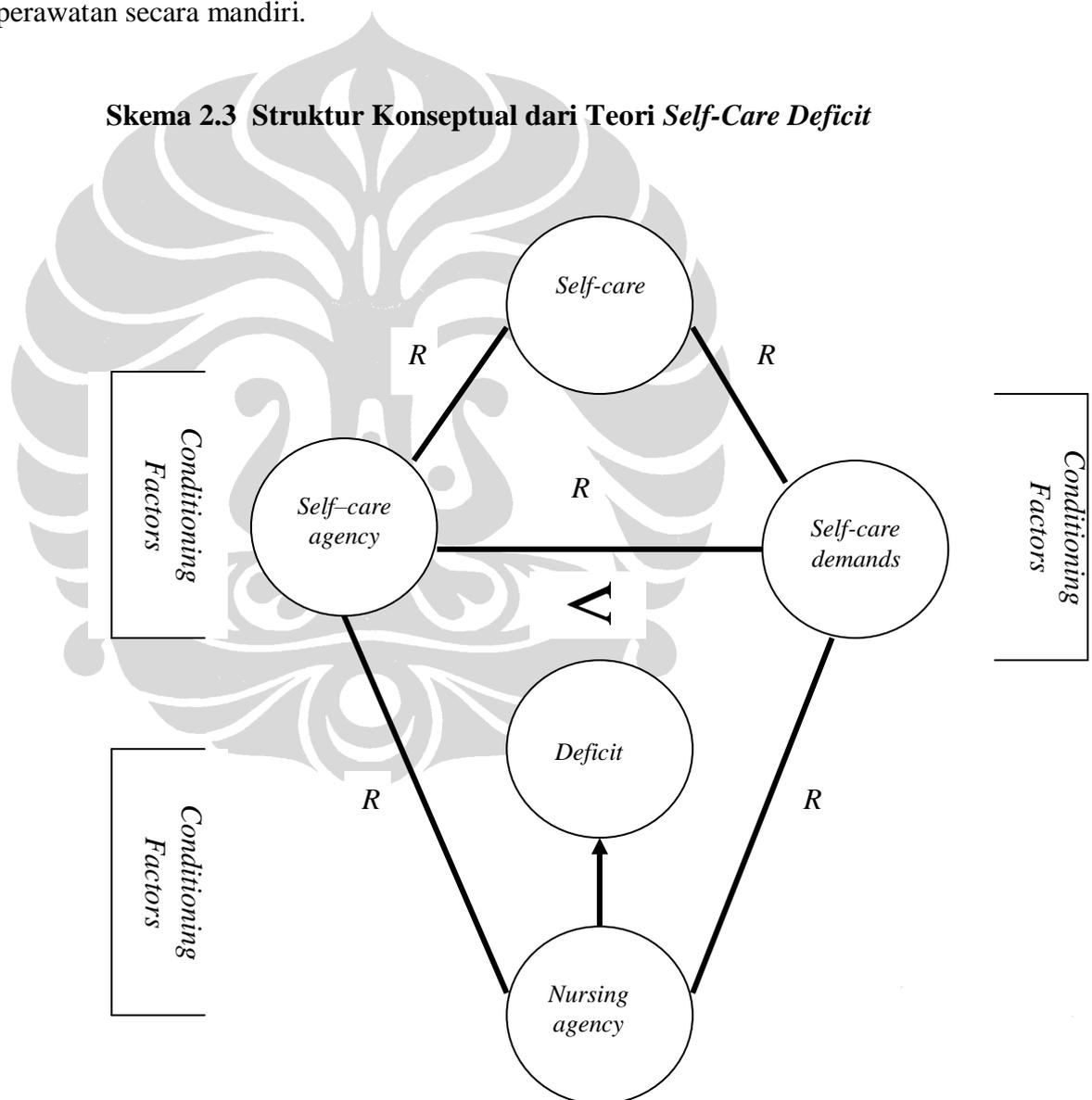
#### **j. Sumber daya**

Sumber-sumber serta keyakinan-keyakinan yang dapat mendukung proses penyembuhan pasien. Dalam penelitian ini variabel dinilai dari adanya/tidaknya sumber – sumber pembiayaan terkait jaminan kesehatan/asuransi sedangkan nilai interpersonal sudah termasuk dalam variabel *Self-care agency*.

### 2.2.2 Self-Care Defisit

*Self-Care Deficit* adalah suatu kondisi manakala seseorang mengalami ketidakmampuan atau ketidakpedulian pada dirinya sendiri. Ketidakmampuan klien ini memerlukan agen keperawatan yang mempunyai kemampuan khusus untuk memberikan perawatan yang akan menggantikan atau memberikan bantuan dalam mengatasi penurunan kesehatan. Terkait hal tersebut dikenal adanya agen keperawatan yang mempunyai kemampuan khusus yang memungkinkan mereka memberikan perawatan atau bantuan dalam mengatasi masalah kesehatan atau perawatan secara mandiri.

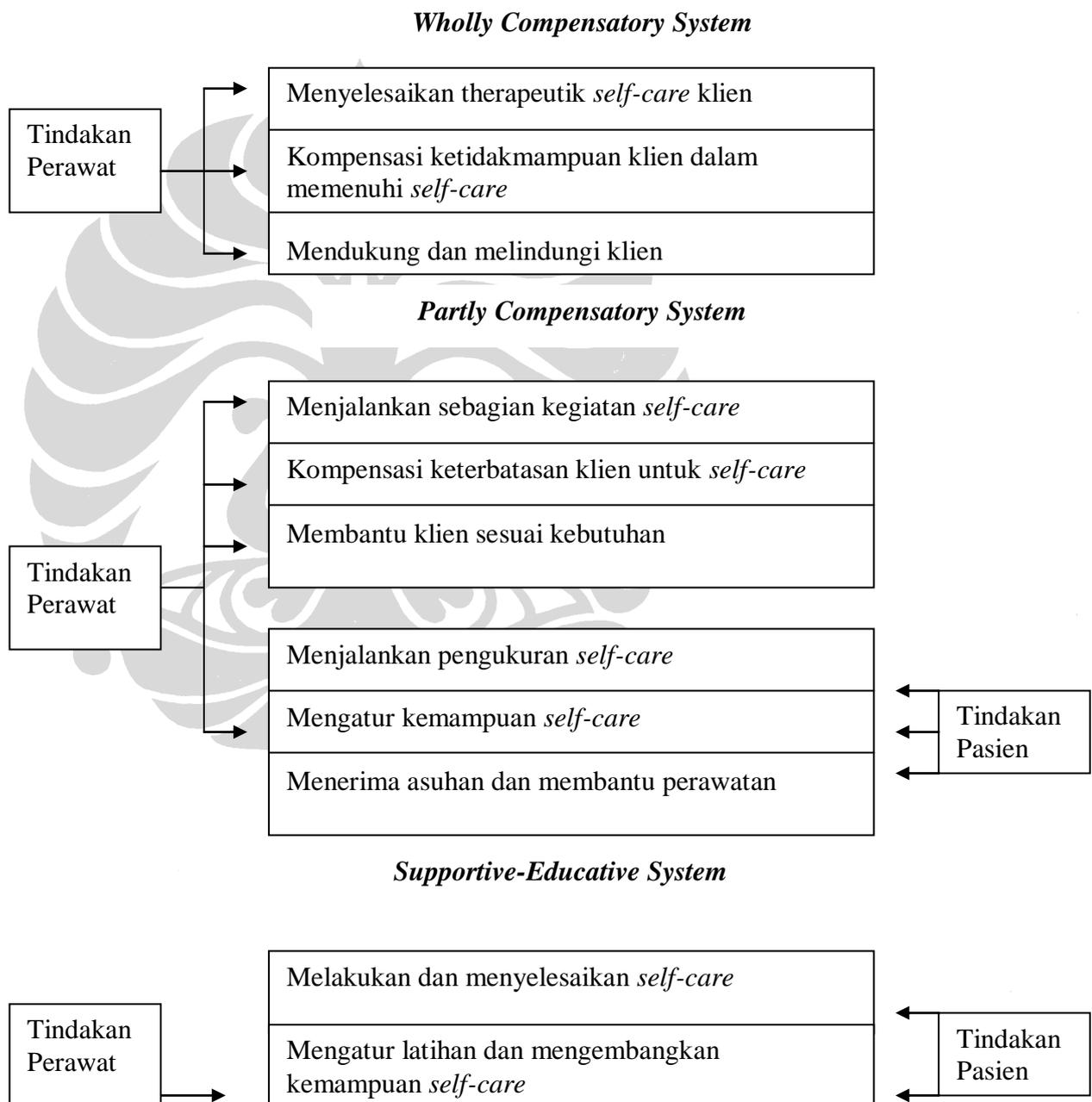
**Skema 2.3 Struktur Konseptual dari Teori *Self-Care Deficit***



Sumber: *Nursing Theorists and Their Work St.Louis: Mosby.*

Terdapat tiga disain dalam *nursing system* (Gambar 2.4). Orem mengemukakan adanya tiga tipe sistem keperawatan) yaitu: *wholly compensatory nursing system*, *partially compensatory nursing system* dan *supportif- edukatif nursing system*.

#### Skema 2.4. Dasar Sistem keperawatan Orem



Sumber: *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.,p 351).

Perawat memenuhi *self-care* pasien sesuai dengan rencana yang telah ditentukan kemudian dilanjutkan dengan evaluasi pencapaian. Intervensi diberikan sesuai dengan area defisit dan kondisi ketidakadekuatan yang dialami individu berdasarkan *self-care* terapeutik yang dibutuhkan/*Therapeutic Self-Care Demand*. Tindakan keperawatan terdiri dari lima kategori, yaitu : a. *Acting* atau tindakan keperawatan, b. *Guiding*, Arahan, c. *Teaching*, d. pendidikan kesehatan, e. *Support*, dukungan fisik-psikologis dan memberikan lingkungan yang mendukung. Kemudian dievaluasi sesuai dengan kemampuan yang telah dicapai pasien dalam *self-care* (Orem, 2001).

### **2.3 Peran Perawat Spesialis Medical-Bedah**

*Clinical Nurse Specialist* (CNS) mempunyai beberapa peran dan tugas meliputi; peran pendidik, pelaksana asuhan keperawatan langsung, peneliti, konsultan dan administrator. Sebagai pendidik, tugas CNS adalah dalam membangun/pengembangan, implementasi dan evaluasi sumber-sumber yang dapat menjadi edukator untuk pasien dan keluarga, koordinasi keperawatan, mengembangkan program pendidikan kesehatan untuk masyarakat, evaluasi kemampuan/kompetensi tenaga keperawatan, dan pelatihan. CNS Medikal-Bedah (CNS-MB), berperan dalam mengumpulkan informasi dan menyusun prioritas asuhan keperawatan; aplikasi metode keperawatan terkini dan merencanakan sampai dengan evaluasi pelaksanaan perawatan individual. Tugas lainnya termasuk dalam melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik yang mendalam, merekomendasikan pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik lain yang diperlukan. CNS-MB dalam beberapa bidang spesialisasi juga memiliki otoritas dalam melakukan prosedur khusus yang sebagian masih merupakan domain dokter seperti melakukan intubasi, kateter vena sentral, biopsi dengan tetap berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Henderson, 2004). Di Indonesia saat ini CNS-MB maupun perawat spesialis bidang lainnya belum memiliki otoritas khusus seperti dijelaskan diatas dan dalam praktek di klinik masih banyak pertimbangan dan kebijakan struktural untuk memiliki batasan-batasan yang jelas dalam wewenang, hak dan kewajiban CNS.

CNS memegang peranan penting dalam menentukan arah dan hasil perawatan yang dikelola, memberi pelayanan, sebagai konsultan ahli untuk staf keperawatan dan mengambil peran aktif dalam mengembangkan sistem penyediaan layanan kesehatan yang lebih baik. Perawat spesialis terlatih untuk mengambil peran manajer kasus dan menggunakan keahliannya untuk mengkoordinasikan sumber daya pelayanan dan praktek perawatan, berperan sebagai pembimbing dan *role model* dalam klinik, teknis dan hubungan interpersonal dan sebagai pemimpin yang bertanggung jawab melakukan inovasi dan perubahan dalam keperawatan (Sparacino, 2005 dalam Canady, 2007).

CNS-MB dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi harus memiliki kemampuan yang meliputi; patofisiologi hipertensi, memfasilitasi deteksi dini penyakit dan diagnosis hipertensi, pengkajian dan monitoring pasien, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga, mendukung kearah perubahan dan modifikasi gaya hidup sehat, meningkatkan kemampuan individu dalam *self-care* dan pengelolaan hipertensi, dokumentasi dan komunikasi dengan tim kesehatan lainnya (RNAO, 2005).

CNS dapat meningkatkan kontrol tekanan darah melalui;

a. Memberikan *reinforcemen* yang empatik

Berikan *feedback* yang positif atas pencapaian tekanan darah pasien dan perilaku yang mendukung kontrol tekanan darah. Jika kontrol tekanan darah belum tercapai sesuai tujuan, tanyakan bagaimana perilaku dan kontrol tekanan darah yang telah dilakukan dan buat program untuk kontrol berikutnya.

b. Kewaspadaan dan monitoring

Antisipasi adanya masalah ketidakpatuhan pasien terhadap terapi obat antihipertensi. Anjurkan pasien untuk membawa semua obat yang didapat dari dokter/PKM/RS untuk menilai dan evaluasi adanya efek samping dan monitoring keberhasilan terapi yang diberikan. Anjurkan pasien untuk

meningkatkan self-care dan melakukan pengukuran tekanan darah secara mandiri di rumah.

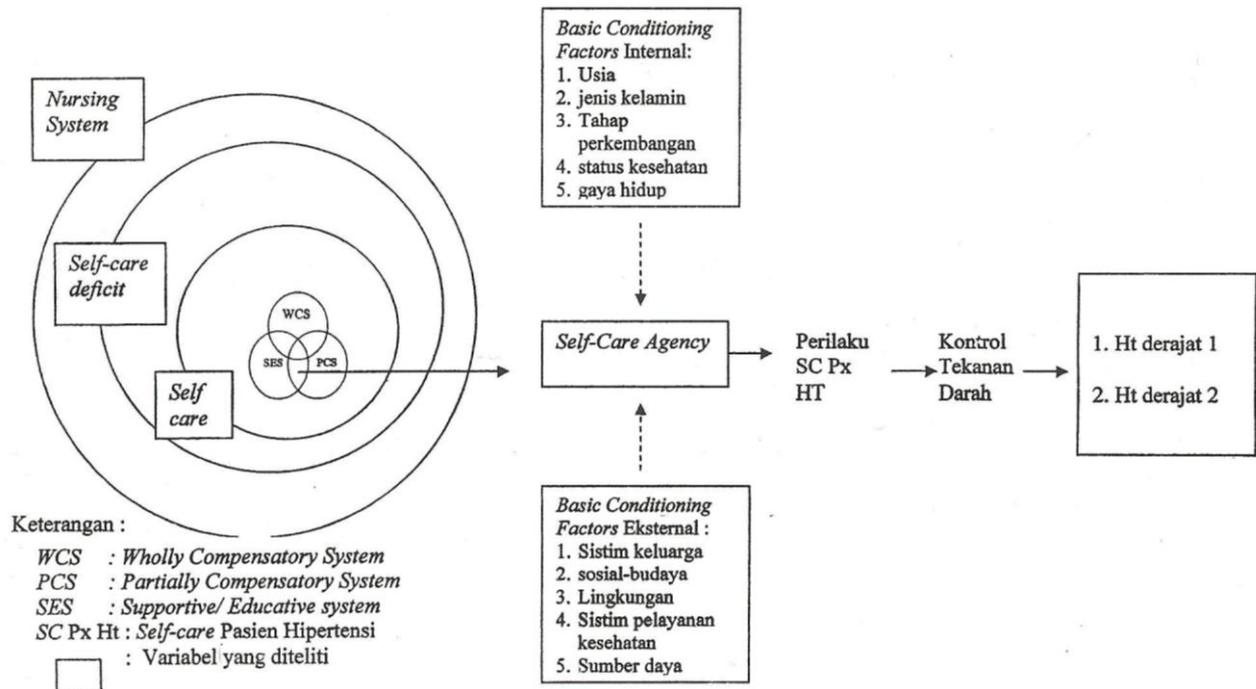
- c. Libatkan *decision support system* untuk mencapai target tekanan darah pasien
- d. Pendidikan kesehatan

Intervensi keperawatan yang difokuskan pada bagaimana merubah perilaku/modifikasi gaya hidup pasien. Kaji pemahaman, pertanyaan dan perhatian pasien. Jelaskan hasil pengukuran tekanan darah dan maknanya, berikan catatan dan sarankan pasien untuk menyimpan catatan perkembangan tekanan darah sebagai bahan evaluasi dan kontrol. Diskusikan dengan pasien terapi dan perawatan yang direkomendasikan, perubahan gaya hidup; diet, mengurangi konsumsi garam/alkohol/merokok, olah raga, dan berat badan yang normal (CHEP, 2007).

#### **2.4 Kerangka Teori**

Dari tinjauan teori diatas disusun skema atau kerangka teori sebagai kerangka pikir, analisa dan pembahasan hasil penelitian (Skema 2.5).

**Skema 2.5 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Hipertensi  
Ditinjau dari Perspektif keperawatan *Self-Care* Orem**



Sumber : Diolah kembali dari: 1. Ewen & Wills, (2007). *Theoretical Basis for Nursing* (2<sup>th</sup> ed., p14). 2. Black, (2009): *Medical Surgical Nursing*. 3. JNC 7, (2003).

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan kerangka yang menghubungkan beberapa konsep yang akan diteliti, atau antara variabel dari masalah yang diteliti, yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian dan merupakan pengembangan dari beberapa teori yang telah dibahas. Hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang diuji secara empiris. Definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup pengertian variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrumen atau alat ukur (Notoatmojo, 2010).

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan penelusuran kepustakaan, variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

##### a. Variabel bebas (*Independent variable*)

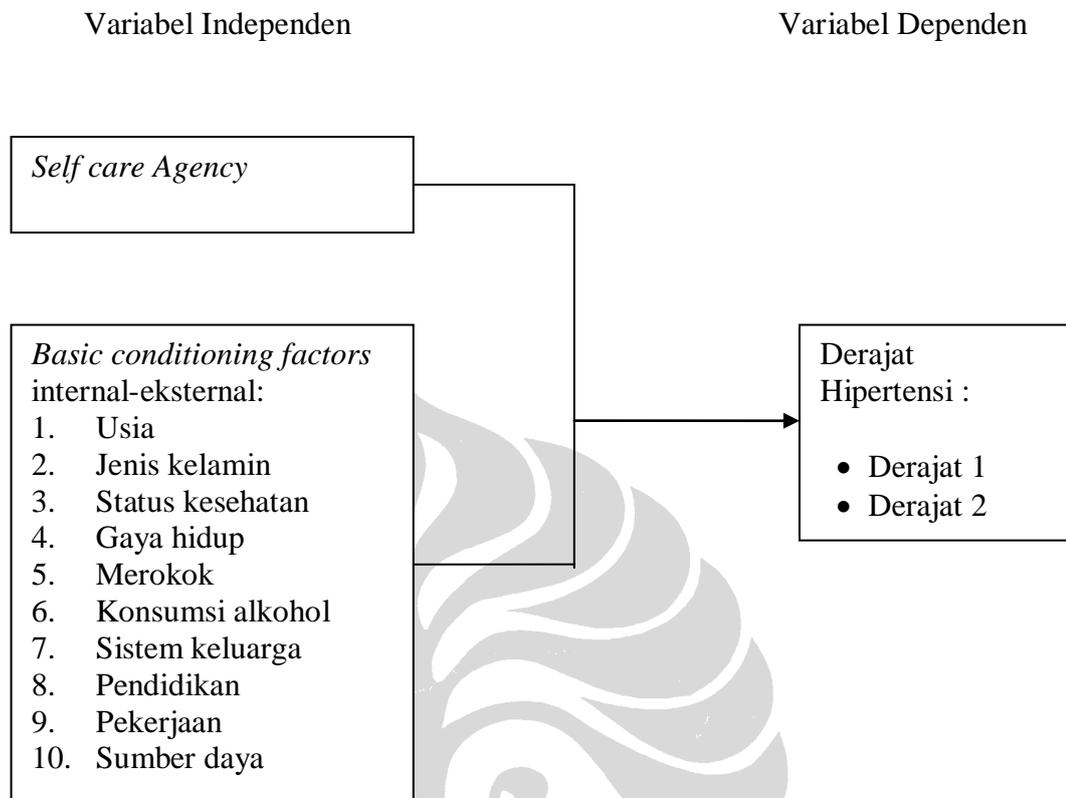
Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *self-care agency*, usia, jenis kelamin, status kesehatan, gaya hidup, sistem keluarga, pendidikan, pekerjaan dan sumber daya.

##### b. Variabel terikat (*Dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah derajat hipertensi.

Hubungan kedua variabel ini bersifat hubungan satu arah, dimana variabel *independent* memberi kontribusi pada variabel *dependent*. Hubungan antar kedua variabel tersebut terlihat pada skema 3.1

### Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



## 3.2 Hipotesis Penelitian

### 3.2.1 Hipotesis Mayor

*Self-care agency*, usia, jenis kelamin, status kesehatan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, sistem keluarga, pendidikan, pekerjaan dan sumber daya berhubungan dengan derajat hipertensi.

