



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KEPATUHAN LANSIA DALAM PERAWATAN HIPERTENSI
DI WILAYAH PUSKESMAS SRONDOL
KOTA SEMARANG**

TESIS

S U H A D I

0906594803

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK,
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KEPATUHAN LANSIA DALAM PERAWATAN HIPERTENSI
PADA DI WILAYAH PUSKESMAS SRONDOL
KOTA SEMARANG**

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

TESIS

**S U H A D I
0906594803**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK,
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Suhadi
NPM : 0906594803
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Komunitas

Dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan n sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2011



Suhadi

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Suhadi
NPM : 0906594803
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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

Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, Kota Semarang

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 15 Juli 2011
Yang menyatakan



Suhadi

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini telah diajukan oleh :

Nama : Suhadi

NPM : 0906594803

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, Kota Semarang 2011

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

DEWAN PENGUJI

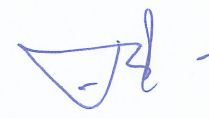
Pembimbing

Wiwin Wiarsih, MN

()

Pembimbing

Ns. Widyatuti, M.Kes., Sp.Kom.

()

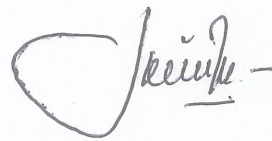
Penguji

Sigit Mulyono, S.Kp., MN

()

Penguji

Ns. Putu Ariani, M.Kep., Sp.Kom.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, Kota Semarang”. Tesis ini merupakan prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, peneliti dalam kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Wiwin Wiarsih, MN., selaku pembimbing I yang banyak memberikan bimbingan dan arahan baik materi dan motivasi selama penyusunan ini.
4. Ns. Widyatuti, M.Kes., Sp.Kom. selaku pembimbing II yang banyak memberikan bimbingan dan arahan teknis selama penyusunan tesis ini.
5. Teman-teman seperjuangan program Magister Keperawatan Peminatan Komunitas angkatan 2009 yang selalu kompak dan memberikan dorongan selama ini.
6. dr. Suzana Dewi Ratih, M.Kes, Kepala Puskesmas Srandol Semarang, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya,
7. drg. Arimbi, Kepala Puskesmas Padangsari yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan uji coba kuisioner dalam penelitian ini.

8. Perawat Puskesmas Sronдол dan perawat Padangsari yang telah banyak membantu peneliti dalam pengambilan data dari responden.
9. Istri tercinta Rita Dewi S. yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil dan anakku Chatarina tersayang yang menjadikan *Big Silent Support* bagi peneliti.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan dan bantuan moral selama penyusunan proposal ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih kurang dari kesempurnaan. Untuk itu peneliti mengharapkan masukan berupa saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaannya. Harapan peneliti tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2011

Peneliti

Nam : Suhadi

Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas

Judul: Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, Kota Semarang 2011
XV+176hal+ 5 Skema + 20 tabel +11 lampiran

ABSTRAK

Tujuan penelitian adalah menggambarkan pengaruh faktor karakteristik lansia, persepsi tentang ancaman keseriusan penyakit dan petunjuk untuk bertindak dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Semarang. Desain penelitian adalah *descriptive correlational* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel 86 lansia. Analisis data dengan uji *Chi-Square* ($\alpha < 0,05$). Hasil penelitian adalah ada pengaruh antara umur, status tinggal, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dan dukungan lingkungan. Pengetahuan merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan lansia. Faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi adalah biaya pengobatan. Perawat komunitas diharapkan untuk melibatkan lansia dan keluarga di rumah, supaya dapat melakukan perawatan secara mandiri.

Kata Kunci :

Kepatuhan, lansia, perawatan hipertensi.

Daftar pustaka, 97 (1996 – 2011)

Name :Suhadi

Studi Program :Master Science Nursing Program Community Nursing
Specialisation

Titel : Analysis of the factors that influence adherence in the treatment of hypertension in elderly health center area Srandol, Semarang 2011

XV +176 p. + 5 + 20 tables +5 Schemes + 11 attachments

ABSTRACT

The research objective is to describe the influence of factors characteristic of the elderly, perceptions about the seriousness of the threat of disease and guide to action in the treatment of hypertension in the region Srandol Semarang Health Center. The study design was descriptive correlation cross-sectional approach. Sample was 86 of elderly. The data analysis by Chi-Square test ($\alpha < 0.05$). The results were no effects of age, residency status, medical expenses, knowledge of hypertension, physiological effects, and environmental support. Knowledge was the factor most related to adherence elderly. The most determinant factor was the compliance in the treatment of hypertension was the cost of treatment. Community nurses are expected to involve elderly and families at home, in order to perform maintenance on their own.

Keyword:

Adherence, elderly, treatment of hypertension

Bibliography, 97 (1996 - 2011)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iii
ABSTRAK	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian	16
1.3 Tujuan Penelitian	17
1.4 Manfaat Penelitian	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Batasan Lansia.....	20
2.2 Lansia Sebagai Populasi <i>At Risk</i>	21
2.2 Lansia dengan Hipertensi Sebagai Populasi <i>Vulnerable</i>	24
2.4 Hipertensi.....	24
2.5 Perubahan Kardiovaskuler Dalam Proses Menua.....	26
2.6 Hipertensi pada Lansia.....	28

2.7 Penatalaksanaan hipertensi pada lansia.....	28
2.8 Konsep Kepatuhan	31
2.9 Konsep <i>Health Belief Model</i>	34
2.10 Aplikasi Konsep <i>Health Belief Model</i> menurut Glanz (2002)	38
2.10.1 Faktor persepsi kerentanan penyakit hipertensi.....	40
2.10.2 Faktor pemodifikasi kepatuhan dalam perawatan Hipertensi.....	43
2.10.3 Faktor ancaman keseriusan penyakit hipertensi pada lansia.....	49
2.10.4 Faktor petunjuk alternatif bertindak pada lansia hipertensi.....	53
2.10.5 Faktor persepsi manfaat alternatif bertindak dan hambatan bertindak dalam perawatan hipertensi.....	58
2.10.6 Faktor perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi.....	62
 BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	69
3.2 Hipotesis Penelitian	71
3.3 Variabel dan Definisi Operasional	72
 BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	77
4.2 Populasi dan Sampel	77
4.3 Tempat Penelitian	84
4.4 Waktu Penelitian	84
4.5 Etika Penelitian	84
4.6 Alat Pengumpul Data	87
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas	94
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	97
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	98

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat.....	102
5.2 Analisis Bivariat.....	106
5.3 Analisis Multivariat.....	115
5.3.1 Seleksi variabel bivariat untuk kandidat multivariat.....	115
5.3.2 Pemodelan awal multivariat.....	117
5.3.3 Uji interaksi.....	119
5.3.4 Pemodelan akhir multivariat.....	120

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Interpretasi hasil penelitian.....	125
6.1.1 Karakteristik lansia dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.....	126
6.1.2 Persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi.....	146
6.1.3