### 3.2.2 Hipotesis Minor

- a. *Self-care agency* berhubungan dengan derajat hipertensi
- b. Usia berhubungan dengan derajat hipertensi
- c. Jenis kelamin berhubungan dengan derajat hipertensi
- d. Status kesehatan berhubungan dengan derajat hipertensi
- e. Gaya hidup berhubungan dengan derajat hipertensi
- f. Merokok berhubungan dengan derajat hipertensi
- g. Konsumsi alkohol berhubungan dengan hipertensi
- h. Sistem keluarga berhubungan dengan derajat hipertensi

- i. Pendidikan berhubungan dengan derajat hipertensi
- j. Pekerjaan berhubungan dengan derajat hipertensi
- k. Sumber daya berhubungan dengan derajat hipertensi

### 3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Definisi operasional juga berguna untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. Definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel. 3.1

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Independent</b>					
1	<i>Self-care agency</i>	Kemampuan responden untuk mengatur fungsi dan perkembangan, membuat penilaian dan keputusan, melakukan perawatan sendiri pada kondisi hipertensi	Kuisisioner Instrumen modifikasi ESCA dari Kearney & Fleischer, (1979), berupa 15 item pertanyaan dalam skala likert dengan 4 pilihan ; sangat setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju, dengan nilai tiap item pertanyaan 1-4	Menggunakan <i>cut of point</i> mean 43.59 $\leq$ mean = <i>self-care</i> kurang $>$ mean = <i>self-care</i> baik	Nominal
2.	Usia	Usia responden saat ini dihitung berdasarkan tahun kelahiran.	Kuesioner	0 = 35-45 tahun 1 = 46-55 tahun 2= 56 -65 tahun  Untuk analisis bivariat dikategorikan menjadi 2 yaitu:	Ordinal

				0 = 35-55 (Dewasa pertengahan) 1 = 56-65 (Dewasa akhir)	
3.	Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden, terdiri dari laki-laki dan perempuan	Observasi	0 = Laki-laki  1 = perempuan	Nominal
4.	Status kesehatan	Kondisi kesehatan saat ini berhubungan dengan lama waktu sejak responden terdiagnosa hipertensi	Kuisisioner	0 = < 1 tahun 1 = 1-3 tahun 2 = > 3 tahun  Untuk analisis bivariat dikategorikan menjadi 2 yaitu: 0 = < 1 tahun (akut) 1 = $\geq$ 1 tahun (kronik)	ordinal
5.	Gaya hidup	Perilaku kesehatan responden yang meliputi aktifitas fisik, pengelolaan stres dan nutrisi	Kuisisioner modifikasi dari instrumen Gaya hidup Walker, dkk. (1987), terkait aktifitas fisik, nutrisi dan pengelolaan stres, berupa 25 pertanyaan dalam skala likert dengan 4 pilihan; tidak pernah, kadang-kadang, sering, rutin. Nilai tiap item 1-4.	Skoring dari masing-masing item pertanyaan dengan menggunakan <i>cut of point</i> nilai mean 51.36 $\leq$ mean = gaya hidup tidak sehat $>$ mean = gaya hidup sehat	Nominal
6	Merokok	Perilaku yang dinilai berdasarkan ada / tidaknya kebiasaan merokok.	Kuesioner, menanyakan apakah responden merokok/tidak	0= Tidak Merokok 1=Merokok	Nominal

7	Konsumsi alkohol	Perilaku yang dinilai berdasarkan ada / tidaknya kebiasaan mengkonsumsi alkohol	Kuesioner, menanyakan apakah responden mengkonsumsi alkohol/tidak	0= Tidak mengkonsumsi alkohol 1=Konsumsi alkohol	Nominal
8.	Sistem keluarga	Pengambil keputusan dalam keluarga yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien.	Kuisisioner	0=Pengambil keputusan adalah responden 1=Pengambil keputusan adalah orang lain/keluarga	Nominal
9	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh responden	Kuisisioner	1 = tidak sekolah 2= SD 3= SLTP 4= SLTA 5= PT  pada analisis bivariat dikategorikan menjadi 2 yaitu: 0= Tidak Sekolah 1= Sekolah	Ordinal
10	Pekerjaan	Pekerjaan yang menjadi sumber utama penghasilan.	Kuisisioner	1= Tidak bekerja 2=PNS/ TNI/Polri 3=Karyawan swasta /wiraswasta, 4=Pedagang, 5=Petani Untuk analisis bivariat dikategorikan menjadi 2 yaitu: 0= Tidak bekerja 1= Bekerja	Ordinal
11	Sumber Daya	Adanya asuransi / jaminan kesehatan yang dimiliki individu.	Kuisisioner	0= Peserta asuransi 1= Bukan Peserta asuransi Askes/ Jamkesmas	Nominal

Variabel Dependent			
12.	Hipertensi	Keadaan tekanan darah responden dengan hipertensi primer yang memiliki tekanan darah sistolik $\geq$ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik $\geq$ 90 mmHg.	<p>Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter digital yang dilakukan pada lengan atas responden.</p> <p>Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam satuan mmHg.</p> <p>0=Hipertensi derajat 1 (sistolik 140–159 diastolik 90–99 mmHg).</p> <p>1=Hipertensi derajat 2 (Sistolik <math>\geq</math> 160 diastolik <math>\geq</math> 100 mmHg).</p>



## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian atau cara yang akan digunakan dalam penelitian berupa langkah-langkah teknis dan operasional pada penelitian yang akan dilaksanakan. Metode penelitian tersebut meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pengumpulan data, uji validitas dan reabilitas instrumen, etika penelitian dan analisis data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang bertujuan mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan dalam suatu komunitas (*Exploratory study*) dan selanjutnya menjelaskan keadaan tersebut (*Explanatory study*), melalui pengumpulan atau pengukuran variabel korelasi yang terjadi pada obyek penelitian secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan ( Notoatmojo, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi ditinjau dari perspektif *self-care* Orem.

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien hipertensi di ruang poliklinik penyakit dalam instalasi rawat jalan RSUD Bima.

##### **4.2.2 Sampel**

###### **a. Teknik pengambilan sampel**

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *non- probability sampling* melalui *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel atau responden yang didasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti, berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya ( Notoatmojo, 2010).

### b. Kriteria inklusi sampel

- 1) Pasien hipertensi primer yang berkunjung di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima.
- 2) Usia pasien 35-65 tahun
- 3) Kesadaran compos mentis dan dapat berkomunikasi secara wajar.
- 4) Bisa baca tulis.
- 5) Bersedia menjadi responden

### c. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien dengan jenis hipertensi selain tipe hipertensi primer.
- 2) Terjadi penurunan status kesehatan secara drastis.

### d. Besar sampel

Rumus besar sampel yang digunakan untuk penelitian korelatif adalah (Dahlan, 2008b) :

$$N = \left( \frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0.5 \ln (1 + r) / (1 - r)} \right)^2 + 3$$

$Z\alpha$  = deviat baku alpha

$Z\beta$  = deviat baku beta

$r$  = korelasi

Kesalahan tipe I = 5%, hipotesis dua arah,  $Z\alpha = 1,96$

Kesalahan tipe II = 10%, hipotesis dua arah,  $Z\beta = 1,28$

$r = 0,3$

Nilai  $r$  diperoleh dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Felder (1990) tentang hubungan *self-care agency* dan kontrol tekanan darah.  $r = 0,3354$ ,  $P = 0.006$ , dengan demikian diperoleh jumlah sampel = 112 responden.

Sebagai antisipasi kemungkinan data yang terkumpul dari responden tidak dapat dianalisis atau tidak lengkap maka peneliti menambahkan sejumlah responden agar besar sampel tetap dapat terpenuhi, dengan menggunakan rumus berikut (Sostroasmoro, 2010);

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

$n$  = besar sampel yang dihitung

$f$  = perkiraan proporsi drop out

= 10% (0.1)

$$n' = \frac{112}{(1-0.1)} = 12,2 \text{ (dibulatkan 13 responden)}$$

Jadi jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 125 responden.

Jumlah sampel dalam pelaksanaan pengambilan data penelitian sesuai dengan perhitungan sampel diatas yaitu sebanyak 125 responden, namun setelah dilakukan pengolahan data akhir, ada beberapa data dalam kuisioner yang tidak lengkap sehingga kuisioner yang memenuhi untuk analisis data lebih lanjut ada sebanyak 112 responden.

### **4.3 Tempat dan waktu Penelitian**

#### **4.3.1 Tempat**

Penelitian ini dilakukan di poli penyakit dalam RSUD Bima, dengan pertimbangan bahwa : a. lokasi penelitian memberikan kemudahan bagi peneliti baik berupa kemudahan administrasi maupun fasilitas, b. mudah dijangkau oleh peneliti, c) jumlah responden yang sesuai kriteria inklusi dapat terpenuhi, d) belum adanya riset keperawatan yang berkaitan dengan analisis faktor–faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi ditinjau dari perspektif keperawatan *self-care* Orem.

#### **4.3.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dapat dilaksanakan mulai dari penyusunan proposal sampai dengan presentasi hasil penelitian (sidang tesis ) sesuai dengan jadwal. Pengambilan data dilakukan selama  $\pm$  4 minggu (09 Mei-06 Juni 2011). Jadwal penelitian terlampir dalam lampiran 1.

#### 4.4 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan aspek etika dalam penelitian meliputi :

a. *Self determination*

Pasien hipertensi primer yang memenuhi kriteria inklusi diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan peran responden dalam penelitian (Lampiran 2), kemudian peneliti memberikan kesempatan untuk menentukan bersedia atau tidak menjadi responden, pada responden yang menyatakan bersedia diminta untuk menandatangani pernyataan bersedia menjadi responden tanpa paksaan dan sukarela (Lampiran 3).

Saat pengisian data kuisisioner, ada responden yang mengundurkan diri karena ada kepentingan lain, maka peneliti memberikan kebebasan pada responden untuk tidak melanjutkan pengisian kuisisioner.

b. *Anonymity and confidentiality*

Prinsip *anonymity* dilakukan peneliti dengan tidak mencantumkan nama responden saat pengisian kuisisioner, hanya dengan kode nomor responden dan prinsip *confidentiality* dilakukan peneliti dengan tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan identitas responden, sehingga dalam analisa dan penyajian data hanya mendiskripsikan karakteristik responden.

c. *Privacy*

Peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden, dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden tidak menanyakan hal-hal yang dianggap sebagai *privacy* bagi responden, kecuali yang berkaitan dengan penelitian, namun tetap mengedepankan rasa penghormatan dan melalui persetujuan responden.

d. *Protection from discomfort and harm*

Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan ketidaknyamanan dan tidak melanjutkan pengisian kuisisioner bila mengalami ketidaknyamanan atau penurunan kondisi kesehatan, dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk mengatasi keluhan yang dirasakan dengan tindakan mandiri atau kolaboratif. Selama proses pengumpulan data tidak ada responden

yang menyampaikan ketidaknyamanan dan penurunan kondisi fisik secara drastis sehingga dapat melakukan pengambilan data sampai selesai.

#### **4.5 Alat Pengumpulan Data**

Alat atau instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah kuisisioner, yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan variabel yang diteliti dan tensimeter digital untuk mengukur tekanan darah responden. Sumber data berasal dari responden sendiri (data primer). Data primer diambil dengan cara pengisian kuisisioner oleh responden dan melakukan pengukuran tekanan darah. Kuisisioner berupa daftar pertanyaan tertutup dan terbuka dan responden tinggal memberi tanda silang (x) atau cek list (√) pada pilihan jawaban yang tersedia dan jawaban tertulis pada tempat yang telah disediakan. Kuisisioner terdiri dari 2 bagian, yaitu;

##### **4.5.1 Faktor-Faktor Kondisi Dasar Internal dan Eksternal**

Instrumen berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan faktor kondisi dasar internal dan eksternal meliputi; usia, jenis kelamin, status kesehatan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, sistim keluarga, pendidikan, pekerjaan dan sumber daya (lampiran 4).

##### **a. Usia**

Yaitu usia responden yang dihitung berdasarkan tahun kelahiran. Hasil ukur dikelompokkan pada kelompok usia; 0 =35-45, 1 = 46-55, 2 = 56-65, dengan skala ukur yang digunakan ordinal.

##### **b. Jenis kelamin**

Adalah ciri biologis responden yang dibagi menjadi 2 kategori; laki-laki dan wanita. Selanjutnya dibuat kode 0 = laki-laki dan 1 = perempuan, dengan skala ukur nominal.

##### **c. Status kesehatan**

Kondisi kesehatan saat ini berhubungan dengan lama waktu sejak responden terdiagnosa hipertensi. 0 = < 1 tahun, 1 = 1-3 tahun, 2 = > 3 tahun. Dalam skala ordinal

#### **d. Gaya hidup**

Perilaku responden terkait faktor resiko hipertensi meliputi; aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres. Instrumen untuk mengukur gaya hidup menggunakan modifikasi instrumen gaya hidup dari Walker, et al., (1987). Modifikasi yang dilakukan adalah redaksi kalimat yang berhubungan langsung dengan pertanyaan kepada pasien hipertensi. Kuisisioner berupa 25 pertanyaan dalam skala likert dengan pilihan tidak pernah, kadang-kadang, sering dan rutin. Nilai tiap item 1-4. Hasil ukur berdasarkan nilai *cut of point* nilai mean 51.36. Jika  $\leq$  mean = gaya hidup tidak sehat, dan  $>$  mean = gaya hidup sehat. Selanjutnya dikategorikan dalam skala nominal sebagai gaya hidup sehat dan tidak sehat.

#### **e. Merokok**

Perilaku responden terkait kebiasaan merokok yang dinilai dengan kuisisioner yang menanyakan apakah responden merokok atau tidak dalam skala nominal. Dalam pelaksanaannya jika responden merokok maka peneliti melanjutkan dengan kuisisioner merokok menggunakan *Fagerstrom test for nicotine dependence* (versi revisi, 2005) yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan skor tiap item pertanyaan 0-3.

#### **f. Konsumsi Alkohol**

Perilaku responden terkait konsumsi alkohol yang dinilai dengan kuisisioner yang menanyakan apakah responden mengkonsumsi alkohol atau tidak dalam skala nominal. Dalam pelaksanaannya jika responden mengkonsumsi alkohol maka peneliti melanjutkan dengan kuisisioner *Alcohol Use Disorder Identification* (AUDIT) dari WHO (1989) yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan skor tiap item pertanyaan 0-4.

Hasil dari kuisisioner merokok dan konsumsi alkohol tidak dianalisis secara statistik namun hanya sebagai data tambahan pembahasan penelitian.

#### **g. Sistem keluarga**

Pengambil keputusan dalam keluarga terkait masalah kesehatan pasien, 0 = pengambil keputusan adalah responden, 1= pengambil keputusan adalah orang lain/keluarga.

#### **h. Pendidikan**

Jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh responden, dikategorikan 1= tidak sekolah, 2= SD, 3= SLTP, 4= SLTA, 5= PT, dalam skala ordinal. Pada analisis

bivariat pendidikan dikategorikan menjadi 2 yaitu; 0= Tidak Sekolah, 1 = Sekolah (SD, SLTP, SLTA dan PT)

#### **i. Pekerjaan**

Pekerjaan utama yang menjadi sumber penghasilan, dikategorikan sebagai berikut; 1= tidak bekerja, 2= PNS/TNI/Polri, 3=karyawan swasta/wiraswasta, 4= pedagang, 5= petani, dalam skala Ordinal. Pada analisis bivariat pekerjaan dikategorikan menjadi 2 yaitu; 0= Tidak Bekerja, 1 = Bekerja (PNS/TNI/Polri, Karyawan swasta/wiraswasta/pedagang/petani).

#### **j. Sumber daya**

Fasilitas jaminan kesehatan yang dimiliki responden apakah Askes/Jamkesmas/sumber pembiayaan lain. Data dikategorikan; 0= Peserta Asuransi, 1=Bukan peserta asuransi Askes/jamkesmas, dalam skala Nominal.

### **4.5.2 Skala perawatan diri**

Pada penelitian ini digunakan instrumen ESCA yang telah dimodifikasi dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 item, tiap 3 pertanyaan mewakili 5 indikator dalam kemampuan *self-care* meliputi; tanggung-jawab terhadap diri sendiri, motifasi untuk melakukan *self-care*, aplikasi pengetahuan terkait *self-care*, prioritas kesehatan dan harga diri. Penilaian menggunakan skala likert dengan nilai tiap item pertanyaan 1-4. Skoring 1 menunjukkan sangat tidak setuju dan 4 sangat setuju pada pertanyaan positif. Untuk pertanyaan negatif, skoring sebaliknya. Nilai skoring berada pada rentang 15-60 dikategorikan sesuai dengan *cut of poin mean* 43.59, jika < mean *self-care* kurang dan  $\geq$  *self-care* baik.

### **4.5.3 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen**

Sebelum kuesioner digunakan, dilakukan translasi kuisisioner kedalam bahasa indonesia oleh ahli bahasa inggris dan redaksi kalimat dispesifikkan sesuai dengan tujuan penellitian dan dilakukan uji coba kuesioner terhadap responden yang memiliki kriteria inklusi yang sama dengan responden yang akan diteliti. Uji coba peneliti lakukan kepada 20 (dua puluh) responden yaitu penderita hipertensi primer di RSUD Muhammadiyah Bima, kemudian dari data responden

tersebut dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen dengan program SPSS 15. Keputusan uji dinyatakan valid jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel.

Uji validitas instrumen gaya hidup terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres dan kuisisioner *self-care agency* dilakukan bersamaan pada 20 responden (*degree of freedom*  $20-2=18$ , nilai  $r$  tabel= 0.44). Semua pertanyaan memiliki nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dengan nilai *alpha cronbach* 0.97 untuk instrumen gaya hidup, dan nilai *alpha cronbach* 0.96 untuk instrumen *self-care agency* sehingga item-item pertanyaan tersebut memenuhi standar nilai validitas dan reabilitasnya dan bisa digunakan dalam pengambilan data penelitian. Instrumen konsumsi alkohol dan merokok tidak ada hasil uji validitas dan reabilitasnya karena pada saat uji coba kuisisioner tidak ada responden yang mengkonsumsi alkohol dan yang merokok hanya 4 orang.

#### **4.5.3 Pengukuran Tekanan Darah**

Pengukuran tekanan darah dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan tensimeter digital OMRON, alat ini telah dikalibrasi oleh produsen dan telah digunakan oleh Departemen Kesehatan RI. dalam riset kesehatan dasar masyarakat tahun 2007 dan mendapatkan lisensi dan pengakuan untuk validitas dan reabilitasnya dari [European Society of Hypertension \(ESH\)](#). Pemakaian di Indonesia telah mendapatkan rekomendasi dari Persatuan Jantung Indonesia.

Prosedur pengukuran dilakukan sesuai dengan spesifikasi alat dan standar pengukuran berdasarkan sumber (Lampiran 5). Hasil pengukuran dikategorikan dalam skala nominal; 0= Hipertensi derajat 1 (sistolik 140–159, diastolik 90–99 mmHg). 1= hipertensi derajat 2 ( Sistolik  $\geq 160$ , diastolik  $\geq 100$  mmHg) atau terjadi peningkatan pada salah satu dari diastolik  $\geq 140$  mmHg atau Sistolik  $\geq 90$  mmHg.

#### **4.6 Prosedur Pengumpulan Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner oleh responden dan pengukuran tekanan darah responden.

Langkah langkah dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

**a. Prosedur administratif**

- 1) Mendapatkan pengantar permohonan/ijin melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) tanggal 25 April 2011 (lampiran 7)
- 2) Mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari FIK UI, tanggal 26 April 2011 (lampiran 8)
- 3) Mendapatkan ijin melakukan penelitian dari Direktur RSUD Bima dan kepala Bapeda Kabupaten Bima selama satu bulan dari tanggal 09 Mei-09 juni 2011 (Lampiran 9).
- 4) Mendapatkan surat keterangan telah melaksanakan penelitian dari Direktur RSUD Bima dan Kepala Bapeda Kabupaten Bima, tanggal 10 juni 2011 (Lampiran 10).

**b. Prosedur Teknis**

- 1) Meminta ijin kepada kepala instalasi rawat jalan dan kepala poli penyakit dalam dan mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada tim keperawatan.
- 2) Meminta bantuan kepada 2 orang perawat pelaksana di poli penyakit dalam, dengan pendidikan DIII keperawatan untuk membantu dalam pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data pada responden, sebelumnya diadakan pertemuan untuk memberikan penjelasan dan pelatihan tentang tujuan penelitian, prosedur pengambilan data, instrumen yang akan digunakan dalam pengambilan data beserta petunjuk pengisian kuisioner pada responden, prinsip dan etik penelitian. Peneliti tidak melakukan uji *interrater* untuk pengukuran tekanan darah karena pengukuran tekanan darah dengan tensimeter digital dilakukan langsung oleh peneliti, asisten hanya membantu dalam proses pengambilan data pengisian kuisioner.
- 3) Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel dengan anamnesa oleh peneliti terkait kapan pertama kali terdiagnosa mengalami hipertensi, apakah ada penyakit penyerta yang lain, penyakit apa saja yang pernah/masih diderita dan

riwayat perjalanan penyakit hipertensi, kemudian melakukan pengukuran tekanan darah (data tekanan darah dan derajat hipertensi pada Lampiran 6).

- 4) Jika dari anamnesa dan hasil pengukuran tekanan darah telah memenuhi kriteria inklusi, peneliti meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian (Lampiran 1).
- 5) Meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani lembar *informed consent* (Lampiran 2).
- 6) Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan dan klarifikasi jawaban responden jika diperlukan. Melibatkan asisten dalam menjelaskan kuisisioner pada responden dan cara pengisian lembar kuisisioner.
- 7) Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

#### **4.7. Pengolahan dan Analisa Data**

Data yang telah terkumpul sebelum dianalisis, terlebih dahulu dilakukan Pengolahan data, meliputi (Notoatmodjo, 2010) :

- a. *Editing*, untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah terisi lengkap, tulisan cukup jelas terbaca, jawaban relevan dengan pertanyaan, dan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lain. Peneliti mengoreksi data yang telah diperoleh meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban pada lembar kuesioner. Pada beberapa kuisisioner ada beberapa jawaban yang belum lengkap, seperti lama sakit sehingga dilakukan pengisian data pada item yang terlewat pada saat itu juga untuk melengkapinya jika responden masih ada di tempat.
- b. *Coding*, merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Setiap data diberikan kode agar memudahkan pengolahan data. Data diberi koding sesuai dengan yang dijelaskan dalam definisi operasional dan kebutuhan pengolahan-analisa data.
- c. *Entry data*, merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program SPSS 15. *Entri* data peneliti lakukan sesuai variabel yang diukur, dengan *transform*

dan *recode* sesuai kategori data dan jenis data. Untuk meminimalkan *human error*, peneliti meminta bantuan 2 orang teman sejawat untuk mengecek kembali data yang sudah dientry, 1 orang yang membaca data yang dientry dan 1 orang lagi yang mengecek data pada SPSS.

- d. *Processing*, merupakan pemrosesan data yang sudah di *entry* untuk dianalisis meliputi analisis univariat, bivariat dengan uji *Chi-Square* dan multivariat dengan uji regresi logistik sederhana. Sebelum masuk ke analisis univariat pada data skoring gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol dan *self-care* dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak dengan uji normalitas *kolmogorov-smirnov* sehingga dapat ditentukan apakah dalam hasil ukur menggunakan *cut of point* mean atau median. Untuk mengetahui data berdistribusi normal dapat dilihat dari; 1) grafik histogram dan kurve normal, 2) menggunakan nilai *skewness* dibagi standar errornya, jika  $\leq 2$  maka berdistribusi normal, 3) uji *kolmogorof smirnov*, jika *p value*  $< 0.05$  maka berdistribusi normal (Hastono, 2007).
- e. *Cleaning*, (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi dengan menggunakan program SPSS 15, sehingga pengolahan dan analisa data dapat dilanjutkan sesuai tujuan penelitian.

#### 4.8 Analisis Data

Data yang sudah diolah kemudian dianalisis meliputi :

##### a. Analisis Univariat

Tujuan dari analisis univariat adalah untuk mendeskripsikan distribusi dari masing-masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel independen yaitu derajat tekanan darah, dan variabel dependen yaitu *self-care agency* dan faktor kondisi dasar internal dan eksternal. Data yang diperoleh kemudian dihitung jumlah dan persentase masing-masing kelompok dan disajikan dengan menggunakan tabel serta diinterpretasikan. Data dalam penelitian ini bersifat kategorik sehingga disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Data skoring gaya

hidup, merokok, konsumsi alkohol dan *self-care* dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak dengan uji normalitas *kolmogorov-smirnov*. Hasil uji menunjukkan bahwa data pada variabel tersebut berdistribusi normal dilihat dari nilai skewness dibagi standar errornya < dari 2, histogram berbentuk bel shape dan nilai p value < 0.05, sehingga dalam hasil ukur menggunakan *cut of point* mean.

### b. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan dengan uji *Chi-Square* yang digunakan untuk menguji hipotesis hubungan antara *self-care agency*, faktor kondisi dasar internal (usia, jenis kelamin, status kesehatan, gaya hidup, merokok dan konsumsi alkohol serta hubungan kondisi dasar eksternal (pendidikan, pekerjaan, sistem keluarga, sumber daya) terhadap derajat hipertensi. Analisis ini bertujuan untuk menguji ada/tidak adanya hubungan antara variabel independen dan dependen, dengan kedua variabelnya berupa variabel kategorik dan kategorik (Hastono, 2007).

**Tabel 4.1 Uji Statistik Analisa Data**

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	<i>Self-Care Agency</i> (data ordinal)		Uji <i>Chi-Square</i>
2	Usia (data ordinal)		Uji <i>Chi-Square</i>
3	Jenis kelamin (data nominal)		Uji <i>Chi-Square</i>
4	Status kesehatan (data ordinal)	Derajat hipertensi	Uji <i>Chi-Square</i>
5	Gaya hidup (data nominal)	(data nominal)	Uji <i>Chi-Square</i>
6	Merokok (data nominal)		Uji <i>Chi-Square</i>
7	Konsumsi alkohol (data nominal)		Uji <i>Chi-Square</i>
8	Sistem keluarga (data nominal)		Uji <i>Chi-Square</i>
9	Pendidikan (data ordinal)		Uji <i>Chi-Square</i>
10	Pekerjaan (data ordinal)		Uji <i>Chi-Square</i>
11	Sumber daya (data nominal)		Uji <i>Chi-Square</i>

### c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat, dan variabel bebas mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji regresi logistik. Analisis regresi logistik dilakukan jika variabel terikatnya berupa variabel kategorik dan untuk menjelaskan pengaruh beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat. Sebelum dilakukan uji regresi logistik, ditentukan dahulu pemodelan multivariat yaitu dengan cara:

- 1) Seleksi kandidat, apabila masing-masing variabel bebas menunjukkan hasil  $p < 0,25$  pada analisis bivariat, maka variabel tersebut menjadi kandidat untuk dilakukan analisis multivariat; namun jika  $p > 0,25$  tetapi secara substansial berpengaruh maka tetap diikuti dalam analisis selanjutnya.
- 2) Semua variabel kandidat dimasukkan bersama-sama untuk dipertimbangkan menjadi model dengan melihat nilai  $p$  value  $< 0,05$ . Variabel terpilih ( $p$  value  $< 0,05$ ) dimasukkan ke dalam model dan pada variabel dengan nilai  $p$  value  $> 0,05$  dikeluarkan dari model. Variabel yang dikeluarkan dari model dimulai secara berurutan dari variabel dengan nilai  $p$  value terbesar. Variabel yang dikeluarkan akan dimasukkan kembali ke dalam pemodelan jika terjadi perubahan *Odd Ratio (OR)* satu atau lebih variabel yang melebihi 10% , dilakukan bertahap dengan langkah yang sama sehingga akan didapatkan pemodelan akhir dimana semua variabel memiliki nilai  $p$  value yang  $< 0,05$ .
- 3) Untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, dilihat dari nilai  $exp(\beta)$  atau *OR* untuk variabel yang masuk dalam pemodelan akhir, semakin besar nilai  $exp(\beta)$  atau *OR* berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis (Hastono, 2007).

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini mendiskripsikan tentang hasil penelitian yaitu: a. analisis univariat dari masing-masing variabel yang diteliti; b. analisis bivariat berupa hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen; c. analisis multivariat untuk melihat faktor atau variabel apakah yang paling berhubungan dengan deajat hipertensi. Penelitian dilakukan mulai tanggal 09 Mei 2011 sampai dengan tanggal 06 Juni 2011 di Rumah Sakit Umum Daerah Bima, dengan hasil penelitian sebagai berikut:

### 5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel, yaitu variabel independen yang meliputi ; usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, status kesehatan, sistim keluarga, sumber daya, *self-care agency*, dan variabel dependen yaitu derajat hipertensi.

Data skoring gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol dan *self-care* dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak dengan uji normalitas *kolmogorov-smirnov*. Hasil uji menunjukkan bahwa data pada variabel tersebut berdistribusi normal dilihat dari nilai *skewness* dibagi standar *error* hasilnya < dari 2, histogram berbentuk bel shape dan nilai p value < 0.05, sehingga dalam hasil ukur variabel tersebut menggunakan *cut of point* mean.

**Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi; Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1	Kelompok Usia		
	• 35-45 tahun	39	34.8
	• 46-55 tahun	42	37.5
	• 56-65 tahun	31	27.7
2	Jenis Kelamin		
	• Laki-laki	38	33.9
	• Perempuan	74	66.1
3	Pendidikan		
	• Tidak sekolah	19	17
	• SD	24	21.4
	• SLTP	15	13.4
	• SLTA	43	38.4
	• PT	11	9.8
4	Pekerjaan		
	• Tidak bekerja	39	34.8
	• PNS / POLRI aktif	19	17.0
	• Karyawan swata/Wiraswasta	8	7.1
	• Pedagang	7	6.3
	• Petani	39	34.8

Hasil analisis dari tabel 5.1 diatas terlihat bahwa lebih dari sepertiga responden hipertensi berada pada kelompok usia 46-55 tahun dengan jumlah 42 orang (37.5%), berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, dengan jumlah 74 orang (66.1%), berdasarkan tingkat pendidikan responden kurang dari setengahnya adalah SLTA dengan jumlah 43 orang (38.4%), pendidikan SD 24 orang (21.4 %) dan berdasarkan pekerjaan responden dengan persentase yang sama besarnya yaitu sebanyak 39 orang (34.8%), lebih dari duapertiga responden adalah sebagai petani dan yang tidak bekerja.

**Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Gaya Hidup, Merokok dan Konsumsi Alkohol Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1	Gaya hidup		
	• Baik	49	43.7
	• Kurang	63	56.3
2	Merokok		
	• Tidak	88	78.6
	• Ya	24	21.4
3	Konsumsi alkohol		
	• Tidak	108	96.4
	• Ya	4	3.6

Hasil analisis dari tabel 5.2 diatas, gaya hidup responden dalam hal ini mencangkup aktifitas fisik, manajemen stres dan nutrisi didapatkan data bahwa lebih dari setengahnya yaitu sebanyak 63 orang responden (56.3%) memiliki gaya hidup dalam kategori kurang sehat, berdasarkan faktor resiko merokok, sebagian besar responden yaitu sebanyak 88 orang (78.6%) tidak merokok dan sisanya 24 orang (21.4%) memiliki kebiasaan merokok. Terkait konsumsi alkohol, hampir seluruh responden yaitu sebanyak 108 orang (96.4%) tidak mengkonsumsi alkohol dan hanya sebagian kecil yaitu 4 orang (3.6%) yang mengkonsumsi alkohol.

**Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Kesehatan, Sistem Keluarga, dan Sumber Daya Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011**  
(N = 112)

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1	Status Kesehatan (Lama sakit)		
	• < 1 tahun	39	34.8
	• 1-3 tahun	40	35.7
	• > 3 tahun	33	29.5
2	Sistem Keluarga (Pengambil keputusan dalam keluarga)		
	• Responden	56	50 %
	• Keluarga/orang lain	56	50 %
3	Sumber Daya (Peserta asuransi)		
	• Ya	70	62.5
	• Tidak	42	37.5

Hasil analisis dari tabel 5.3 diatas, status kesehatan responden dalam hal ini lama sakit hipertensi, menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga responden (35.7%) dengan lama sakit 1-3 tahun. Berdasarkan sistem keluarga dalam hal ini bagaimana pengambilan keputusan dalam keluarga terkait kondisi penyakit hipertensi pada responden dengan persentase yang sama besar (50%), antara pengambil keputusan adalah responden sendiri dan oleh keluarga/orang lain. Berdasarkan sumber daya yang dimiliki sebagai sumber pembiayaan selama sakit hampir sebagian besar responden yaitu sebanyak 70 orang (62.5%) menggunakan asuransi Askes/Jaskesmas.

**Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat Hipertensi dan Perawatan Diri Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011**  
(N = 112)

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1.	Derajat Hipertensi		
	• Derajat 1	29	25.9
	• Derajat 2	83	74.1
2.	Skala Perawatan Diri		
	• Baik	61	54.5
	• Kurang	51	45.5

Hasil analisis dari tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada hipertensi derajat 2 (74.1%) dan sisanya 29 orang (25.9%) dengan hipertensi derajat 1 dan berdasarkan skala perawatan diri hampir setengah dari responden yaitu 51 orang (45.5%) dikategorikan kurang.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukn untuk mengetahui gambaran hubungan antara variabel independen dan dependen serta untuk memilih variabel yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat. Adanya hubungan antara faktor resiko dengan derajat hipertensi ditunjukkan dengan nilai  $p < 0.05$  pada *Confident Interval* (CI) 95%. Hasil analisis bivariat dalam penelitian ini menggambarkan hubungan antara usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, status kesehatan, sistim keluarga, sumber daya dan *self-care* dengan derajat hipertensi.

### 5.2.1 Hubungan Antara Faktor Demografi dengan Derajat Hipertensi

**Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Demografi dan Derajat Hipertensi di RSUD Bima pada bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

Variabel Independen	Derajat hipertensi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Derajat 1		Derajat 2		N	%		
	N	%	N	%				
	29		83		112			
Kelompok usia								
• 35-55	24	32.0	51	68.0	75	100	3.012	0.061
• 56-65	5	13.5	32	86.5	37	100	(1.043-8.694)	
Jenis kelamin								
• Laki-Laki	8	21.1	30	78.9	38	100	1.486	0.542
• Perempuan	21	28.4	53	71.6	74	100	(0.587-3.763)	
Pendidikan								
• Tidak Sekolah	12	60	8	40.0	20	100	6.618	0.000
• Sekolah	17	18.5	75	81.5	92	100	(2.344-18.686)	
Pekerjaan								
• Tidak Bekerja	17	43.6	22	56.4	39	100	3.928	0.004
• Bekerja	12	16.4	61	83.6	73	100	(1.621-9.520)	

### **5.2.1.1 Hubungan Antara Kelompok Usia dengan Derajat Hipertensi**

Hasil analisis hubungan antara kelompok usia dengan derajat hipertensi menunjukkan bahwa dari 37 responden pada kelompok usia 56-65 tahun sebagian besar responden yaitu sebanyak 32 orang (86.5%) mengalami hipertensi derajat 2, dan dari 75 responden pada kelompok usia 35-55 tahun lebih dari setengah responden yaitu 51 orang (68%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik lebih lanjut diperoleh nilai  $p \text{ value} = 0.061$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang antara usia dengan derajat hipertensi.

### **5.2.1.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Derajat Hipertensi**

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa persentase responden yang mengalami hipertensi derajat 2 hampir berimbang pada kedua kelompok, yaitu pada responden laki-laki hampir sebagian besar responden yaitu 30 orang (78.9%) dan pada jenis kelamin perempuan ada sebanyak 53 orang (71.6%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik bivariat diperoleh nilai  $p \text{ value} = 0.542$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan derajat hipertensi.

### **5.2.1.3 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Derajat Hipertensi**

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan derajat hipertensi menunjukkan bahwa responden yang mengalami hipertensi derajat 2 sebagian besar yaitu 75 orang (81.5%) ada pada kelompok responden yang sekolah dan kurang dari setengah yaitu 8 responden (40%) pada responden yang tidak sekolah yang mengalami hipertensi derajat 2.

.Hasil uji bivariat diperoleh nilai  $p \text{ value} = 0.0005$  maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pendidikan dengan derajat hipertensi, dengan nilai OR 6.618 yang berarti responden yang sekolah berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 6.6 kali dibanding derajat 1.

#### 5.2.1.4 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Derajat Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa dari 73 responden yang bekerja ada sebanyak 61 orang (83.6%) yang mengalami hipertensi derajat 2 dan pada 32 responden yang tidak bekerja ada sebanyak 22 orang (56.4%) yang mengalami hipertensi derajat 2.

Hasil uji statistik bivariat diperoleh nilai  $p$  value = 0.004 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pekerjaan dengan derajat hipertensi, dan nilai OR 3.928 yang berarti responden yang bekerja lebih berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 3.9 kali dibandingkan hipertensi derajat 1.

#### 5.2.2 Hubungan Antara Gaya Hidup, Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan Derajat Hipertensi

**Tabel 5.6 Hubungan Antara Gaya Hidup, Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan Derajat Hipertensi Di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

Variabel Independen	Derajat hipertensi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Derajat 1		Derajat 2		N	%		
	N	%	N	%				
	29		83		112			
Gaya Hidup								
• Baik	15	30.6	34	69.4	49	100	1.544	0.431 (0.660-3.611)
• kurang	14	22.2	49	77.8	63	100		
Merokok								
• Tidak	16	18.2	72	81.8	88	100	5.318	0.000 (2.019-14.009)
• Ya	13	54.2	11	45.8	24	100		
Alkohol								
• Tidak	26	24.1	82	75.9	108	100	0.106	0.053 (0.011-1.060)
• Ya	3	75	1	25	4	100		

##### 5.2.2.1 Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Derajat Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara gaya hidup terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres dengan derajat hipertensi diperoleh data bahwa pada responden dengan gaya hidup kurang baik hampir sebagian besar yaitu sebanyak 49 orang (77.8%) mengalami hipertensi derajat 2 dan pada responden dengan gaya hidup

baik lebih dari setengahnya yaitu ada sebanyak 34 orang (69.4%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  *value* = 0.431 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara gaya hidup dengan derajat hipertensi.

#### **5.2.2.2 Hubungan Antara Merokok dengan Derajat Hipertensi**

Hasil analisis hubungan antara merokok dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa pada responden yang merokok hampir setengahnya yaitu sebanyak 11 orang (45.8%) mengalami hipertensi derajat 2. Pada responden yang tidak merokok sebagian besar responden yaitu sebanyak 72 orang (81.8%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  *value* = 0.000 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara merokok dengan derajat hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR = 5.318$ , artinya responden yang merokok memiliki resiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 5.3 kali dibandingkan dengan responden yang tidak merokok.

#### **5.2.2.3 Hubungan Antara Konsumsi Alkohol dengan Derajat Hipertensi**

Hasil analisis hubungan antara konsumsi alkohol dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa pada responden yang mengkonsumsi alkohol ada 1 orang (25%) mengalami hipertensi derajat 2 dan 3 orang (75%) mengalami hipertensi derajat 1. Pada responden yang tidak mengkonsumsi alkohol ada sebanyak 82 orang (75.9%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  *value* = 0.053 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara konsumsi alkohol dengan derajat hipertensi.

### 5.2.3 Hubungan Status Kesehatan, Sistem Keluarga, dan Sumber Daya dengan Derajat Hipertensi

**Tabel 5.7 Hubungan Antara Hubungan Status Kesehatan, Sistem Keluarga, dan Sumber Daya dengan Derajat Hipertensi Di RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

Variabel Independen	Derajat hipertensi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Derajat 1		Derajat 2		N	%		
	N	%	N	%				
	29		83		112			
Lama Sakit								
• < 1 tahun	12	30.8	27	69.2	39	100	1.464	
• ≥ 1 tahun	17	23.3	56	76.7	73	100	(0.613-3.495) 0.526	
Pengambil keputusan								
• Responden	19	33.9	37	66.1	56	100	2.362	
• Keluarga/orang lain	10	17.9	46	82.1	56	100	(0.980-5.693) 0.084	
Sumber Daya Asuransi								
• Ya	5	7.1	65	92.9	70	100	17.333	
• Tidak	24	57.1	18	42.9	42	100	(5.794-51.856) 0.000	

#### 5.2.3.1 Hubungan Status Kesehatan dengan Derajat Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara lama sakit dengan derajat hipertensi diperoleh data bahwa pada responden dengan lama sakit hipertensi  $\geq 1$  tahun sebagian besar responden yaitu 56 orang (76.7%) mengalami hipertensi derajat 2. Pada responden dengan lama sakit hipertensi  $< 1$  tahun lebih dari setengahnya yaitu sebanyak 27 orang (69.2%) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  value = 0.526 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara lama sakit dengan derajat hipertensi.

#### 5.2.3.2 Hubungan Sistem Keluarga dengan Derajat Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara pengambilan keputusan dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa responden yang pengambilan keputusannya oleh keluarga/orang lain sebagian besar yaitu sebanyak 46 orang (82.1 %) mengalami hipertensi

derajat 2, dan lebih dari setengah responden yang mengambil keputusan sendiri yaitu 37 orang (66.1%) mengalami hipertensi derajat 2.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  value = 0.084 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengambilan keputusan dalam keluarga dengan derajat hipertensi.

### 5.2.3.3 Hubungan Sumber Daya dengan Derajat Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara keikutsertaan dalam asuransi dengan derajat hipertensi diperoleh data bahwa pada responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan hampir setengahnya yaitu sebanyak 18 orang (42.9%) mengalami hipertensi derajat 2, dan sebagian besar responden yang memiliki asuransi Askes/Jamkesmas yaitu sebanyak 65 orang (92.9%) mengalami hipertensi derajat 2.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  value = 0.000 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara ketersediaan sumber daya asuransi kesehatan dengan derajat hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 17.333, artinya responden yang tidak memiliki sumber daya asuransi memiliki resiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 17.3 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki sumber daya asuransi kesehatan.

### 5.2.4 Hubungan Antara *Self-Care* dengan Derajat Hipertensi

**Tabel 5.8 Hubungan Antara *Self-Care* dengan Derajat Hipertensi Di RSUD Bima bulan Mei-Juni 2011 (N = 112)**

<i>Self-Care</i>	Derajat hipertensi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Derajat 1		Derajat 2		N	%		
	n	%	n	%				
	29		83		112			
• Baik	15	24.6	46	75.4	61	100	0.862	0.898
• Kurang	14	27.5	37	72.5	51	100	(0.369-2.011)	

Hasil analisis hubungan antara *self-care agency* dengan derajat hipertensi diperoleh bahwa pada responden dengan *self-care* kurang hampir sebagian besar

responden yaitu sebanyak 37 orang (72.5 %) yang mengalami hipertensi derajat 2. Pada responden yang *self-care* baik ada sebanyak 46 orang (75.4 %) mengalami hipertensi derajat 2. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* = 0.898 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara *self-care agency* dengan derajat hipertensi.

### 5.3 Analisis Multivariat

#### 5.3.1 Seleksi Kandidat

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Bila hasil analisis bivariat menghasilkan *p Value* < 0.25, maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat, tetapi jika menghasilkan *p value* > 0.25 namun secara substansi penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasil seleksi kandidat multivariat dapat dilihat di tabel 5.9.

**Tabel 5.9 Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di RSUD Bima Bulan Mei-Juni 2011**

Variabel	P Value
Usia	0.061 <input type="checkbox"/>
Jenis kelamin	0.542
Pendidikan	0.0005 <input type="checkbox"/>
Pekerjaan	0.004 <input type="checkbox"/>
Gaya hidup	0.431 <input type="checkbox"/>
Merokok	0.0005 <input type="checkbox"/>
Alkohol	0.053 <input type="checkbox"/>
Status kesehatan	0.526
Sistem keluarga	0.084 <input type="checkbox"/>
Sumber daya	0.0005 <input type="checkbox"/>
Self-care agency	0.898

masuk ke pemodelan berikutnya

Hasil analisis bivariat dengan uji regresi logistik sederhana diperoleh *p value* umur (0.061), pendidikan (*p value* = 0.000), pekerjaan (*p value* = 0.004), merokok (*p value* = 0.000), konsumsi alkohol (*p value* = 0.053), sistem keluarga (*p value* = 0.084), sumber daya (*p value* = 0.000), berarti variabel-variabel tersebut memiliki *p value* lebih kecil dari 0.25 ( $p < 0.25$ ) sehingga semuanya dapat masuk dalam pemodelan multivariat.

Hasil analisis bivariat antara gaya hidup dengan derajat hipertensi menunjukkan nilai *p value* = 0.431, *self-care agency* dengan *p value* = 0.898, sehingga tidak memenuhi syarat untuk dimasukkan dalam pemodelan multivariat, namun karena secara substansi gaya hidup dan *self-care* merupakan faktor yang sangat penting maka variabel ini tetap dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hal ini dijelaskan oleh Frazier, L. (2000) bahwa peningkatan tekanan darah dipengaruhi oleh berbagai faktor, interaksi antara faktor; genetik, fisiologi, respon terhadap lingkungan dan faktor gaya hidup.

### 5.3.2 Pemodelan Multivariat

Dalam pemodelan multivariat, semua variabel kandidat diujicobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Uji ini digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom. Sebelum melakukan analisis multivariat, variabel-variabel yang memiliki kategori lebih dari 2 kategori diubah menjadi 2 kategori, diantaranya; variabel kelompok usia dari 3 kategori dijadikan 2 kategori (0= 35-55 tahun, 1= 56-65 tahun), variabel pendidikan dari 5 kategori dijadikan 2 kategori (0= tidak sekolah, 1= sekolah), variabel pekerjaan dari 5 kategori menjadi 2 kategori (0= tidak bekerja, 1= bekerja), variabel status kesehatan dari 3 kategori menjadi 2 kategori (0= < 1 tahun, 1=  $\geq 1$  tahun). Penyusunan model dari semua variabel dapat dilihat pada tabel 5.10

**Tabel 5.10 Model I (full Model) Analisis Multivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011**

Variabel	B	Wald	P Value	OR	CI 95%	
					Min	Max
Umur	1.850	3.607	0.058	6.361	0.943	42.924
Pendidikan	-2.638	5.801	0.016	0.072	0.008	0.612
Pekerjaan	-3.549	12.007	0.001	0.029	0.004	0.214
Gaya hidup	1.229	1.973	0.160	3.419	0.615	19.005
Merokok	-2.119	4.919	0.027	0.120	0.018	0.782
Alkohol	-3.154	3.008	0.083	0.043	0.001	1.507
Sistim Keluarga	1.256	2.193	0.139	3.512	0.666	18.518
Sumber Daya	-2.878	9.244	0.002	0.056	0.009	0.360
<i>Self-care agency</i>	1.246	1.428	0.232	3.476	0.450	26.834

Dari tabel 5.10 terlihat bahwa terdapat 5 (lima) variabel yang *p valuenya* > 0.05 yaitu umur, gaya hidup, konsumsi alkohol, sistim keluarga dan *self-care agency*. Yang terbesar adalah *self-care agency*, sehingga pada pemodelan berikutnya variabel *self-care agency* dikeluarkan dari model. Dengan langkah yang sama akhirnya diperoleh hasil sebagai berikut (tabel 5.11).

**Tabel 5.11 Model II : Analisis Multivariat Variabel Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Gaya hidup, Merokok, Alkohol, Asuransi yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011**

Variabel	B	Wald	P Value	OR	CI 95%	
					Min	Max
Umur	1.542	2.928	0.087	4.673	0.799	27.331
Pendidikan	-2.379	5.289	0.021	0.093	0.012	0.704
Pekerjaan	-3.487	11.850	0.001	0.031	0.004	0.223
Gaya hidup	0.959	1.388	0.239	2.609	0.529	12.866
Merokok	-2.208	5.369	0.020	0.110	0.017	0.712
Alkohol	-3.199	3.179	0.075	0.041	0.001	1.374
Sisitem keluarga	1.100	1.857	0.173	3.005	0.617	14.627
Sumber daya	-2.976	10.097	0.001	0.051	0.008	0.320

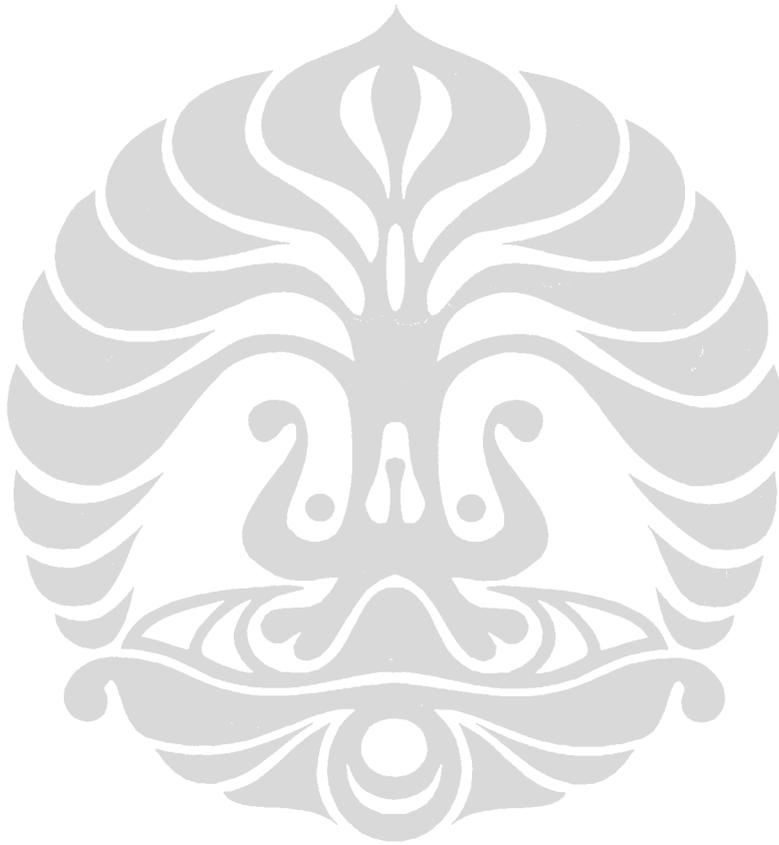
Variabel dengan nilai  $p$  value  $> 0,05$  dikeluarkan dari model secara bertahap mulai dari variabel dengan nilai  $p$  value terbesar. Pengeluaran dimulai dari variabel *self-care agency* yang kemudian diolah dengan cara yang sama, dan hasilnya masih ada nilai  $p$  value yang lebih dari 0,05 yaitu gaya hidup ( $p$  value = 0.239) sehingga dikeluarkan dari pemodelan dan seterusnya, hingga ditemukan semua variabel dengan nilai  $p$  value  $< 0,05$ . Metode yang dapat digunakan adalah metode *backward*. Pada metode *backward*, semua variabel dimasukkan secara bersamaan dan secara bertahap *software* secara otomatis akan mengeluarkan variabel yang tidak berpengaruh dari analisis. Proses akan berhenti sampai tidak ada lagi variabel yang dapat dikeluarkan dari analisis/pemodelan (variabel dipertahankan jika  $p$  value  $< 0,05$ ). Hasil pemodelan akhir multivariat adalah sebagai berikut;

**Tabel 5.12 Hasil Pemodelan Akhir Multivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima pada Bulan Mei-Juni 2011**

Variabel	B	Wald	P Value	OR	CI 95%	
					Min	Max
Pendidikan	2.223	6.666	0.010	9.235	1.708	49.926
Pekerjaan	3.068	11.260	0.001	21.501	3.582	129.041
Merokok	2.529	8.991	0.003	12.536	2.401	65.466
Sumber Daya	3.033	11.583	0.001	20.757	3.619	119.040

Dari analisis pemodelan akhir multivariat ternyata variabel yang berhubungan dengan derajat hipertensi adalah variabel pendidikan, pekerjaan, merokok dan sumber daya. Sedangkan variabel lainnya sebagai konfounding. Hasil analisis didapatkan *Odd Ratio* (OR) terbesar setelah diurut adalah variabel pekerjaan, kemudian OR sumber daya, OR merokok dan OR pendidikan, ini berarti pekerjaan paling dominan hubungannya dengan derajat hipertensi. OR dari variabel pekerjaan adalah 21.501 artinya pasien hipertensi yang bekerja berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 21 kali lebih tinggi dibandingkan dengan hipertensi derajat 1 setelah dikontrol variabel pendidikan, merokok dan sumber daya.

Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel kedalam model. Penentuan variabel interaksi melalui pertimbangan logika substantif, dan menurut peneliti dari 4 variabel yang masuk dalam pemodelan akhir, tidak ada interaksi antara variabel sehingga peneliti tidak melakukan uji interaksi.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada Bab 6 menguraikan tentang pembahasan hasil penelitian meliputi hubungan antara variabel; kondisi dasar internal dan eksternal, *self-care agency* dengan derajat hipertensi. Disamping itu dibahas juga mengenai implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian serta keterbatasan penelitian.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Interpretasi dan diskusi hasil penelitian pada bab ini meliputi pembahasan terkait derajat hipertensi, hubungan kondisi dasar internal yang meliputi; usia, jenis kelamin, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol dan status kesehatan dengan derajat hipertensi, hubungan kondisi dasar eksternal yang meliputi; pendidikan, pekerjaan, sistim keluarga, sumber daya dengan derajat hipertensi, hubungan *self-care agency* dengan derajat hipertensi, serta dibahas juga faktor apakah dari variabel-variabel tersebut yang paling dominan berhubungan dengan derajat hipertensi. Pembahasan dan diskusi hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

##### **6.1.1 Derajat Hipertensi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami hipertensi derajat 2 (74.1%). Tekanan darah sistolik dalam rentang 140-233 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-146 mmHg. Nilai rata-rata (*Mean*) TDS adalah 166.82 mmHg dan *mean* TDD adalah 100.11 mmHg.

Menurut *JNC 7* (2003), hipertensi diklasifikasikan berdasarkan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik. Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi (normal tinggi), hipertensi derajat 1 dan derajat 2. Penentuan derajat hipertensi diperlukan untuk memberikan pendekatan *evidence-based* dalam deteksi, evaluasi dan penanganan hipertensi sebagai upaya pencegahan komplikasi kardiovaskuler.

Sejalan dengan penelitian Odilli.et al.(2008), dalam riset yang bertujuan untuk melihat peran tenaga kesehatan dalam manajemen hipertensi yang sesuai dengan standar *JNC 7* pada 500 responden di Nigeria. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *case notes*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan prevalensi hipertensi paling tinggi berada pada kategori hipertensi derajat 2 (36%), lebih dari setengahnya terjadi pada perempuan (60%). Nilai rata-rata TDS 164 mmHg dan TDD 100.1 mmHg. Walaupun menggunakan desain penelitian *case notes*, berbeda dengan desain penelitian yang peneliti lakukan, namun hasil penelitian tersebut mendukung hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa persentase responden yang mengalami hipertensi derajat 2 lebih tinggi (74.1%), nilai rata-rata TDS (166.82 mmHg) dan TDD (100.11 mmHg).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigarlaki (2006) dengan metode deskriptif *cross sectional* yang bertujuan mengetahui karakteristik dan faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada 102 responden menunjukkan hasil bahwa derajat hipertensi terbanyak yang dialami responden adalah hipertensi derajat 1 (53.93%). Menurut peneliti hal ini dimungkinkan karena penelitian tersebut dilakukan pada responden di masyarakat langsung sehingga data yang didapatkan lebih awal terkait derajat hipertensi, sedangkan responden dalam penelitian ini adalah pada pasien hipertensi primer yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima dimana pasien hipertensi pada umumnya melakukan pemeriksaan kesehatan di rumah sakit setelah adanya keluhan fisik yang dirasakan dan sudah berada pada tahap lanjut yang disertai dengan manifestasi penyakit lain.

Menurut asumsi peneliti penyebab lain tingginya angka kejadian hipertensi derajat 2 dalam penelitian ini dimungkinkan karena sebagian besar responden (72.3%) berada pada kelompok usia dewasa pertengahan (35-55 tahun) dimana sesuai dengan tinjauan teori bahwa hipertensi primer mulai muncul pada usia 30-50 tahun dan menetap seiring pertambahan usia (*NHLBI*, 2004 dalam Lemone & Burke 2007). Perkembangan hipertensi sebagai penyakit kronis saat ini bukan hanya menjadi penyakit pada kelompok usia lanjut namun bergeser pada kelompok usia pertengahan-usia lanjut.

### 6.1.2 Hubungan Kondisi Dasar Internal dengan Derajat Hipertensi

Faktor kondisi dasar internal yang berhubungan dengan derajat hipertensi berdasarkan kerangka konsep dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol dan status kesehatan. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia ( $p$  value = 0.061), pendidikan ( $p$  value = 0.0005), pekerjaan ( $p$  value = 0.004), dan merokok ( $p$  value = 0.0005) dengan derajat hipertensi.

#### a. Umur dan jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (72.3%) berada pada kelompok usia dewasa pertengahan (35-55 tahun). Umur termuda 35 tahun dan tertua 65 tahun. Rata-rata umur responden yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima adalah 50.08 tahun. Berdasarkan jenis kelamin lebih dari setengah responden (66.1%) berjenis kelamin perempuan.

Umur merupakan faktor resiko kuat yang tidak dapat dimodifikasi. Arteri kehilangan elastisitas seiring bertambahnya usia. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung-jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi seiring pertambahan usia, khususya pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah sehingga aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Hipertensi bisa terjadi pada segala usia, namun paling sering dijumpai pada usia 35 tahun atau lebih. Pada golongan umur dibawah 40 tahun, angka prevalensi hipertensi yang ditemukan pada umumnya masih dibawah 10%, tetapi diatas usia 50 tahun angka ini mencapai > 20%.

Hal ini sesuai dengan penelitian Armilawaty,dkk. (2007) dalam penelitian yang bertujuan melihat hipertensi dan faktor resikonya dalam kajian epidemiologi yang menyatakan bahwa kelompok usia yang paling berisiko hipertensi adalah pada usia 31-55 tahun. Hal ini dikarenakan seiring bertambahnya usia, tekanan darah cenderung meningkat. Kenaikkan angka prevalensi terjadi sesuai kenaikan usia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang kontrol di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima yaitu sebesar 74 orang (66.1%) adalah perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Aris, dkk. (2006) yang bertujuan untuk melihat faktor risiko yang dapat diubah (demografi dan riwayat keluarga) dan tidak dapat diubah (pola hidup dan status kesehatan) terhadap kejadian hipertensi yang dilakukan pada 310 responden. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional dengan rancangan studi *case control*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin adalah faktor yang tidak terbukti sebagai faktor risiko hipertensi. Berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigarlaki, (2006) bahwa umur dan jenis kelamin adalah faktor yang berhubungan dengan derajat hipertensi. Secara konsep insiden hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding wanita sampai usia sekitar 55 tahun. Pada usia antara 55-74 tahun risiko hipertensi hampir sama pada laki-laki dan wanita, namun setelah usia 74 tahun, wanita lebih berisiko untuk hipertensi (Black & Hawks, 2009).

Hasil penelitian ini secara statistik menunjukkan jenis kelamin tidak berhubungan dengan derajat hipertensi ( $p \text{ value} = 0.542$ ). Menurut asumsi peneliti hal ini dimungkinkan karena perempuan dan laki-laki saat ini memiliki kesempatan yang sama dalam pendidikan, pekerjaan dan peran pada sektor publik lainnya sehingga peluang terpapar dengan berbagai faktor risiko hipertensi memiliki peluang yang sama besarnya ditambah lagi dengan pergeseran gaya hidup dalam pola makan yang tidak sehat, aktifitas fisik kurang dan nilai ambang stres pada perempuan yang lebih rendah.

## **b. Gaya hidup**

Gaya hidup pada penelitian ini diukur dengan kuisioner gaya hidup yang mengkaji responden terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah responden (63%) memiliki gaya hidup kurang sehat dan sisanya (49%) memiliki gaya hidup sehat, dari analisis bivariat didapatkan tidak ada hubungan antara gaya hidup dengan derajat hipertensi ( $p \text{ value} = 0.431$ ).

Berdasarkan tinjauan teori gaya hidup merupakan faktor resiko terjadinya hipertensi. Modifikasi gaya hidup menjadi terapi yang direkomendasikan dalam manajemen pasien dengan hipertensi untuk mengurangi faktor resiko dan menurunkan tekanan darah sebagai salah satu upaya pencegahan komplikasi kardiovaskuler selain terapi obat anti hipertensi (OAH). Modifikasi gaya hidup pada pasien hipertensi yang disarankan meliputi: diet yang sehat, olah raga teratur 30-60 menit yang dilakukan 3-4 kali/minggu, menghindari konsumsi alkohol dan merokok, menjaga berat badan dalam rentang normal (*Body Mass Index/BMI* 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>), mengurangi konsumsi garam < 100 mmol/hari (*CHEP*, 2007).

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Jones, et al.(2001), hasil penelitian menunjukkan bahwa insiden terjadinya peningkatan tekanan darah dihubungkan dengan faktor risiko gaya hidup terkait nutrisi dalam hal ini konsumsi garam memberikan risiko sebesar 47.4% disamping faktor lainnya yaitu; 27.2% obesitas, 25% kurang aktifitas, 23.5% merokok dan 22.2% karena faktor risiko konsumsi alkohol. Disamping itu stres dianggap memegang peranan, terlihat dari adanya kecenderungan meningkatnya prevalensi hipertensi pada wanita dewasa akhir dibandingkan pada laki-laki. Sensitifitas seseorang terhadap stres mempengaruhi mekanisme syaraf otonom yang dalam waktu lama secara konsisten menyebabkan peninggian tekanan darah.

Demikian juga dengan penelitian Luders, (2006) dengan desain penelitian observasional-prespektif studi yang bertujuan untuk mengkaji pengaruh stres kerja dan pengukuran tekanan darah terhadap prognosis hipertensi. Pengukuran tekanan darah dilakukan di tempat kerja pada 3.448 responden dan diberikan kuisioner

untuk mengkaji stres. Hasil penelitian menunjukkan responden dengan stres lebih cenderung untuk mengalami hipertensi. Faktor stres menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigarlaki, (2006) bahwa stres adalah faktor yang berhubungan dengan derajat hipertensi. Walaupun hal ini sedikit berbeda dengan penelitian Aris, (2006) bahwa stres tidak terbukti sebagai faktor resiko hipertensi.

Temuan pada penelitian berdasarkan analisis statistik menunjukkan bahwa gaya hidup tidak berhubungan dengan derajat hipertensi, hal ini berbeda dengan konsep teori. Adanya perbedaan hasil riset ini menurut asumsi peneliti dapat disebabkan perbedaan dalam menilai variabel gaya hidup dimana dalam riset ini peneliti menggunakan satu kesatuan instrumen gaya hidup yang mengukur faktor risiko hipertensi terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres, tidak mengukur secara spesifik masing-masing sub variabel dan perbedaan karakteristik demografi dan sosial-budaya responden yang berbeda dengan penelitian lain yang telah dilakukan. Berdasarkan temuan tersebut maka peneliti melakukan analisis lebih lanjut secara statistik pada tiga komponen faktor risiko dalam instrumen gaya hidup terkait aktifitas fisik, nutrisi dan manajemen stres. Data skor aktifitas fisik pada responden menunjukkan dari 112 responden ada sebanyak 70 responden (62.5%) yang dikategorikan aktifitas fisik kurang ( $\leq$  mean = 12.19), dari jumlah tersebut sebagian besar (78.6%) mengalami hipertensi derajat 2, hal ini menunjukkan hampir sebagian besar responden memiliki gaya hidup terkait aktifitas fisik yang kurang sebagai faktor risiko hipertensi. Data skor nutrisi menunjukkan dari 112 responden ada 60 responden (53.6%) dengan pola nutrisi dikategorikan kurang sehat ( $\leq$  mean = 16.16) dan sebagian besar (83.3%) mengalami hipertensi derajat 2. Data skor manajemen stres menunjukkan pada 112 responden terdapat 68 orang (60.7%) dengan kategori memiliki stres lebih sebagai faktor risiko hipertensi ( $\leq$  mean = 23.01) dan sebagian besar (77.9%) mengalami hipertensi derajat 2. Analisis lebih lanjut dari ke-3 sub variabel tersebut menunjukkan bahwa faktor risiko nutrisi berhubungan dengan derajat hipertensi ( $p$  value = 0.029, OR = 2.879). Data yang menunjukkan bahwa gaya hidup terkait faktor nutrisi berhubungan dengan derajat hipertensi dalam

penelitian ini bisa terjadi menurut asumsi peneliti karena pola makan pada masyarakat Bima sebagai masyarakat yang tinggal di daerah pantai sehingga konsumsi makanannya cenderung tinggi garam dan kurang mengkonsumsi buah-buahan.

### **c. Merokok**

Faktor risiko merokok dalam penelitian ini diukur dengan kuisisioner yang menanyakan apakah responden merokok atau tidak, jika responden merokok selanjutnya diberikan kuisisioner terkait merokok sebagai data tambahan. Hasil analisis statistik univariat menunjukkan dari 112 responden hanya sebagian kecil (21.4%) yang merokok. Dan analisis lebih lanjut bivariat dan multivariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara merokok dengan derajat hipertensi (*p value* = 0.001).

Sejalan dengan penelitian Doung, et al. (2001) yang bertujuan untuk melihat faktor risiko hipertensi pada 201 responden Vietnam-Amerika dengan desain penelitian deskriptif. Hasil penelitian tersebut menunjukkan faktor gaya hidup yang berkorelasi dengan hipertensi adalah merokok  $r = 0.45$  (*p value* < 0.05) dan kurang aktifitas  $r = 0.15$  (*p value* < 0.05). Dengan desain penelitian yang sama, hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian yang peneliti lakukan terkait gaya hidup merokok

Berbeda dengan penelitian Aris, (2006) dan penelitian yang dilakukan oleh Saryawati, (2008) bahwa merokok tidak terbukti sebagai faktor resiko hipertensi. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Erceg, et al. (2008) bahwa hipertensi tidak berhubungan dengan merokok (*OR* 1.2 dan *p value* 0.177)).

Walaupun jumlah responden yang merokok dalam penelitian ini hanya sebagian kecil yaitu 24 orang (21.4%) dari total responden, hal ini cukup representatif dengan jumlah responden yang laki-laki yang hanya sepertiga dari sampel (38 orang). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pengaruh nikotin dalam peredaran darah menyebabkan meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah.

Hasil analisis statistik lebih lanjut dari skoring responden yang merokok menunjukkan hampir setengah responden yaitu 10 orang (38.5%) dikategorikan perokok ringan, 8 orang (30.8%) perokok berat dan 7 orang (26.9%) perokok sedang. Berdasarkan data tersebut terlihat distribusi frekuensi yang hampir rata pada ketiga kelompok perokok, hal ini dapat mendukung hasil penelitian yang menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara merokok dan derajat hipertensi.

#### **d. Konsumsi alkohol**

Faktor risiko terkait konsumsi alkohol dalam penelitian ini diukur dengan kuisioner yang menanyakan apakah responden mengkonsumsi alkohol atau tidak, jika responden mengkonsumsi alkohol dilanjutkan dengan kuisioner terkait konsumsi alkohol. Hasil analisis statistik univariat menunjukkan dari 112 responden, yang mengkonsumsi alkohol jumlahnya sangat kecil yaitu 4 orang (3.6%), dan analisis lebih lanjut bivariat dan multivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara konsumsi alkohol dengan derajat hipertensi ( $p\text{ value} = 0.053$ ).

Konsumsi alkohol yang rutin tiap hari meningkatkan resiko hipertensi. Hasil penilaian skoring konsumsi alkohol pada 4 orang (3.6%) yang mengkonsumsi alkohol menunjukkan; 3 orang dengan nilai skoring rendah (2-4) yang berarti hanya konsumsi ringan yang dapat dikategorikan belum ada ketergantungan dan 1 orang dengan nilai skor 9 (skor  $\geq 8$  mengindikasikan pemakaian alkohol yang membahayakan dan sudah terjadi ketergantungan alkohol).

Hal ini sejalan dengan penelitian Aris, (2006) bahwa konsumsi alkohol tidak terbukti sebagai faktor resiko hipertensi dan berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Erceg, et al. (2008) bahwa hipertensi berhubungan erat dengan konsumsi alkohol ( $OR\ 1.2$  dan  $p\text{ value} = 0.039$ ) demikian juga hasil penelitian Doung, et al. (2001) bahwa konsumsi alkohol berhubungan signifikan dengan kejadian hipertensi  $r = 0.15$  ( $p < 0.035$ ).

Adanya perbedaan dengan hasil penelitian Erceg & Doung diatas menurut asumsi peneliti dapat disebabkan karena konsumsi alkohol sudah merupakan gaya hidup yang menyatu dengan budaya masyarakat dalam penelitian tersebut. Berbeda dengan karakteristik responden hipertensi di Kabupaten Bima yang mayoritas beragama islam, dan konsumsi alkohol berdasarkan tinjauan sosial-budaya dianggap sebagai perilaku yang amoral.

Secara konsep teori konsumsi alkohol pada batas minimal ( $< 3$  ons ethanol/hari) masih dianggap aman, hal ini terdapat dalam rekomendasi modifikasi gaya hidup yang dikeluarkan oleh *Canadian Hypertension Education Program (CHEP, 2007)*. Sehingga pada pemakaian dosis ringan dan tidak terdapat ketergantungan alkohol, hal ini belum menimbulkan efek dan berhubungan dengan derajat hipertensi. Hal ini sejalan dengan kondisi pada 4 orang responden yang mengkonsumsi alkohol, setengahnya hipertensi derajat 1 dan sisanya hipertensi derajat 2.

#### **e. Status Kesehatan**

Dalam penelitian ini status kesehatan dilihat berdasarkan lama responden menderita hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 responden sebagian besar yaitu 56 responden (76.7%) dengan lama sakit  $\geq 1$  tahun mengalami hipertensi derajat 2, dan pada analisis bivariat didapatkan bahwa lama sakit tidak berhubungan dengan derajat hipertensi ( $p \text{ value} = 0.458$ ).

Hal ini tidak sesuai dengan tinjauan teori yang menyatakan bahwa; semakin lama seseorang mengalami peningkatan tekanan darah akan memperberat kerja jantung sehingga menyebabkan hipertropi ventrikel kiri dan meningkatkan risiko terhadap terjadinya penyakit kardiovaskuler dan komplikasi lainnya.

Tekanan darah cenderung meningkat sesuai pertambahan usia. Pasien dengan prehipertensi berisiko untuk berkembang menjadi hipertensi, sebesar 5-10% tiap tahun (40-90% menjadi hipertensi dalam waktu 4 tahun). Risiko lebih tinggi pada usia lanjut dan pada pasien dengan obesitas, atau pasien dengan risiko kardiovaskuler yang lain. 60-90% pasien memiliki sekurangnya satu atau lebih faktor risiko sehingga pada pasien ini harus diberikan pendidikan kesehatan

terkait modifikasi gaya hidup sehat. Jika tekanan darah masih meningkat setelah pasien melakukan modifikasi gaya hidup selama 3-6 bulan maka diperlukan terapi obat anti hipertensi.

Perbedaan hasil penelitian ini menurut asumsi peneliti dapat disebabkan karena peneliti belum mengkaji; ada/tidaknya faktor komplikasi kardiovaskuler atau penyakit lain yang dialami oleh responden, faktor obesitas dan faktor lainnya yang berhubungan atau menjadi faktor risiko yang mempengaruhi derajat hipertensi.

### **6.1.3 Hubungan *Self-Care Agency* dengan Derajat hipertensi**

*Self-care agency* dalam penelitian ini dinilai dengan menggunakan kuisioner yang mengukur kemampuan perawatan diri responden. Hasil analisis menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (54.5%) dengan kategori *self-care* baik dan sisanya dengan *self-care* kurang (45.5%). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi ( $p \text{ value} = 0.731$ ).

*Self-care* merupakan tindakan yang dilakukan individu dalam rangka memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan untuk kepentingan sendiri, jika *self-care* dapat dilakukan secara efektif dan menyeluruh maka akan dapat membantu menjaga integritas dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan kesehatan individu. *Self-care agency* adalah kemampuan responden dalam melakukan perawatan terhadap diri sendiri. Perilaku aktual *self-care* adalah hasil dari kemampuan *self-care agency* (SCA) yang meliputi tiga komponen, yaitu: pengetahuan, kebutuhan personal untuk mempertimbangkan pilihan atau keputusan *self-care* yang diambil, dan sumber-sumber (fisik, psikologis, emosi dan material) untuk mengambil tindakan yang diperlukan (Orem, 2001).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Peters & Templin, (2010) yang bertujuan melihat hubungan perilaku, motifasi *self-care* dan kontrol tekanan darah. Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional* pada 306 responden. Hasil penelitian menunjukkan diperlukan berbagai perilaku untuk dapat mengontrol tekanan darah disamping kemampuan *self-care agency* diantaranya

adalah sikap, norma subyektif individu, persepsi dan model yang membentuk keyakinan yang berhubungan dengan kontrol tekanan darah. Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian Felder, (2004) yang bertujuan menguji apakah pengukuran tekanan darah berhubungan dengan *self-care agency*. Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional* pada 110 responden hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kontrol tekanan darah tidak berhubungan dengan *self-care agency*.

Hasil analisis lebih lanjut dari data penelitian menunjukkan hanya sedikit selisih jumlah responden yang memiliki *self-care* baik (54.5%) dan yang kurang (45.5%). Menurut asumsi peneliti, hal ini disebabkan karena dalam penelitian ini melihat hubungan *self-care* dengan variabel dependennya derajat hipertensi, dimana batasan antara hipertensi derajat 1 dan derajat 2 sangat tipis, tidak melihat hubungan *self-care* dengan variabel dependennya adalah responden yang hipertensi atau tidak, disamping itu karakteristik responden sebagian besar yaitu 81.5% adalah yang sekolah, yang tidak sekolah ada 20 responden, disamping itu karakteristik responden pada penelitian ini berada pada kelompok usia dewasa pertengahan dan dewasa akhir sehingga masih mampu melakukan *self-care* mandiri. Faktor lain yang menyebabkan tingkatan *self-care* yang cukup berimbang adalah karena faktor sosial-budaya masyarakat Bima yang terbiasa mandiri.

Kuisisioner *ESCA* yang digunakan dalam penelitian ini menilai 5 sub variabel yaitu tanggung-jawab pada diri sendiri, motifasi, aplikasi pengetahuan, prioritas kesehatan dan harga diri. Analisis lebih lanjut dari masing-masing sub variabel menunjukkan bahwa responden dengan *self-care* kurang sebagian besar berada pada hipertensi derajat 2. Analisis skor *self-care* terkait nilai tanggung-jawab pada diri sendiri menunjukkan lebih dari setengah responden yaitu 63 orang (56.3%) dengan tanggung jawab kurang ( $\leq$  mean = 9.30), dimana 48 diantaranya berada pada hipertensi derajat 2 dan 15 orang dengan hipertensi derajat 1. Skor motifasi melakukan *self-care* menunjukkan kurang dari setengah responden yaitu 53 orang (47.3%) dengan motifasi untuk melakukan *self-care* kurang ( $\leq$

mean = 8.59), dimana 39 (73.6%) diantaranya berada pada hipertensi derajat 2 dan 14 orang (26.4%) dengan hipertensi derajat 1. Skor aplikasi melakukan *self-care* menunjukkan hampir sebagian besar responden yaitu 75 orang (67.0%) dengan aplikasi untuk melakukan *self-care* kurang ( $\leq$  mean = 8.04), dimana 54 (72%) diantaranya berada pada hipertensi derajat 2 dan 21 orang (28.0%) dengan hipertensi derajat 1. Skor prioritas melakukan *self-care* menunjukkan hampir setengah responden yaitu 55 orang (49.1%) dengan prioritas untuk melakukan *self-care* kurang ( $\leq$  mean = 8.53), dimana 39 (70.9%) diantaranya berada pada hipertensi derajat 2 dan 16 orang (29.1%) dengan hipertensi derajat 1. Skor harga diri melakukan *self-care* menunjukkan lebih dari setengah responden yaitu 67 orang (59.8%) dengan harga diri dalam melakukan *self-care* kurang ( $\leq$  mean = 9.13), dimana 49 (73.1%) diantaranya berada pada hipertensi derajat 2 dan 18 orang (26.9%) dengan hipertensi derajat 1. Berdasarkan hasil diatas dapat dilihat bahwa responden paling banyak yaitu 75 orang (67.0%) dengan aplikasi untuk melakukan *self-care* kurang, hal ini menunjukkan bahwa responden menghadapi hambatan dalam melakukan *self-care* terutama terkait bagaimana aplikasi langsung *self-care* dalam manajemen hipertensi dan kontrol tekanan darah.

Selain faktor internal diatas yang mempengaruhi *self-care* pasien hipertensi, ada faktor lain juga yang mempengaruhi yaitu faktor petugas kesehatan, hal ini sebagaimana hasil riset yang dilakukan oleh Holland, et al.(2006) dengan desain penelitian *cross-sectional* yang bertujuan mengidentifikasi hambatan dalam perawatan hipertensi yang dilakukan pada responden petugas kesehatan (18 dokter dan 20 perawat). Hasil penelitian menunjukkan 1 dari 3 petugas kesehatan meluangkan waktu yang terbatas untuk membicarakan manajemen hipertensi, hal ini menjadi faktor penting yang menghambat pencapaian tujuan penurunan tekanan darah yang ditargetkan. Penyebab utama yang menyebabkan hal ini adalah modifikasi gaya hidup (89%), pendidikan (67%) dan komplikasi obat medis (56%). Hasil ini terdapat kontradiksi antara pengetahuan petugas kesehatan terkait standar manajemen hipertensi dan bagaimana aplikasi pengetahuan petugas dalam aplikasi kasus langsung. Hasil ini menyarankan perlunya diadakan pelatihan pengukuran tekanan darah yang terstandar. Menurut peneliti kedua

faktor tersebut harus dipertimbangkan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi terutama terkait bagaimana meningkatkan manajemen *self-care* secara mandiri dalam kontrol tekanan darah dan pencegahan komplikasi kardiovaskuler.

#### **6.1.4 Hubungan Kondisi Dasar Eksternal dengan Derajat Hipertensi**

##### **a. Pendidikan dan Pekerjaan**

Kondisi dasar eksternal terkait faktor sosial-ekonomi dalam penelitian ini dilihat dari tingkat pendidikan dan pekerjaan responden. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada responden yang berpendidikan SLTA (38.4%) dan bekerja sebagai petani (34.8%) dan pada responden yang tidak bekerja (34.8 %). Pada analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 92 responden yang sekolah, sebagian besar (81.5%) mengalami hipertensi derajat 2, dan variabel pekerjaan menunjukkan dari 73 orang yang bekerja sebagian besar (83.6%) mengalami hipertensi derajat 2. Analisis lebih lanjut didapatkan hubungan antara pendidikan (*p value* 0.0005) dan pekerjaan (*p value* 0.004) dengan derajat hipertensi.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigarlaki, (2006) bahwa pendidikan dan pekerjaan adalah faktor yang berhubungan dengan derajat hipertensi, demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Pandit, (2009) bahwa pendidikan berhubungan dengan kontrol tekanan darah yang lebih baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi kesadaran untuk melakukan kontrol tekanan darah. Hal ini sedikit berbeda dengan hasil Rikesdas 2007 terkait prevalensi hipertensi di NTB yang menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah dan sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Addo, et al. (2009) menunjukkan bahwa kejadian hipertensi lebih rendah pada kelompok sosial-ekonomi rendah dibandingkan pada kelompok sosial-ekonomi yang lebih tinggi (*OR* 21.9%; 95% *CI* 16.3-27.5). Responden dengan pekerjaan yang lebih tinggi berisiko untuk mengalami derajat hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan pada responden pada

kelompok pekerjaan yang lebih rendah (*OR* 1.91; 95% *CI* 1.14-3.20). Walaupun secara keseluruhan dalam penelitian ini kontrol tekanan darah secara umum masih kurang pada semua kelompok strata sosial-ekonomi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian peneliti bahwa responden yang bekerja lebih berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 3.9 kali (*OR* 3.9; 95% *CI* 1.621-9.520) dibandingkan responden pada kelompok yang tidak bekerja. Pada faktor pendidikan hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang sekolah lebih berisiko sebesar 6.6 kali (*OR* 6.618; 95% *CI* 2.344-9.520) untuk mengalami hipertensi derajat 2 dibandingkan pada kelompok yang tidak sekolah. Menurut asumsi peneliti hal ini bisa disebabkan oleh karena adanya stresor yang lebih tinggi pada kelompok yang bekerja dimana responden pada penelitian ini sepertiganya bekerja sebagai petani dan karakteristik responden dari tingkat pendidikan, sepertiga responden berpendidikan SLTA (38.4%) dan SD (21.4%), dimana responden pada kelompok yang sekolah lebih terpapar dengan lingkungan, ditambah dengan kultur masyarakat yang mudah tergiur untuk mencoba hal-hal baru dalam pola makanan, dan gaya hidup yang kurang sehat.

#### **b. Sistem Keluarga**

Sistem keluarga dalam penelitian ini diukur dengan kuisioner yang menanyakan siapa yang menjadi pengambil keputusan terkait kesehatan responden. Apakah pasien sendiri yang mengambil keputusan terkait penyakitnya atau oleh orang lain. Hasil penelitian menunjukkan setengah dari responden yang membuat keputusan sendiri (50 %). Pengambilan keputusan sama besarnya baik oleh responden sendiri maupun keputusan oleh keluarga atau orang lain. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara sistem keluarga dengan derajat hipertensi.

Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat sangat berperan dalam menentukan perawatan yang diperlukan pada pasien penyakit kronis seperti pada pasien hipertensi. Jika salah satu anggota keluarga sakit maka bagaimana proses pengambilan keputusan dalam keluarga tersebut akan mempengaruhi pemeliharaan kesehatan dan kontrol tekanan darah yang diperlukan, serta program perawatan yang dipilih. Keputusan dalam hal ini dapat dilakukan oleh pasien sendiri atau oleh keluarga/anggota keluarga lainnya. Pengambilan

keputusan yang tepat akan memberikan dampak terhadap derajat kesehatan dan kontrol tekanan darah.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara sistim keluarga dengan derajat hipertensi. Menurut asumsi peneliti hal ini dimungkinkan karena mayoritas responden adalah perempuan dimana pengambilan keputusan terkait perawatan penyakitnya dilakukan dengan pengambil keputusan adalah kepala keluarga/suami dan karakteristik responden ada yang tidak sekolah dan tidak bekerja.

### **c. Sumber Daya**

Sumber daya dalam penelitian ini dilihat dari keikutsertaan responden sebagai peserta asuransi atau tidak. Dari hasil *univariat*, lebih dari setengah (62.5%) responden memiliki asuransi Askes/Jamkesmas, dan analisis lebih lanjut pada *bivariat* didapatkan hubungan antara ketersediaan sumber daya asuransi dengan derajat hipertensi (*p value* = 0.0005) dengan nilai *OR* 17.33 (95% *CI*; 5.794-51.856).

Hipertensi merupakan penyakit kronik dalam masyarakat. Adanya dukungan sumber daya dalam hal ini keikutsertaan responden dalam asuransi Askes/Jamkesmas merupakan hal yang penting dalam mempertahankan status kesehatan yang optimal dalam perawatan kesehatan preventif yang dapat memberikan perlindungan dan jaminan terhadap kesehatan responden. Hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler yang menyebabkan tingginya biaya pengobatan bagi pasien. Sebuah penelitian *kohort* studi yang dilakukan oleh Takamura, et al. (2005) di Jepang yang melihat hubungan perkembangan hipertensi dan derajat hipertensi dihubungkan dengan biaya pengobatan penyakit dalam kurun waktu 10 tahun menunjukkan hasil bahwa terdapat korelasi yang positif antara derajat hipertensi dengan biaya kesehatan individu khususnya pada laki-laki. Biaya pengobatan untuk hipertensi mencapai 23.7% dari total biaya pengobatan yang dikeluarkan pasien di Jepang. Hal ini berhubungan dengan penggunaan asuransi kesehatan yang semakin meningkat.

Hal ini sejalan dengan penelitian Akyol, et al. (2007) yang meneliti faktor yang berhubungan dengan *self-care agency* pada 120 responden dengan hipertensi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif analitik *cross-sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan hipertensi yang memiliki sumber daya asuransi memiliki lebih sedikit masalah kesehatan dan lebih rutin melakukan kontrol, perawatan dan pengobatan dimana kondisi ini memberikan kontribusi yang penting dalam pemeliharaan kesehatan dan pencegahan komplikasi. Demikian juga dengan penelitian Callaghan, (2005) yang bertujuan meneliti hubungan *basic conditioning factors* dengan perilaku *self-care*, *self-efikasi* dan *self-care agency* pada 235 responden dewasa akhir di masyarakat dengan metode penelitian deskriptif dan desain penelitian *inferensial*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya asuransi kesehatan meningkatkan kemampuan dalam melakukan perawatan diri.

Berdasarkan karakteristik responden, peneliti melihat bahwa penggunaan asuransi pada responden yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima masih terbatas pada asuransi kesehatan yang disediakan pemerintah untuk PNS dan Jamkesmas untuk kelompok masyarakat yang tidak mampu. Belum ada responden yang ikut serta pada asuransi yang diselenggarakan oleh pihak swasta atau lembaga lain. Hal ini dapat disebabkan karena responden yang berkunjung sebagian besar adalah PNS/Pensiunan PNS dan petani, dari kelompok swasta hanya 7.1% dan pedagang 6.3%.

#### **6.1.5 Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Derajat Hipertensi**

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan diantara variabel; umur, pendidikan, pekerjaan, merokok, alkohol, dan sumber daya dengan derajat hipertensi. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa variabel yang masuk sampe ke pemodelan akhir adalah pendidikan, pekerjaan, merokok dan sumber daya. Dari keempat variabel tersebut, variabel yang paling dominan berhubungan dengan derajat hipertensi adalah pekerjaan ( $p\ value = 0.001$ ,  $OR = 21.501$ ), artinya pasien hipertensi yang bekerja berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 21 kali lebih tinggi

dibandingkan dengan hipertensi derajat 1 setelah dikontrol variabel pendidikan, merokok dan sumber daya.

Berbeda dengan penelitian Aris, (2009) yang bertujuan untuk melihat faktor risiko yang dapat diubah dan tidak dapat diubah terhadap kejadian hipertensi yang dilakukan pada 310 responden. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional dengan rancangan studi *case-control*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan hipertensi adalah usia, riwayat keluarga, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, tidak biasa olah raga, obesitas dan penggunaan pil KB 12 tahun berturut-turut. Analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh adalah konsumsi lemak jenuh.

Riset lain yang dilakukan oleh Nuryati, (2009) menunjukkan hasil yang berbeda. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan gaya hidup dan status gizi, sosial-ekonomi dan demografi dengan kejadian hipertensi dan diabetes melitus pada wanita dan laki-laki di Jakarta. Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2007 dengan desain *cross-sectional* pada sampel 10.834 responden. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa, faktor resiko hipertensi pada laki-laki berdasarkan *OR* tertinggi ke terendah adalah: konsumsi alkohol, gangguan emosional, status gizi, merokok, konsumsi buah dan faktor risiko hipertensi pada wanita berdasarkan nilai *OR* yang terbesar ke yang terkecil adalah: Umur, gangguan emosional, merokok, status gizi, dan sosial ekonomi rendah.

Berdasarkan hasil diatas, perbedaan hasil penelitian ini menurut asumsi peneliti dapat terjadi disebabkan pendekatan yang berbeda yang digunakan dalam mengukur variabel dan perbedaan variabel penelitian. Namun berdasarkan konsep semua hasil tersebut dapat saja terjadi sesuai dengan karakteristik responden pada masing-masing penelitian. Faktor pekerjaan menjadi faktor yang paling berhubungan dengan derajat hipertensi dalam penelitian ini jika dilihat dari karakteristik responden penelitian ini dalam persentase yang sama besar hampir setengahnya adalah pada kategori responden yang tidak bekerja (34.8%) dan

sebagai petani (34.8%) . Pada kelompok yang tidak bekerja sebagian besar adalah perempuan, ibu rumah tangga dan pensiunan PNS, dan pada kelompok responden yang pekerjaannya sebagai petani dapat disebabkan oleh karena beratnya risiko pekerjaan sebagai petani dengan hasil usaha yang tidak bisa diprediksi merupakan stresor tersendiri karena pertanian di daerah Kabupaten Bima sangat ditentukan oleh faktor cuaca dan faktor pendukung lain seperti ketersediaan modal usaha karena tingginya ongkos produksi dibandingkan dengan hasil panen yang belum pasti. Kondisi yang banyak ditemukan di kabupaten bima khususnya di wilayah pedesaan adalah banyaknya laki-laki dan wanita muda yang tidak bekerja dimana hal ini meningkatkan beban tanggungan keluarga, dan hambatan budaya yang memandang PNS sebagai pekerjaan prestisius sehingga bekerja pada bidang lainnya khususnya sebagai petani bukan sesuatu yang membanggakan individu (Pemkab.Bima, 2007).

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

### **6.2.1 Alat pengumpulan data**

Alat pengumpulan dalam penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuisioner dengan pertanyaan tertutup terkait gaya hidup dan *self-care*. Instrumen gaya hidup yang dipakai dalam penelitian ini belum mengakomodasi subvariabel-subvariabel gaya hidup yang menjadi faktor risiko hipertensi secara spesifik, seperti skala stres pada responden, pola nutrisi terkait konsumsi makanan tinggi natrium yang menjadi faktor resiko hipertensi , berat badan dan aktifitas fisik. Instrumen *self-care* yang digunakan adalah instrumen modifikasi dengan 15 item pertanyaan yang mewakili 5 sub variabel dalam *self-care* dengan komposisi masing-masing sub variabel 3 pernyataan, hal ini belum menggali *self-care* responden secara mendalam sehingga hasil penilaian *self-care* masih belum spesifik menggambarkan ada/tidaknya hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi.

### **6.2.2 Prosedur Pengambilan Data**

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan di ruang poli penyakit dalam yang menyatu dengan ruang pemeriksaan pasien sehingga ada kemungkinan responden kurang fokus dalam mengisi kuisioner.

### 6.2.3 Hasil penelitian

Hasil penelitian ini belum bisa digeneralisasikan pada populasi yang lebih besar karena dilakukan terbatas pada responden di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima, masih perlu dilakukan penelitian lanjutan pada beberapa tempat penelitian yang berbeda.

## 6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan, Pendidikan dan Penelitian Lebih Lanjut

### 6.3.1 Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

Hipertensi dapat terjadi karena ketidakmampuan individu dalam mengontrol/mengendalikan faktor risiko terutama faktor risiko yang dapat diubah, dari hasil penelitian ini akan membantu perawat mengenal faktor risiko hipertensi, faktor demografi atau lingkungan yang mempengaruhi perilaku kesehatan dan yang berhubungan dengan faktor risiko penyakit hipertensi sehingga perawat dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai kebutuhan individu dan meningkatkan peran perawat dalam hal;

- a. *Educator*/pendidik, perawat meningkatkan peran dan kemampuan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana modifikasi gaya hidup yang dapat dilakukan pasien untuk manajemen faktor risiko hipertensi (berhenti atau jangan memulai kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan memulai gaya hidup sehat, nutrisi yang sesuai pada pasien hipertensi) sehingga dengan peran tersebut perawat dapat melakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan pemahaman penderita terhadap faktor risiko yang dimiliki pasien. Hasil dari evaluasi tersebut akan menjadi dasar bagi perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berkelanjutan bagi penderita maupun individu yang berisiko menderita hipertensi. Pendidikan kesehatan yang berkelanjutan sejak pertama kali individu masuk rumah sakit hingga individu tersebut keluar dari rumah sakit bahkan saat sudah di rumah.
- b. *Konselor*, perawat menyediakan waktu untuk pasien berkonsultasi, menyampaikan pertanyaan dan berdiskusi sehingga perawat dapat memberikan advokasi yang tepat, bagaimana membantu pasien hipertensi dalam menghindari/mengendalikan faktor risiko yang dapat diubah, misalnya

kapan waktu yang tepat untuk melakukan pengukuran tekanan darah, meminum obat anti hipertensi, olah raga yang tepat sesuai dengan durasi dan frekuensi yang dianjurkan dan sesuai kondisi pasien, pentingnya menghentikan kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok, serta bagaimana mengontrol asupan nutrisi yang sehat. Dengan konseling, diharapkan dapat merubah perilaku dan meningkatkan kesadaran penderita atau individu yang berisiko menderita hipertensi untuk menghindari/mengendalikan faktor risiko yang dapat diubah. Konseling tidak hanya dilaksanakan per individu, namun juga bisa per kelompok dengan kasus yang sama, sehingga diharapkan penderita dapat bersosialisasi dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama. Pasien hipertensi di RSUD Bima perlu memiliki satu kelompok khusus sebagai wadah yang menaungi berbagai program peningkatan *self-care* dan menajemen mandiri pasien dengan hipertensi.

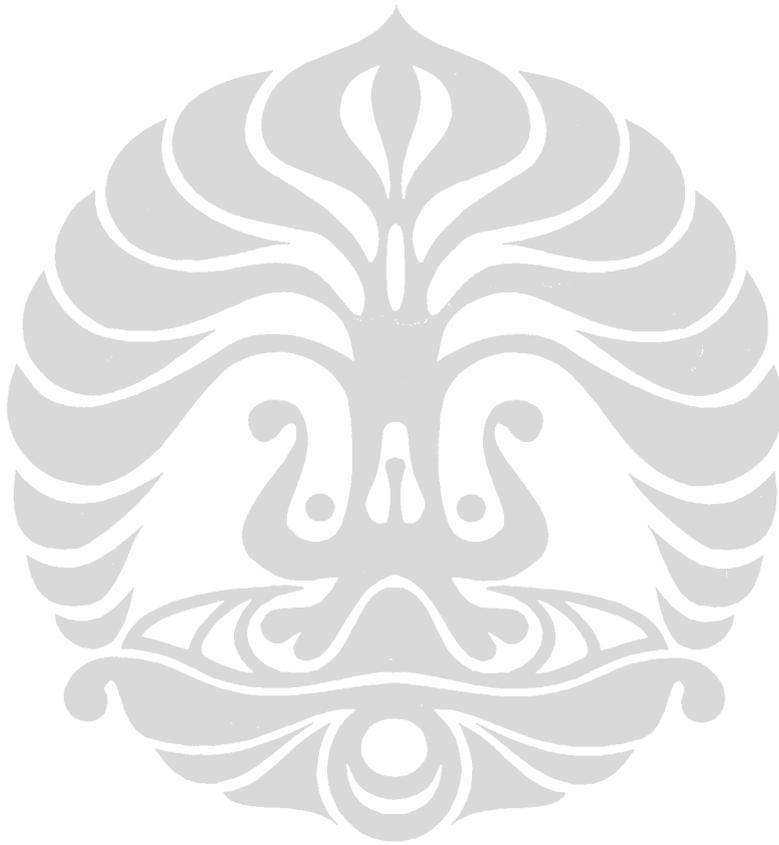
### **6.3.2 Implikasi terhadap pendidikan keperawatan**

Penelitian ini memberikan gambaran aplikasi pendekatan teori keperawatan dalam pengkajian pasien terkait faktor risiko hipertensi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan perlunya meningkatkan pengetahuan teori-teori keperawatan dan bagaimana aplikasi dalam kasus sehingga perawat khususnya peserta didik memiliki dasar keilmuan keparawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan meningkatkan peran serta peserta didik dalam pemberian pendidikan kesehatan dan pembuatan media-media yang mudah dipahami. Dengan keterlibatan peserta didik diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi atau individu yang berisiko terkena hipertensi tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi dan pencegahan komplikasi serta meningkatkan kemampuan peserta didik dalam mengkaji faktor risiko hipertensi dengan aplikasi langsung teori *self-care* Orem.

### **6.3.3 Implikasi Terhadap Pengembangan Ilmu Keperawatan dan Penelitian**

- a. Sebagai acuan perawat dalam melakukan penelitian lanjutan tentang faktor risiko hipertensi yang dihubungkan dengan perilaku yang paling dominan dan faktor sosial-budaya yang dapat meningkatkan kejadian hipertensi.

- b. Memberikan gambaran penelitian terkait teori keperawatan khususnya dengan pendekatan *self-care* Orem.
- c. Memberikan bukti peran serta dan kemampuan perawat dalam melakukan penelitian bukan hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan.



## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

Bab 7 menyampaikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran.

#### 7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka kesimpulan yang didapat adalah sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik pasien hipertensi di RSUD Bima dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan, pada kelompok usia 35-55 tahun (dewasa pertengahan), tingkat pendidikan SLTA, dengan pekerjaan sebagai petani dan tidak bekerja.
- 7.1.2 Responden dengan *Self-care agency* kurang baik terjadi pada kurang dari setengah responden dan sebagian besar diantara responden tersebut mengalami hipertensi derajat 2, dan pada analisis sub variabel terkait aplikasi *self-care* menunjukkan sebagian besar responden dikategorikan kurang baik, walaupun pada hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi.
- 7.1.3 Sebagian besar responden dalam penelitian ini berada pada derajat hipertensi derajat 2 dengan nilai tara-rata TDS 166.82 mmHg dan nilai rata-rata TDD 100.11 mmHg.
- 7.1.4 Faktor *basic conditioning internal* yang berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah usia dan merokok.
- 7.1.5 Faktor *basic conditioning eksternal* yang berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah pendidikan, pekerjaan dan sumber daya.
- 7.1.6 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah pekerjaan, setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, merokok dan sumber daya.

## 7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, saran atau rekomendasi yang peneliti sampaikan sebagai berikut:

### 7.2.1 Bagi pelayanan keperawatan

- a. Pasien hipertensi di RSUD Bima perlu memiliki satu kelompok khusus sebagai wadah yang menaungi berbagai program peningkatan *self-care* dan manajemen mandiri pasien dengan hipertensi dan mengadakan berbagai program pendidikan kesehatan dan menyediakan tenaga konsultan gizi, latihan fisik dan lainnya yang mendukung program modifikasi gaya hidup sehat sebagai upaya menurunkan/mengontrol faktor risiko hipertensi.
- b. Perawat lebih mengenal faktor resiko hipertensi dan pemahaman terhadap pentingnya peran perawat dalam usaha pencegahan hipertensi dan meningkatkan kontrol tekanan darah sehingga perawat dapat mendorong dan meningkatkan upaya modifikasi gaya hidup dan pencegahan komplikasi kardiovaskuler yang dilakukan oleh pasien.
- c. Meningkatkan peran perawat dalam pendidikan kesehatan terkait faktor resiko hipertensi sehingga dapat menjadi prosedur tetap yang disampaikan pada pasien yang memiliki tekanan darah diatas normal atau pada kelompok yang berisiko.
- d. Perawat perlu meningkatkan pengetahuannya terkait teori keperawatan yang aplikatif khususnya teori keperawatan *self-care defisit* dari Orem sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dasar keilmuan keperawatan.
- e. Perawat meningkatkan kemampuan *self-care agency* pasien hipertensi dengan memberikan bantuan sesuai dengan bantuan yang dibutuhkan apakah *partial, supportiv-edukatif* ataukah *wholly compensatory*.
- f. Diseminasi hasil penelitian kepada para perawat di RSUD Bima, yang langsung memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama pada perawat yang memiliki jabatan struktural atau sebagai pembuat kebijakan sehingga dapat memberikan masukan, arahan dan perubahan yang lebih baik dalam memberikan layanan keperawatan dan mendorong perlu adanya kelompok

hipertensi yang memiliki kegiatan-kegiatan yang akan meningkatkan kemampuan *self-care* dan manajemen mandiri pasien hipertensi.

### **7.2.2 Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan penelitian keperawatan**

- a. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melaksanakan penelitian selanjutnya untuk mengidentifikasi faktor lain (*Basic conditioning factors*) yang berhubungan dengan kemampuan *self-care* pasien dengan hipertensi.
- b. Penelitian lanjutan untuk mengidentifikasi faktor sosial-ekonomi dan budaya yang berhubungan dengan variabel pekerjaan, sehingga dapat lebih menjelaskan fenomena bagaimana hubungan pekerjaan responden dalam hubungannya dengan derajat hipertensi, dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan kemampuan *self-care* pasien.
- c. Penelitian lain terkait pola makan, konsumsi garam dan gaya hidup secara lebih spesifik yang berhubungan dengan derajat hipertensi.

### **7.2.3 Bagi pendidikan keperawatan**

Perlunya memberikan pemahaman dan aplikasi langsung bagaimana memberikan asuhan keperawatan yang profesional dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan baik dalam konteks asuhan keperawatan maupun dalam konsep dan pola pikir pada perawat terlebih pada tataran pendidikan keperawatan dengan memasukkan dalam kurikulum mata kuliah sains keperawatan pada semua tahapan pendidikan keperawatan.

**JADUAL KEGIATAN TESIS**  
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN FIK UI**  
**TAHUN AKADEMIK 2010-2011**

Kegiatan	Jan-Feb-Mar				April			Mei				Juni				Juli		
	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	
Penyelesaian Bab I-IV	■	■	■	■	■	■	■											
Ujian proposal								■										
Pengumpulan data									■	■	■	■						
Analisis & penafsiran data													■	■				
Penulisan laporan														■	■	■		
Ujian hasil penelitian																■	■	
Sidang tesis																	■	
Perbaikan tesis																		■
Jilid hard cover																		■
Pengumpulan laporan																		■



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi pada pasien di RSUD Bima ditinjau dari perspektif keperawatan 'self-care Orem'  
Peneliti : Martiningsih  
NPM : 0906574713

Saya mahasiswa Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia, bermaksud melaksanakan penelitian untuk menganalisis hubungan antara faktor risiko kondisi dasar internal dan eksternal dan kemampuan *self-care* terhadap kejadian hipertensi. Hipertensi dapat terjadi karena ketidakmampuan penderita mengendalikan faktor risiko khususnya faktor risiko yang dapat diubah.

Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuesioner yang akan dilakukan oleh bapak/ibu/saudara, yang berisi pertanyaan mengenai biodata dan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan faktor risiko yang terjadi. Waktu yang dibutuhkan kurang lebih 60 menit.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi bapak/ibu/sdr/sdri. Apabila selama berpartisipasi dalam penelitian ini bapak/ibu/sdr/sdri mengalami ketidaknyamanan, maka bapak/ibu/sdr/sdri mempunyai hak untuk berhenti atau keluar dari penelitian ini. Kami berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan, pengolahan, maupun penyajian data. Peneliti juga menghargai keinginan bapak/ibu/sdr/sdri untuk tidak berpartisipasi/ keluar kapan saja dari penelitian ini. Apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas mengenai prosedur penelitian, maka bapak/ibu/sdr/sdri dapat langsung menanyakannya pada peneliti.

Akhirnya melalui penjelasan ini, peneliti mengharapkan partisipasi bapak/ibu/sdr/sdri dalam penelitian ini dan ucapan terimakasih peneliti haturkan kepada bapak/ibu/sdr/sdri atas kesediaan dan partisipasinya.

Bima, Mei 2011

Peneliti

**Universitas Indonesia**

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Inisial :

Umur \_\_\_\_\_ :

Telp \_\_\_\_\_ :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di RSUD Bima ditinjau dari perspektif keperawatan “*self-care Orem*”.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah :

- 1). Meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
- 2). Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan peneliti

Keikutsertaan saya ini sukarela, tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui  
Peneliti,

Bima, Mei 2011  
Yang membuat pernyataan,

Martiningsih

Tanda tangan

Universitas Indonesia

**KUISIONER**

**Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Hipertensi Ditinjau Dari Perspektif Keperawatan “Self-Care Orem”**

Nomor : 

--	--	--	--

Tekanan darah : ..... mmHg (Diisi peneliti)

**Keterangan / Petunjuk Pengisian :**

1. Setiap pertanyaan diharapkan dapat bapak/ibu/sdr jawab dengan jujur.
2. Daftar pertanyaan dibawah ini dapat dijawab dengan mengisi pada tempat yang telah disediakan.
  - Pertanyaan isian dapat langsung ditulis jawabannya pada kolom yang tersedia setelah pertanyaan.
  - Pertanyaan pilihan dapat dijawab dengan memilih salah satu jawaban yang sesuai dengan memberi tanda silang (X) atau check list (√) pada pilihan jawaban.

**I. Faktor-faktor Kondisi Dasar Internal dan Eksternal (1-9)**

**a. Perilaku Merokok (pertanyaan 10-15)**

**b. Perilaku Konsumsi Alkohol (pertanyaan 16-22)**

**c. Gaya Hidup ; Manajemen Stres, Nutrisi dan Aktifita (1-25)**

**II. Skala Perawatan Diri (1-15)**

**Pengukuran Tekanan Darah dengan Tensimeter Digital**

**1. Cara Pengukuran**

- a. Sebelum melakukan pengukuran tekanan darah, responden sebaiknya menghindari kegiatan aktifitas fisik seperti olah raga, merokok, dan makan minimal 30 menit sebelum pengukuran. Duduk beristirahat 5-15 menit sebelum pengukuran.
- b. Hindari melakukan pengukuran dalam kondisi stres. Pengukuran sebaiknya dilakukan dalam ruangan yang tenang dan posisi duduk.
- c. Pastikan responden duduk dalam posisi kaki tidak menyilang tetapi kedua telapak kaki datar menyentuh lantai. Letakkan lengan kanan responden diatas meja sehingga manset yang terpasang sejajar dengan jantung responden.
- d. Singingkan lengan baju pada lengan kanan reaponden dan memintanya tetap duduk tanpa banyak gerak dan berbicara pada saat pengukuran. Apabila responden menggunakan baju berlengan panjang, singingkan lengan baju keatas dan pastikan lipatan tidak terlalu ketat sehingga tidak menghambat aliran darah ke lengan.
- e. Biarkan lengan dalam posisi tidak tegang dengan telapak tangan terbuka keatas. Pastikan tidak ada lekukan pada pipa manset.
- f. Persiapkan manset. Ambil manset dari kotaknya secara benar dengan mengangkat secara keseluruhan, tidak menarik salah satu bagian.
- g. Pasang manset pada lengan kanan responden dengan posisi kain halus/lembut pada bagian dalam dan D-ring (besi) tidak menyentuh lengan. Masukkan ujung manset melalui D-ring dengan posisi kain perekat diagian luar. Ujung bawah manset terletak kira-kira 1-2 cm diatas siku. Posisi pipa manset harus sejajar dengan lengan kanan responden dengan lengan kanan responden dalam posisi lurus dan relaks.

- h. Tarik manset dan kencangkan melingkari lengan kanan responden. Tekan kain perekat secara benar pada kain bagian luar manset. Pastikan manset terpasang secara nyaman pada lengan kanan responden.
- i. Tekan tombol 'start', pada layar akan muncul angka '888' dan semua simbol. Selanjutnya muncul simbol gambar hati akan berkedip-kedip sampai denyut tidak terdeteksi dan tekanan udara dalam manset berkurang. Angka sistolik, diastolik dan nadi akan muncul.
- j. Catat hasil pengukuran.
- k. Lepaskan manset pada lengan kanan.
- l. Pengukuran dilakukan 2 kali dengan jarak 2 menit dengan melepas manset pada lengan.
- m. Apabila hasil pengukuran pertama dan kedua terdapat selisih  $> 10$  mmHg, ulangi pengukuran ketiga setelah istirahat 10 menit dengan melepaskan manset pada lengan.
- n. Apabila responden tidak bisa duduk, pengukuran dapat dilakukan dengan posisi berbaring dan catat kondisi tersebut pada lembar catatan.

## **2. Alat pengukuran**

Menggunakan tensimeter digital OMRON, alat ini telah digunakan oleh departemen kesehatan RI dalam riset kesehatan dasar (RisKesDas) tahun 2007.

Sumber : Badan penelitian dan pengembangan kesehatan departemen kesehatan RI jakarta, (2007).

**Tabel Data Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin dan Tekanan Darah**

No Responden	Usia (Tahun)	Jenis kelamin	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)	Derajat Hipertensi
1	35	perempuan	152	97	1
2	54	perempuan	233	115	2
3	54	perempuan	181	112	2
4	43	perempuan	219	146	2
5	60	laki-laki	160	110	2
6	44	perempuan	213	118	2
7	44	laki-laki	195	105	2
8	60	perempuan	177	110	2
9	47	perempuan	174	109	2
10	35	laki-laki	155	96	1
11	43	perempuan	183	100	1
12	55	perempuan	185	116	2
13	60	perempuan	182	100	2
14	38	perempuan	160	100	2
15	52	laki-laki	180	100	2
16	54	perempuan	170	100	2
17	54	perempuan	150	90	2
18	35	laki-laki	170	100	1
19	50	perempuan	160	90	2
20	48	perempuan	150	90	1
21	58	perempuan	160	100	2
22	62	perempuan	170	100	2
23	48	laki-laki	177	103	2
24	53	perempuan	203	110	2
25	58	perempuan	173	109	2
26	36	laki-laki	158	101	2
27	43	laki-laki	163	98	2
28	62	perempuan	191	121	2
29	50	perempuan	198	93	2
30	54	perempuan	178	101	2
31	62	perempuan	190	94	2
32	63	laki-laki	150	100	2
33	43	perempuan	140	100	2
34	37	perempuan	150	90	1
35	42	perempuan	160	110	1
36	62	perempuan	180	100	2
37	50	laki-laki	160	110	2
38	42	perempuan	160	90	2
39	50	perempuan	150	90	1
40	65	laki-laki	160	100	2

41	41	laki-laki	150	90	1
42	35	laki-laki	150	100	2
43	58	laki-laki	221	110	2
44	49	laki-laki	163	98	2
45	57	laki-laki	148	94	1
46	40	perempuan	150	90	1
47	59	laki-laki	154	100	2
48	55	perempuan	145	93	1
49	56	perempuan	151	91	1
50	64	perempuan	171	101	2
51	42	perempuan	158	90	1
52	38	perempuan	180	100	2
53	64	perempuan	180	90	2
54	44	perempuan	150	100	2
55	55	perempuan	150	90	1
56	46	perempuan	160	100	2
57	45	perempuan	160	100	2
58	52	perempuan	160	90	2
59	40	perempuan	150	100	2
60	39	laki-laki	150	110	2
61	41	laki-laki	150	120	2
62	35	laki-laki	157	98	2
63	63	laki-laki	168	90	2
64	35	perempuan	142	92	1
65	35	perempuan	142	90	1
66	58	perempuan	145	90	1
67	50	perempuan	150	92	1
68	48	laki-laki	171	102	1
69	62	perempuan	179	100	2
70	45	laki-laki	151	95	1
71	65	perempuan	145	95	1
72	40	laki-laki	140	100	2
73	35	perempuan	150	100	2
74	37	perempuan	150	110	2
75	45	perempuan	150	90	1
76	38	perempuan	152	105	2
77	38	perempuan	149	96	1
78	43	perempuan	171	100	2
79	49	laki-laki	163	101	2
80	39	perempuan	140	100	2
81	39	perempuan	156	100	2
82	49	perempuan	160	100	2
83	60	perempuan	170	110	2
84	45	laki-laki	140	90	1
85	55	perempuan	150	100	2
86	45	perempuan	140	100	2
87	40	laki-laki	140	90	1
88	48	perempuan	160	90	2

Universitas Indonesia

89	52	perempuan	162	90	2
90	56	laki-laki	145	90	1
91	65	perempuan	197	95	2
92	64	laki-laki	185	95	2
93	47	perempuan	170	100	2
94	59	perempuan	220	120	2
95	65	laki-laki	197	94	2
96	56	perempuan	170	90	2
97	65	laki-laki	180	90	2
98	45	perempuan	195	127	2
99	62	laki-laki	194	133	2
100	58	laki-laki	162	92	2
101	61	perempuan	172	98	2
102	56	laki-laki	176	95	2
103	52	perempuan	167	94	2
104	46	perempuan	184	101	2
105	64	laki-laki	191	91	2
106	54	laki-laki	191	114	2
107	56	perempuan	180	98	2
108	65	laki-laki	220	105	2
109	53	perempuan	159	98	1
110	65	perempuan	160	105	2
111	39	laki-laki	160	95	2
112	38	perempuan	145	95	1

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Martiningsih

TTL : Semarang, 28 Oktober 1975

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Pengajar Poltekkes Mataram (NTB)

Alamat Rumah : Jl. Gajah Mada 148 A, Pena-To'i, Bima-NTB

Alamat Institusi : Jl. Soekarno-Hatta No. 4, Raba-Kota Bima-NTB

### Riwayat Pendidikan :

1981 – 1987 : SDN No 3 Bima

1987 – 1990 : MTsN Padolo Bima

1990 – 1993 : SMU 1 Bima

1994 – 1997 : DIII Keperawatan Soetomo Surabaya

2002 – 2004 : PSIK Universitas Brawijaya Malang

2004 – 2005 : Profesi Ners PSIK Universitas Brawijaya Malang

### Riwayat Pekerjaan :

1998 – 1999 : Perawat pelaksana di RSUD Bima-NTB

1999 – 2008 : Perawat pelaksana di RSUD Mataram-NTB

2008 – sekarang : Staf Pengajar Poltekkes Mataram-NTB



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MANUSCRIPT**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
TERJADINYA HIPERTENSI PRIMER PADA  
PASIEN DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM  
RSUD BIMA DITINJAU DARI PERSPEKTIF  
KEPERAWATAN *SELF-CARE OREM***

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

**MARTININGSIH**  
**0906574713**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
DEPOK  
JULI 2010**

## **Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan terjadinya Hipertensi Primer pada Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima ditinjau dari perspektif Keperawatan.**

Martiningsih<sup>1</sup>, Elly Nurachmah<sup>2</sup>, Sigit Mulyono<sup>3</sup>

### **Abstrak**

Hipertensi merupakan masalah kesehatan kronik yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg. Prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi primer ditinjau dari perspektif *self-care* Orem. Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel sebanyak 112 responden. Hasil penelitian diperoleh ada hubungan antara usia ( $P = 0.061$ ), pendidikan ( $P = 0.0005$ ), pekerjaan ( $P = 0.004$ ), merokok ( $P = 0.0005$ ), sumber daya ( $P = 0.0005$ ) dengan derajat hipertensi. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling berpengaruh dengan derajat hipertensi adalah pekerjaan ( $P = 0.001$ , OR = 21.501). Hasil penelitian menyarankan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian faktor resiko hipertensi, memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan *self-care*, dukungan dalam kontrol tekanan darah dan modifikasi gaya hidup sehat.

Kata kunci:

Hipertensi primer, *self-care* Orem  
73 Referensi (1986-2011)

---

### **An Analysis of Factors Concerned with the Primary Hypertension Accident at the Medical Patient at Internal Disease Polyclinic of Bima District Public Hospital, which were Observed from *self-care* Orem Perspective.**

Hypertension is a chronic health problem which is indicated by the increasing of the blood pressure  $\geq 140/90$  mmHg. Hypertension prevalence increases in accordance with the changing of life style. This study aims at identifying factors concerned with the primary hypertension accident which were observed from *self-care* Orem perspective. The study is an analytical descriptive used across-sectional approach. There were 112 participated as the respondents. The research showed that there is a significant correlation among age ( $P = 0.061$ ), education ( $P = 0.0005$ ), job ( $P = 0.004$ ), smoking ( $P = 0.0005$ ), resources ( $P = 0.0005$ ) and the hypertension grade. Multivariate analysis revealed that the most influencing factor for the hypertension grade is job ( $P = 0.001$ , OR = 21.501). This study suggests the hospital to increase its nurse competence to look into the hypertension risk factor, to provide support and health education for *self-care* improvement for blood pressure control and healthy life style modification.

Key words:

Primer Hypertension, *self-care* Orem  
73 Reference (1986 – 2011)

## Latar Belakang

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang kronik yang menjadi masalah kesehatan masyarakat. Menurut kriteria *the Seventh Report of the Joint Nasional Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7, 2003), tekanan darah normal adalah kurang dari 120/80 mmHg. Dikatakan hipertensi bila tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Diantara keduanya terdapat rentang yang disebut prehipertensi, dimana seseorang harus berhati-hati supaya tidak berlanjut ke arah hipertensi (WHO, 2004).

Di dunia, hampir 1 milyar orang atau 1 dari 4 orang dewasa menderita hipertensi. Setiap tahun hipertensi menjadi penyebab 1 dari setiap 7 kematian (AHA, 2008). Dibanyak negara saat ini, prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, kurang aktifitas fisik, dan stres psikososial.

Di Indonesia jumlah penderita Hipertensi diperkirakan 15 juta orang, 90% merupakan hipertensi esensial. Dari jumlah tersebut hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi sehingga mereka cenderung untuk menjadi hipertensi berat karena tidak menghindari dan tidak mengetahui faktor risikonya. Data hasil riset kesehatan dasar (Riskesmas) di Indonesia tahun 2007 menyebutkan hipertensi sebagai penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis (Depkes. RI., 2007). Prevalensinya di daerah luar Jawa dan Bali lebih besar dibandingkan dikedua pulau tersebut. Hal tersebut terkait erat dengan pola makan, terutama

konsumsi garam, yang umumnya lebih tinggi di luar pulau Jawa dan Bali (Depkes. RI., 2005).

Hasil Riskerdas Nusa Tenggara Barat (NTB) tahun 2007, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 32.4% (nasional 26.7%). Sementara berdasarkan diagnosis dan riwayat minum obat hipertensi prevalensinya adalah 6.7%.

Kemampuan perawatan diri untuk mencegah dan meminimalkan resiko yang terjadi akibat dari hipertensi pada setiap orang tidak sama. Banyak hal yang menyebabkan ketidakmampuan mengendalikan hipertensi ini. Menurut penelitian Callaghan, et al. (2005), *Self-care* dan perilaku kesehatan pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh *basic conditioning factors*, pendapatan, pendidikan, ras dan agama. Strategi *self-care* dalam gaya hidup penting untuk mencegah peningkatan tekanan darah dan modifikasi gaya hidup merupakan aspek yang diperlukan dalam perawatan pada semua tahap hipertensi.

Teori keperawatan *self-care deficit* yang dikembangkan oleh Dorothea E. Orem sejak tahun 1959 merupakan salah satu model konseptual yang mendukung perkembangan ilmu dan praktek keperawatan dan merupakan model yang banyak digunakan dalam keperawatan. Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Teori ini juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan klien sesuai tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam

posisi dependen, karena menurut Orem, *self-care* bukan merupakan proses intuisi tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari (didapatkan dari proses belajar).

Kemampuan untuk melakukan *self-care* dipengaruhi oleh 10 faktor internal dan eksternal "*basic conditioning factor*", meliputi; usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, sosial budaya, sistem pelayanan kesehatan (*medical diagnostic and treatment modalities*), sistem keluarga, gaya hidup (olah raga, mengonsumsi makanan sehat, alkohol, rokok), lingkungan, dan sumber daya (Orem, 2001;2007). Kemampuan individu melakukan *self-care* berkorelasi dengan faktor-faktor: latar belakang, umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, status pekerjaan dan perilaku kesehatan (Callaghan, et.al. 2005).

Kondisi sakit atau gangguan fisik membatasi kemampuan individu dalam membuat keputusan atau melakukan aktivitas *self-care* sehingga menyebabkan gangguan struktur atau fungsi lebih lanjut (Orem,2001). Tujuan perawatan pasien hipertensi adalah mengontrol tekanan darah dan meminimalkan faktor resiko komplikasi kardiovaskuler melalui modifikasi gaya hidup (Brunner& Sudart, 2002). Banyak hal yang menyebabkan ketidakmampuan mengendalikan hipertensi ini. Penelitian yang dilakukan oleh Peters, et al. (2010) tentang hubungan motivasi dan perilaku *self-care* terhadap tekanan darah pada 306 responden di komunitas menunjukkan hasil bahwa motivasi individu dan kontrol perilaku *self-care* pasien berhubungan dalam kemampuan mengontrol tekanan darah dalam batas normal.

Banyak klien hipertensi dengan tekanan darah yang tidak terkontrol menunjukkan kurangnya pemahaman tentang penyakit dan pengobatan yang mereka terima. Fokus utama dari teori *self-care* Orem adalah keyakinan bahwa individu memiliki kemampuan bawaan untuk merawat dirinya sendiri. Dengan pendekatan Orem *nursing system*, perawat membantu klien dalam pengambilan keputusan, kontrol perilaku, dan memperoleh keterampilan dan pengetahuan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan, dari data rekam medik pasien rawat jalan di RSUD Bima tahun 2009-2010, pasien hipertensi yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima pada tahun 2009 berjumlah 1.514 pasien dengan pasien rawat inap 97 pasien. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan di poliklinik 1.805 pasien, dan pasien rawat inap hipertensi sebesar 126 pasien. Dengan tingginya angka kunjungan pasien hipertensi tersebut diperlukan peran serta perawat dengan pengetahuan menyeluruh terkait hipertensi dan penatalaksanaannya melalui pendekatan proses dan teori keperawatan sehingga kemampuan tersebut dapat digunakan sebagai sumber dalam mencegah faktor resiko dan meminimalkan komplikasi hipertensi, meningkatkan manajemen mandiri pasien dengan hipertensi dan memberikan data bagi perawat dalam memberikan intervensi yang tepat sesuai kondisi pasien. Perawat memiliki tanggung jawab yang besar dalam membantu meningkatkan *self-care* pasien hipertensi. Hal ini sesuai dengan peran perawat sebagai edukator dan pemberi pelayanan keperawatan. Telah banyak penelitian yang dilakukan terkait faktor resiko hipertensi baik dari kajian

epidemiologi maupun patofisiologi, namun belum ada penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di Indonesia dilihat dari perspektif keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *self-care* Orem, khususnya pada pasien hipertensi di RSUD Bima-NTB.

Kejadian hipertensi terus meningkat tiap tahunnya dan masalah yang sering terjadi pada pasien hipertensi adalah ketidakpatuhan terhadap terapi atau pengobatan, merubah gaya hidup dan adanya komplikasi akibat hipertensi. Salah satu faktor yang berperan dalam hal ini dapat disebabkan karena *self-care* yang kurang baik. Kondisi yang ditemui saat ini adalah pasien hipertensi cenderung menganggap diri sehat dan tidak melakukan tindakan dalam kontrol tekanan darah dan pencegahan terhadap resiko adanya komplikasi hipertensi dan menggantungkan diri pada terapi medis dengan obat-obatan farmakologi dan mengabaikan peran dan manfaat *self-care* serta tanggung jawab individu terhadap kesehatannya. Namun demikian sampai saat ini belum banyak riset pada pasien hipertensi ditinjau dari perspektif keperawatan khususnya dengan pendekatan *self-care*. Berdasarkan masalah tersebut diatas pertanyaan penelitian yang peneliti ajukan adalah : faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi ditinjau dari perspektif *self-care* Orem dan faktor manakah yang paling dominan berhubungan?

### **Metodologi**

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor kondisi dasar internal-eksternal dan

*self-care* yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi ditinjau dari perspektif *self-care* Orem. Variabel penelitian adalah usia, pendidikan, pekerjaan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, sistim keluarga, status kesehatan, sumber daya dan *self-care agency* dengan derajat hipertensi.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *non-probability sampling* melalui *purposive sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini 112 responden hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima yang memenuhi kriteria inklusi Waktu penelitian  $\pm$  4 minggu pada bulan Mei-Juni 2011.

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan faktor kondisi dasar internal dan eksternal meliputi; usia, jenis kelamin, status kesehatan, gaya hidup, merokok, konsumsi alkohol, sistim keluarga, pendidikan, pekerjaan dan sumber daya. Kuisisioner gaya hidup menggunakan modifikasi instrumen gaya hidup dari Walker, et al., (1987). Modifikasi yang dilakukan adalah redaksi kalimat yang berhubungan langsung dengan pertanyaan kepada pasien hipertensi. Kuisisioner berupa 25 pertanyaan dalam skala likert dengan pilihan tidak pernah, kadang-kadang, sering dan rutin. Nilai tiap item 1-4. Kuisisioner merokok menggunakan *Fagerstrom test for nicotine dependence* (versi revisi, 2005) yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan skor tiap item pertanyaan 0-3. Kuisisioner *Alcohol Use Disorder Identification* (AUDIT) dari WHO (1989) yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan skor tiap item pertanyaan 0-4. Hasil dari kuisisioner merokok dan konsumsi alkohol tidak dianalisis

secara statistik namun hanya sebagai data tambahan pembahasan penelitian. Instrumen *self-care* menggunakan instrumen *Exercises of Self-Care Agency (ESCA)* yang telah dimodifikasi dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 item. Penilaian menggunakan skala likert dengan nilai tiap item pertanyaan 1-4. Skoring 1 menunjukkan sangat tidak setuju dan 4 sangat setuju pada pertanyaan positif. Untuk pertanyaan negatif, skoring sebaliknya. Nilai skoring berada pada rentang 15-60 dikategorikan sesuai dengan *cut of poin mean*.

Pengukuran tekanan darah dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan tensimeter digital OMRON. Hasil pengukuran dikategorikan dalam skala nominal; derajat 1 (sistolik 140–159, diastolik 90–99 mmHg). 1= hipertensi derajat 2 ( Sistolik  $\geq$  160, diastolik  $\geq$  100 mmHg).

Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat dengan *Chi-Square* karena datanya berbentuk katagorik, dan multivariat dengan uji regresi logistik karena variabel dependennya dikotom, dimana derajat hipertensi dikategorikan menjadi dua (hipertensi derajat 1 dan hipertensi derajat 2).

### **Hasil Penelitian**

Hasil analisis Univariat menunjukkan lebih dari sepertiga responden hipertensi berada pada kelompok usia 46-55 tahun (37.5%), berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (66.1%), berdasarkan tingkat pendidikan responden kurang dari setengahnya adalah SLTA (38.4%) dan pendidikan SD (21.4 %), berdasarkan pekerjaan responden dengan persentase yang sama besarnya (34.8%) adalah sebagai petani dan yang tidak bekerja.

Gaya hidup responden dalam hal ini mencakup aktifitas fisik, manajemen stres dan nutrisi didapatkan data bahwa lebih dari setengah responden (56.3%) memiliki gaya hidup dalam kategori kurang sehat, berdasarkan faktor resiko merokok, hanya 21.4% yang memiliki kebiasaan merokok. Terkait konsumsi alkohol, sebagian kecil yaitu 4 orang (3.6%) yang mengkonsumsi alkohol.

Status kesehatan responden dalam hal ini lama sakit hipertensi, menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga responden (35.7%) dengan lama sakit 1-3 tahun. Berdasarkan sistem keluarga dalam hal ini bagaimana pengambilan keputusan dalam keluarga terkait kondisi penyakit hipertensi pada responden dengan persentase yang sama besar (50%), antara pengambil keputusan adalah responden sendiri dan oleh keluarga/orang lain. Berdasarkan sumber daya yang dimiliki sebagai sumber pembiayaan selama sakit hampir sebagian besar responden yaitu sebanyak 70 orang (62.5%) menggunakan asuransi Askes/Jaskesmas. Derajat hipertensi responden, sebagian besar berada pada hipertensi derajat 2 (74.1%), dan berdasarkan skala perawatan diri hampir setengah dari responden yaitu 51 orang (45.5%) dikategorikan kurang.

### **Analisis Bivariat**

Hasil analisis hubungan antara kondisi dasar internal; usia ( *p value* = 0.061), jenis kelamin (*p value* = 0.542), status kesehatan (*p value* =0.526), gaya hidup (*p value* = 0.431), merokok (*p value* = 0.0005 ), konsumsi alkohol (*p value* = 0.053 ) dengan derajat hipertensi menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan adalah merokok dengan

derajat hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR = 5.318$ , artinya responden yang merokok memiliki resiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 5.3 kali dibandingkan dengan yang tidak merokok.

Hasil analisis hubungan antara kondisi dasar eksternal; pendidikan ( $p\ value = 0.0005$ ), pekerjaan ( $p\ value = 0.004$ ), sumber daya ( $p\ value = 0.0005$ ), dan sistim keluarga ( $p\ value = 0.084$ ), dengan derajat hipertensi menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan adalah pendidikan dengan nilai  $OR\ 6.618$  yang berarti responden yang sekolah berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 6.6 kali dibanding derajat 1. Ada hubungan antara pekerjaan dengan derajat hipertensi, dan nilai  $OR\ 3.928$  yang berarti responden yang bekerja lebih berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 3.9 kali dibandingkan hipertensi derajat 1.

Ada hubungan antara ketersediaan sumber daya asuransi kesehatan dengan derajat hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR = 17.333$ , artinya responden yang tidak memiliki sumber daya asuransi memiliki resiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 17.3 kali dibandingkan hipertensi derajat 1. Hasil analisis hubungan antara *self-care agency* dengan derajat hipertensi ( $p\ value = 0.898$ ) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara *self-care agency* dengan derajat hipertensi.

#### **Analisis Multivariat**

Dari analisis pemodelan akhir multivariat ternyata variabel yang berhubungan dengan derajat hipertensi adalah variabel pendidikan, pekerjaan, merokok dan sumber daya. Sedangkan variabel lainnya sebagai

konfounding. Hasil analisis didapatkan *Odd Ratio (OR)* terbesar setelah diurut adalah variabel pekerjaan, kemudian *OR* sumber daya, *OR* merokok dan *OR* pendidikan, ini berarti pekerjaan paling dominan hubungannya dengan derajat hipertensi. *OR* dari variabel pekerjaan adalah 21.501 artinya pasien hipertensi yang bekerja berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 21 kali lebih tinggi dibandingkan dengan hipertensi derajat 1 setelah dikontrol variabel pendidikan, merokok dan sumber daya.

#### **Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami hipertensi derajat 2 (74.1%). Tekanan darah sistolik dalam rentang 140-233 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-146 mmHg. Nilai rata-rata (*Mean*) TDS adalah 166.82 mmHg dan *mean* TDD adalah 100.11 mmHg. Menurut asumsi peneliti penyebab tingginya angka kejadian hipertensi derajat 2 dalam penelitian ini dimungkinkan karena sebagian besar responden (72.3%) berada pada kelompok usia dewasa pertengahan (35-55 tahun) dimana sesuai dengan tinjauan teori bahwa hipertensi primer mulai muncul pada usia 30-50 tahun dan cenderung menetap seiring pertambahan usia (*NHLBI*, 2004 dalam Lemone & Burke 2007). Perkembangan hipertensi sebagai penyakit kronis saat ini bukan hanya menjadi penyakit pada kelompok usia lanjut namun bergeser pada kelompok usia pertengahan-usia lanjut.

Kondisi dasar internal yang berhubungan dengan derajat hipertensi adalah merokok. Faktor risiko merokok dalam penelitian ini diukur dengan kuisioner yang menanyakan apakah responden

merokok atau tidak, jika responden merokok selanjutnya diberikan kuisisioner terkait merokok sebagai data tambahan. Hasil analisis statistik univariat menunjukkan dari 112 responden hanya sebagian kecil (21.4%) yang merokok. Dan analisis lebih lanjut bivariat dan multivariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara merokok dengan derajat hipertensi ( $p$  value = 0.001).

Sejalan dengan penelitian Doung, et al. (2001) yang menunjukkan bahwa faktor gaya hidup yang berkorelasi dengan hipertensi adalah merokok. Berbeda dengan penelitian Aris, (2006) dan penelitian yang dilakukan oleh Saryawati, (2008) bahwa merokok tidak terbukti sebagai faktor resiko hipertensi. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Erceg, et al. (2008) bahwa hipertensi tidak berhubungan dengan merokok ( $OR$  1.2 dan  $p$  value 0.177).

Asumsi peneliti, walaupun jumlah responden yang merokok dalam penelitian ini hanya sebagian kecil yaitu 24 orang (21.4%) dari total responden, hal ini cukup representatif dengan jumlah responden yang laki-laki yang hanya sepertiga dari sampel (38 orang). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pengaruh nikotin dalam peredaran darah menyebabkan meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah. Hasil analisis statistik lebih lanjut dari skoring responden yang merokok menunjukkan hampir setengah responden yaitu 10 orang (38.5%) dikategorikan perokok ringan, 8 orang (30.8%) perokok berat dan 7 orang (26.9%) perokok sedang. Berdasarkan data tersebut terlihat distribusi frekuensi yang hampir rata pada ketiga kelompok perokok, hal ini dapat mendukung hasil penelitian yang menyatakan adanya hubungan

yang signifikan antara merokok dan derajat hipertensi.

*Self-care agency* dalam penelitian ini dinilai dengan menggunakan kuisisioner yang mengukur kemampuan perawatan diri responden. Hasil analisis menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (54.5%) dengan kategori *self-care* baik dan sisanya dengan *self-care* kurang (45.5%). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi ( $p$  value = 0.731).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Peters & Templin, (2010) Hasil penelitian menunjukkan diperlukan berbagai perilaku untuk dapat mengontrol tekanan darah disamping kemampuan *self-care agency* diantaranya adalah sikap, norma subyektif individu, persepsi dan model yang membentuk keyakinan yang berhubungan dengan kontrol tekanan darah. Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian Felder, (2004) hasil penelitian menunjukkan bahwa kontrol tekanan darah tidak berhubungan dengan *self-care agency*.

Hasil analisis lebih lanjut dari data penelitian menunjukkan hanya sedikit selisih jumlah responden yang memiliki *self-care* baik (54.5%) dan yang kurang (45.5%). Menurut asumsi peneliti, hal ini disebabkan karena dalam penelitian ini melihat hubungan *self-care* dengan variabel dependennya derajat hipertensi, dimana batasan antara hipertensi derajat 1 dan derajat 2 sangat tipis, tidak melihat hubungan *self-care* dengan variabel dependennya adalah responden yang hipertensi atau tidak, disamping itu karakteristik responden sebagian besar yaitu 81.5% adalah yang sekolah, yang tidak sekolah ada 20 responden, disamping itu karakteristik responden pada

penelitian ini berada pada kelompok usia dewasa pertengahan dan dewasa akhir sehingga masih mampu melakukan *self-care* mandiri. Faktor lain yang menyebabkan tingkatan *self-care* yang cukup berimbang adalah karena faktor sosial-budaya masyarakat Bima yang terbiasa mandiri.

Kuisisioner *ESCA* yang digunakan dalam penelitian ini menilai 5 sub variabel yaitu tanggung-jawab pada diri sendiri, motifasi, aplikasi pengetahuan, prioritas kesehatan dan harga diri. Analisis lebih lanjut dari masing-masing sub variabel menunjukkan bahwa responden dengan *self-care* kurang sebagian besar berada pada hipertensi derajat 2. Analisis pada masing-masing sub variabel terlihat bahwa responden paling banyak (67.0%) dengan aplikasi melakukan *self-care* kurang, hal ini menunjukkan bahwa responden menghadapi hambatan dalam melakukan/aplikasi *self-care* terutama dalam manajemen hipertensi dan kontrol tekanan darah.

Selain faktor internal diatas yang mempengaruhi *self-care* pasien hipertensi, ada faktor lain juga yang mempengaruhi yaitu faktor petugas kesehatan, hal ini sebagaimana hasil riset yang dilakukan oleh Holland, et al.(2006) dengan desain penelitian *cross-sectional* Hasil penelitian menunjukkan 1 dari 3 petugas kesehatan meluangkan waktu yang terbatas untuk membicarakan manajemen hipertensi, hal ini menjadi faktor penting yang menghambat pencapaian tujuan penurunan tekanan darah yang ditargetkan. Hasil ini menyarankan perlunya diadakan pelatihan pengukuran tekanan darah yang terstandar. Menurut peneliti kedua faktor tersebut harus dipertimbangkan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien

dengan hipertensi terutama terkait bagaimana meningkatkan manajemen *self-care* secara mandiri dalam kontrol tekanan darah dan pencegahan komplikasi kardiovaskuler.

Kondisi dasar eksternal yang berhubungan dengan derajat hipertensi adalah pendidikan, pekerjaan dan sumber daya. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada responden yang berpendidikan SLTA (38.4%) dan bekerja sebagai petani (34.8%) dan pada responden yang tidak bekerja (34.8 %). Pada analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 92 responden yang sekolah, sebagian besar (81.5%) mengalami hipertensi derajat 2, dan variabel pekerjaan menunjukkan dari 73 orang yang bekerja sebagian besar (83.6%) mengalami hipertensi derajat 2. Analisis lebih lanjut didapatkan hubungan antara pendidikan (*p value* 0.0005) dan pekerjaan (*p value* 0.004) dengan derajat hipertensi.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigarlaki, (2006) bahwa pendidikan dan pekerjaan adalah faktor yang berhubungan dengan derajat hipertensi, demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Pandit, (2009) bahwa pendidikan berhubungan dengan kontrol tekanan darah yang lebih baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi kesadaran untuk melakukan kontrol tekanan darah. Hal ini sedikit berbeda dengan hasil Rikesdas 2007 terkait prevalensi hipertensi di NTB yang menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah dan sedikit meningkat kembali pada

tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Addo, et al. (2009) menunjukkan bahwa kejadian hipertensi lebih rendah pada kelompok sosial-ekonomi rendah dibandingkan pada kelompok sosial-ekonomi yang lebih tinggi. Responden dengan pekerjaan yang lebih tinggi berisiko untuk mengalami derajat hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan pada responden pada kelompok pekerjaan yang lebih rendah. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa responden yang bekerja lebih berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 3.9 kali ( $OR$  3.9; 95%  $CI$  1.621-9.520) dibandingkan responden pada kelompok yang tidak bekerja. Pada faktor pendidikan hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang sekolah lebih berisiko sebesar 6.6 kali ( $OR$  6.618; 95%  $CI$  2.344-9.520) untuk mengalami hipertensi derajat 2 dibandingkan pada kelompok yang tidak sekolah. Menurut asumsi peneliti hal ini bisa disebabkan oleh karena adanya stresor yang lebih tinggi pada kelompok yang bekerja dimana responden pada penelitian ini sepertiganya bekerja sebagai petani dan karakteristik responden dari tingkat pendidikan, sepertiga responden berpendidikan SLTA (38.4%) dan SD (21.4%), dimana responden pada kelompok yang sekolah lebih terpapar dengan lingkungan, ditambah dengan kultur masyarakat yang mudah tergiur untuk mencoba hal-hal baru dalam pola makanan, dan gaya hidup yang kurang sehat.

Sumber daya dalam penelitian ini dilihat dari keikutsertaan responden sebagai peserta asuransi atau tidak. Dari hasil *univariat*, lebih dari setengah (62.5%) responden memiliki asuransi Askes/Jamkesmas, dan analisis lebih lanjut pada *bivariat* didapatkan hubungan antara ketersediaan sumber daya asuransi

dengan derajat hipertensi ( $p$  value = 0.0005) dengan nilai  $OR$  17.33 (95%  $CI$ ; 5.794-51.856).

Hipertensi merupakan penyakit kronik dalam masyarakat. Adanya dukungan sumber daya dalam hal ini keikutsertaan responden dalam asuransi Askes/Jamkesmas merupakan hal yang penting dalam mempertahankan status kesehatan yang optimal dalam perawatan kesehatan preventif yang dapat memberikan perlindungan dan jaminan terhadap kesehatan responden. Hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler yang menyebabkan tingginya biaya pengobatan bagi pasien. Sebuah penelitian *kohort* studi yang dilakukan oleh Takamura, et al. (2005) di Jepang menunjukkan hasil bahwa terdapat korelasi yang positif antara derajat hipertensi dengan biaya kesehatan individu khususnya pada laki-laki. Hal ini berhubungan dengan penggunaan asuransi kesehatan yang semakin meningkat.

Hal ini sejalan dengan penelitian Akyol, et al. (2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan hipertensi yang memiliki sumber daya asuransi memiliki lebih sedikit masalah kesehatan dan lebih rutin melakukan kontrol, perawatan dan pengobatan dimana kondisi ini memberikan kontribusi yang penting dalam pemeliharaan kesehatan dan pencegahan komplikasi. Demikian juga dengan penelitian Callaghan, (2005), hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya asuransi kesehatan meningkatkan kemampuan dalam melakukan perawatan diri. Peneliti melihat bahwa penggunaan asuransi pada responden yang berkunjung di poli penyakit dalam RSUD Bima masih terbatas pada asuransi kesehatan yang disediakan pemerintah untuk PNS dan Jamkesmas untuk kelompok masyarakat yang tidak mampu. Belum

ada responden yang ikut serta pada asuransi yang diselenggarakan oleh pihak swasta atau lembaga lain. Hal ini dapat disebabkan karena responden yang berkunjung sebagian besar adalah PNS/Pensiunan PNS dan petani, dari kelompok swasta hanya 7.1% dan pedagang 6.3%.

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan diantara variabel; umur, pendidikan, pekerjaan, merokok, alkohol, dan sumber daya dengan derajat hipertensi. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa variabel yang masuk ke pemodelan akhir adalah pendidikan, pekerjaan, merokok dan sumber daya. Dari keempat variabel tersebut, variabel yang paling dominan berhubungan dengan derajat hipertensi adalah pekerjaan ( $p$  value = 0.001,  $OR$  = 21.501), artinya pasien hipertensi yang bekerja berisiko untuk mengalami hipertensi derajat 2 sebesar 21 kali lebih tinggi dibandingkan dengan hipertensi derajat 1 setelah dikontrol variabel pendidikan, merokok dan sumber daya. Jika dilihat dari karakteristik responden pada penelitian ini dalam persentase yang sama besar hampir setengahnya adalah pada kategori responden yang tidak bekerja (34.8%) dan sebagai petani (34.8%) . Pada kelompok yang tidak bekerja sebagian besar adalah perempuan, ibu rumah tangga dan pensiunan PNS, dan pada kelompok responden yang pekerjaannya sebagai petani dapat disebabkan oleh karena beratnya risiko pekerjaan sebagai petani dengan hasil usaha yang tidak bisa diprediksi merupakan stresor tersendiri karena pertanian di daerah Kabupaten Bima sangat ditentukan oleh faktor cuaca dan faktor pendukung lain seperti ketersediaan modal usaha karena tingginya ongkos produksi dibandingkan dengan hasil panen yang belum pasti. Kondisi yang banyak ditemukan di kabupaten bima khususnya di wilayah

pedesaan adalah banyaknya laki-laki dan wanita muda yang tidak bekerja dimana hal ini meningkatkan beban tanggungan keluarga, dan hambatan budaya yang memandang PNS sebagai pekerjaan prestisius sehingga bekerja pada bidang lainnya khususnya sebagai petani bukan sesuatu yang membanggakan individu (Pemb. Bima, 2007).

### **Keterbatasan Penelitian**

Instrumen gaya hidup yang dipakai dalam penelitian ini belum mengakomodasi subvariabel-subvariabel gaya hidup yang menjadi faktor risiko hipertensi secara spesifik, seperti skala stres pada responden, pola nutrisi terkait konsumsi makanan tinggi natrium yang menjadi faktor risiko hipertensi, berat badan dan aktifitas fisik. Instrumen *self-care* yang digunakan adalah instrumen modifikasi dengan 15 item pertanyaan yang mewakili 5 sub variabel dalam *self-care* dengan komposisi masing-masing sub variabel 3 pernyataan, hal ini belum menggali *self-care* responden secara mendalam sehingga hasil penilaian *self-care* masih belum spesifik menggambarkan ada/tidaknya hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi. Hasil penelitian ini belum bisa digeneralisasikan pada populasi yang lebih besar karena dilakukan masih terbatas pada responden di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima, masih perlu dilakukan penelitian lanjutan pada beberapa tempat penelitian yang berbeda.

### **Implikasi Penelitian**

Hipertensi dapat terjadi karena ketidakmampuan individu dalam mengontrol/mengendalikan faktor risiko terutama faktor risiko yang dapat diubah, dari hasil penelitian ini akan membantu perawat mengenal faktor risiko hipertensi, faktor demografi atau lingkungan yang mempengaruhi perilaku kesehatan dan yang berhubungan dengan faktor risiko penyakit hipertensi sehingga perawat dapat merencanakan dan

memberikan asuhan keperawatan yang sesuai kebutuhan individu dan meningkatkan peran perawat sebagai *Educator*/pendidik, perawat meningkatkan peran dan kemampuan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana modifikasi gaya hidup yang dapat dilakukan pasien untuk manajemen faktor risiko hipertensi (berhenti atau jangan memulai kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan memulai gaya hidup sehat, nutrisi yang sesuai pad pasien hipertensi). Konselor, perawat menyediakan waktu untuk pasien berkonsultasi, menyampaikan pertanyaan dan berdiskusi sehingga perawat dapat memberikan advokasi yang tepat, bagaimana membantu pasien hipertensi dalam menghindari/mengendalikan faktor risiko yang dapat diubah, misalnya kapan waktu yang tepat untuk melakukan pengukuran tekanan darah, meminum obat anti hipertensi, olah raga yang tepat sesuai dengan durasi dan frekuensi yang dianjurkan dan sesuai kondisi pasien, pentingnya menghentikan kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok, serta bagaimana mengontrol asupan nutrisi yang sehat. Pasien hipertensi di RSUD Bima perlu memiliki satu kelompok khusus sebagai wadah yang menaungi berbagai program peningkatan *self-care* dan manajemen mandiri pasien dengan hipertensi.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan perlunya meningkatkan pengetahuan teori-teori keperawatan dan bagaimana aplikasi dalam kasus sehingga perawat khususnya peserta didik memiliki dasar keilmuan keparawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan meningkatkan peran serta peserta didik dalam pemberian pendidikan kesehatan dan pembuatan media-media yang mudah dipahami.

Sebagai acuan perawat dalam melakukan penelitian lanjutan tentang faktor risiko

hipertensi yang dihubungkan dengan perilaku yang paling dominan dan faktor sosial-budaya yang dapat meningkatkan kejadian hipertensi. Memberikan gambaran penelitian terkait teori keperawatan khususnya dengan pendekatan *self-care* Orem. Memberikan bukti peran serta dan kemampuan perawat dalam melakukan penelitian bukan hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan.

### **Simpulan dan Saran**

Karakteristik pasien hipertensi di RSUD Bima dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan, pada kelompok usia 35-55 tahun (dewasa pertengahan), tingkat pendidikan SLTA, dengan pekerjaan sebagai petani dan tidak bekerja.

Responden dengan *Self-care agency* kurang baik terjadi pada kurang dari setengah responden dan sebagian besar diantara responden tersebut mengalami hipertensi derajat 2, dan pada analisis sub variabel terkait aplikasi *self-care* menunjukkan sebagian besar responden dikategorikan kurang baik, walaupun pada hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara *self-care* dengan derajat hipertensi.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berada pada derajat hipertensi derajat 2 dengan nilai rata-rata TDS 166.82 mmHg dan nilai rata-rata TDD 100.11 mmHg.

Faktor *basic conditioning internal* yang berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah usia dan merokok.

Faktor *basic conditioning eksternal* yang berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah pendidikan, pekerjaan dan sumber daya.

Faktor yang paling dominan berhubungan dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi primer di poliklinik penyakit dalam RSUD Bima adalah pekerjaan, setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, merokok dan sumber daya.

### **Saran**

Pasien hipertensi di RSUD Bima perlu memiliki satu kelompok khusus sebagai wadah yang menaungi berbagai program peningkatan *self-care* dan manajemen mandiri pasien dengan hipertensi dan mengadakan berbagai program pendidikan kesehatan dan menyediakan tenaga konsultan gizi, latihan fisik dan lainnya yang mendukung program modifikasi gaya hidup sehat sebagai upaya menurunkan/mengontrol faktor risiko hipertensi. Perawat lebih mengenal faktor resiko hipertensi dan pemahaman terhadap pentingnya peran perawat dalam usaha pencegahan hipertensi dan meningkatkan kontrol tekanan darah sehingga perawat dapat mendorong dan meningkatkan upaya modifikasi gaya hidup dan pencegahan komplikasi kardiovaskuler yang dilakukan oleh pasien. Meningkatkan peran perawat dalam pendidikan kesehatan terkait faktor resiko hipertensi sehingga dapat menjadi prosedur tetap yang disampaikan pada pasien yang memiliki tekanan darah diatas normal atau pada kelompok yang berisiko. Perawat perlu meningkatkan pengetahuannya terkait teori keperawatan yang aplikatif khususnya teori keperawatan *self-care defisit* dari Orem sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dasar keilmuan keperawatan.

Diseminasi hasil penelitian kepada para perawat di RSUD Bima, yang langsung memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama pada perawat yang memiliki jabatan struktural atau sebagai pembuat kebijakan sehingga dapat memberikan masukan, arahan dan perubahan yang lebih baik dalam memberikan layanan

keperawatan dan mendorong perlu adanya kelompok hipertensi yang memiliki kegiatan-kegiatan yang akan meningkatkan kemampuan *self-care* dan manajemen mandiri pasien hipertensi.

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melaksanakan penelitian selanjutnya untuk mengidentifikasi faktor lain (*Basic conditioning factors*) yang berhubungan dengan kemampuan *self-care* pasien dengan hipertensi, mengidentifikasi faktor sosial-ekonomi dan budaya yang berhubungan dengan variabel pekerjaan, sehingga dapat lebih menjelaskan fenomena bagaimana hubungan pekerjaan responden dalam hubungannya dengan derajat hipertensi, dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan kemampuan *self-care* pasien. Menganalisis lebih lanjut terkait pola makan, konsumsi garam dan gaya hidup secara lebih spesifik yang berhubungan dengan derajat hipertensi.

Perlunya memberikan pemahaman dan aplikasi langsung bagaimana memberikan asuhan keperawatan yang profesional dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan baik dalam konteks asuhan keperawatan maupun dalam konsep dan pola pikir pada perawat terlebih pada tataran pendidikan keperawatan dengan memasukkan dalam kurikulum mata kuliah sains keperawatan pada semua tahapan pendidikan keperawatan.

### **Daftar Pustaka**

- Adi,S., Chasani,S., Hadisaputro,S., & Sugiharto, A. (2006). *Faktor-Faktor Risiko Hipertensi Grade II pada Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Karanganyar)*. Semarang : Magister Epidemiologi Program Pasca

- Sarjana. <http://www.google.co.id> diunduh tanggal 18 April 2011
- <http://www.americanheart.org/> Diakses tanggal 10 Desember 2010
- Addo, J., Smeeth, L., & Leon, D. A. (2009). Socioeconomic Position and Hypertension: a Study of Urban Civil Servants in Ghana. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:646-650 doi:10.1136/jech.2008.081828  
<http://jech.bmj.com/content/63/8/646>  
diunduh tanggal 15 juni 2011
- Angglenton, P., & Chalmers, H. (1986). *Nursing Models and Nursing Process*. New york: Macmillan.
- Akyol, D. A., Cetinkaya, Y., Bakan, G., Yarah, S., & Akkus, S. (2007). *Self-Care Agency and Factors Related to this Agency Among Patients with Hypertension*. <http://proquest.umi.com/pqdweb> diakses tanggal 12 November 2010
- American Heart Association. (2008). *Hypertension*. <http://hyper.ahajournals.org/cgi> diakses tanggal 12 November 2010.
- Armilawaty, Amalia, H., & Amiruddin, R. (2007). *Hipertensi dan Faktor Risikonya Dalam Kajian Epidemiologi*. Bagian Epidemiologi FKM UNHAS. <http://www.google.co.id> diakses tanggal 18 Januari 2011
- Anwar, T. B. (2004). *Penyakit Jantung Koroner dan Hipertensi*. Universitas Sumatera Utara. e-USURpository. <http://www.google.co.id/> diakses tanggal 18 January 2011
- Babor, T.F., Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorder Identification Test : Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. World Health Organization. [www.health.org](http://www.health.org) diakses tanggal 10 maret 2011
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. (2008). *Hasil Riset Kesehatan Dasat (Riskerdas) NTB tahun 2007*. <http://www.scribd.com/doc/8919732/Laporan-Hasil-Riskerdas-NTB-2007>. Diakses tanggal 10 Desember 2010
- Black, M.J., & Hawks, H.J., (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. Edition 8. Volume 2. Singapore: Elsevier.
- Brookes, D.G. (2004). *The Update WHO/ISH Hypertension Guideline*. Brazil: J Hypertensi, 2004; 151-183.
- Bustan, M.N. (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta
- Callaghan, D.M. (2003). Health Promotion Self Care Behavior, Self Care Efficacy, and Self Care Agency. *Nursing Science Quarterly*, 16, 247-254. <http://proquest.umi.com/pqdweb> diakses tanggal 25 November 2010
- \_\_\_\_\_ (2005). Healthy Behaviors, Self-Effikasi, Self-Care, and Basic Contioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. <http://proquest.umi.com/pqdweb> diakses tanggal 25 November 2010
- Canadian Hypertension Education Program. (2007). 2007 Hypertension Education Program (CHEP) Recommendations: Management of Hypertension by Nurses. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 17 november 2010.
- Canady, L.M. (2007). *Role of the Advanced Practice Nurse*. [Hhttp://prism.troy.edu/icanady/MicrosoftWord-NSG660T2Lisa](http://prism.troy.edu/icanady/MicrosoftWord-NSG660T2Lisa), diakses tanggal 26 Februari 2011
- Dahlan, M.S. (2008a). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan, Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat*. Seri Evidence Based Medicine (seri 1). Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika
- \_\_\_\_\_ (2008b). *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Seri Evidence Based Medicine (seri 2). Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika
- \_\_\_\_\_ (2008c). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Seri Evidence Based Medicine (seri 3). Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika
- Dennis, C.M. (1997). *Self Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Denyes, M., Orem, D., & Sozwiss, G. (2001). Self-Care: a Foundational Science. *Nursing Science Quarterly* 14, 45-54. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 17 november 2010.

- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Data Pasien Hipertensi di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/pres-release/263-hindari-hipertensi> diakses tanggal 23 Desember 2010
- \_\_\_\_\_. (2007). *Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan*. [www.litbang.depkes.go.id/riskedas/.../Pedoman Pengukuran.pdf](http://www.litbang.depkes.go.id/riskedas/.../Pedoman Pengukuran.pdf) diakses tanggal 04 mei 2011
- \_\_\_\_\_. (2003). *Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular*. <http://www.depkes.go.id> diakses tanggal 13 february 2011
- Duong, D.A., Bohannon, A.S., & Ross, M.C. (2006). A Descriptive Study of Hypertension in Vietnamese Americans. *Journal of Community Health Nursing*, 2001,18 (1), 1-11. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 17 mei 2010
- Erceg, M., Milanovic, S.M., & Uhernik, A.I. (2008). Association of BMI and Nutritional Habits with Hypertension in the Adult Population of Croatia. *Public Health Nutrition*: 12 (1), 97-104. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 10 juni 2010
- Ewen, M.M., & Wills, E.M. (2007). *Theoretical Basis for Nursing* ( 2<sup>th</sup> ed., p14). Lippincott Williams & Wilkins
- Fitzpatrick, J.J., & Whall, A.L., (1993). *Conceptual Model of Nursing; Analisis and Application*. California : Appleton & Lange
- Felder, E., (2004). Self-Care Agency and Blood Pressure Control. *Jurnal Hypertension*, 2004 Apr;4(2): 124-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Frazier, L. (2000). Factors Influencing Blood pressure: Development of risk Model. *Journal Cardiovascular Nursing* 2000; 15(1): 62-79. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 10 juni 2010
- George, J.B., (1995). *Nursing Theories The Base for Profesional Nursing Practice*. fourth edition, Applenton & Lange norwalk, Connecticut.
- Hastono, S.P., (2008). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Henderson, S. (2004). Advanced Practice: The Role of Clinical Nurse Specialist in Medicak-Surgical Nursing. *MEDSURG Nursing*, 13 (1), 34-41. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/> diakses tanggal 22 Maret 2011
- Holland, N., Segraves, D., Nnadi, V.O., Belletti, D.A., Wogen, J., & Arcona, S. (2008). Identifying barriers to Hypertension Care: Implication for Qquality improvement initiatives. *Disease Management, Volume 11, Number 2, 2009*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/> diakses tanggal 23 mei 2011
- Ignatavicius, D.D., Workman, L.M., (2010). *Medical Surgical Nursing; Patient Centered Collaborative Care*. Vol 1. ed 6. st. Louis: Elsevier
- Jones, R.P., Ricard, R., Sefcik, E., & Miller, M.E. (2001). The Health Risk of Hypertension in South Texas: A Demographic Profile. *Holistic Nursing Practice* 2001;15 (4): 35-44. Aspen Publishers,inc. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 10 juni 2011.
- LaSala, D. (2007). The Role of the Clinical Nurse Specialist in Promoting Evidence-Based Practice and Effecting Positive Patient Outcomes. *The Journal of Continuing in Nursing*, 38(6). <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/> diakses tanggal 23 Desember 2010
- Lemone, P., & Burke,K., (2008), *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. Fourth Edition. New jersey ; Pearson education.
- Lewis, P. (2007). *Medical-Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems*. Seventh Edition. Mosby Elsevier.
- Lince, E.J. (1997). *The relationship between self-care agency, self-efficacy, and medication management behaviors in chronically ill elderly homebound individuals*. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 17 november 2010.
- Luders, S., & Hammersen, F. (2006). Stress-Associated Hypertension in the Work Place. *Deutsche Med Wochenschr*.2006 Nov 17;131(46):2580-5

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>  
diakses tanggal 23 Mei 2011
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-Care Agency and Factors Related to this Agency Among Patients with Coronary Heart Disease . *International Journal of Nursing Studies*. Volume 34, Issue 4, August 1997, Pages 295-304 . Department of Nursing, Faculty of Medicine, University of Oulu, Kajaanintie 46E, SF-90220. <http://web.ebscohost.com/nrc> diunduh tanggal 20 november 2010
- Mosca, L., Carole, M.G., & Rubenfire, M. (1998). Gender Differences in Barriers to Lifestyle Change for cardiovascular Disease Prevention. *Journal of Women's Health*. Volume 7, Number 6, 1998. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/> diakses tanggal 02 Juni 2011
- Nakamura, K., Okamura, T., & Kanda, H. (2005). Impact of Hypertension on Medical Economics: A 10-Year Follow-Up Study of National Health Insurance in Shiga, Japan. *Hypertension Research: Official Journal of the Japanese Society of Hypertension*. 2005 Nov;28(11):859-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> diakses tanggal 15 juni 2011
- National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute. (2004). *Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; JNC 7 GUIDELINE*. <http://www.google.co.id/> diakses tanggal 23 Desember 2010
- \_\_\_\_\_. (2011). *How Is High Blood Pressure Diagnosed?* [http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/HBP/HBP\\_Diagnosis.html](http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/HBP/HBP_Diagnosis.html) diakses tanggal 03 Mei 2011
- Nahcivan, N. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self care agency scale. *Western journal of nursing Research* 26, 813-824. <http://web.ebscohost.com/nrc/> diakses tanggal 17 november 2010.
- Notoatmodjo, S., (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nuryati, S. (2009). *Gaya Hidup dan Status Gizi serta Hubungannya dengan Hipertensi dan Diabetes Melitus pada Pria dan Wanita Dewasa di DKI Jakarta*. Tesis, Universitas Pertanian Bogor. <http://www.google.co.id/search> diakses 14 April 2011.
- Odili, V.U., Oghagbon, E.K., Ugwa, N.A., & Ochei, U.M. (2008). Adherence to International Guidelines in the Management of Hypertension in a Tertiary Hospital in Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, June 2008; 7(2): 945-952. <http://www.tjpr.org> diunduh tanggal 15 juni 2011
- Omron. (2010). *Clinical validation overview of OMRON Blood Pressure Monitors* [http://www.omron-healthcare.com/en/medical\\_quality/clinical\\_validation/](http://www.omron-healthcare.com/en/medical_quality/clinical_validation/) diakses 4 april 2011
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby. Nursing Reference Center. <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses 12 Januari 2011
- \_\_\_\_\_. (2007) *Dorothea Orem Nursing Theory*. Diakses dari <http://faculty.ucc.edu/nursing-gervase/Orem> diakses 12 Januari 2011
- Pandit, A.U. (2009). Education, Literacy, and Health: Mediating Effects on Hypertension Knowledge and Control. *Patient Education and Counseling Volume 75, issue 3, June 2009, pages 381-385*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/> diakses tanggal 8 juni 2011
- Pemerintah Kabupaten Bima. (2007). *Data Demografi Dan Ketenakerjaan*. <http://www.bimakab.go.id/index.php?> diakses tanggal 4 juli 2011
- Peters, R.M., & Templin, T.N. (2010). Theory of Planned behavior, Self-care motivation, and blood pressure self-care. Research and theory for nursing practice: *An international Journal*, Vol.24, No.3. 2010. <http://web.ebscohost.com/nrc/> diakses tanggal 17 november 2010
- Pinto, S., & Caple, C. (2005). Evidence-Based Care Sheet: *Hypertension*. Cinahl Information Systems

- <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 6 februari 2011
- Potter, P. A., & Perry, A.G. (2009). *Basic Nursing; Essentials for Practice*. Mosby : Elseiver
- \_\_\_\_\_. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Nursing Best Practice Guideline : Nursing Management of Hypertension*. Heart and stroke foundation of Ontario. [www.heartandstroke.ca](http://www.heartandstroke.ca) diakses tanggal 20 Desember 2010.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Integrating Smoking Cessation Into Dayly Nursing Practice*. [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices) diakses tanggal 15 Februari 2011.
- Saryawati,R. (2008). *Faktor Resiko kejadian Hipertensi Pada Pekerja Industri Tekstil*. Tesis. Magister kesehatan lingkungan program Pasca Sarjana Universitas diponegoro Semarang.
- Schub,T. (2010). *Hypertension and Cardiovascular Disease*. Cinahl Information Systems <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 02 Desember 2010
- Smeltzer, S. C., & Bare, G. (2008). *Brunner & Suddarth's; Keperawatan Medical Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC
- Sigarlaki, H.J. (2006). Karakteristik dan Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi di Desa Bacor-Kebumen-Jawa Tengah. *Makara, kesehatan, Volume 10, No 2, Desember 2006*. . <http://www.google.co.id/> diakses 12 Januari 2011
- Sja'bani, M. (2008).*Penatalaksanaan Hipertensi Terkini*.<http://www.google.co.id/> diakses tanggal 5 Januari 2011
- Sostroasmoro, S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : Sagung Seto.
- Sudoyo, A. W. (2006). *Buku Ajar ilmu Penyakit Dalam*.Ed. 4, Jilid 1. Jakarta : Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2006). *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Tomey, A. M. & Alligod, M. R. (2006). *Nursing Theories and Their Works*. Sixt Ed. St.Louis; Mosby Elsevier
- Taber's., V. D. (2005). *Conceptual Models and Theories of Nursing : Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. 20th ed, January 1, 2005 <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 12 januari 2011
- Taylor, D. (2001). *A Theory of dependent-care: a Corollary theory to orem's theory of self-care*. Nursing science quarterly 14, 39-47
- World Health Organization. (2004). *WHO Guideline ; Hypertension*. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/) diakses tanggal 11 Januari 2011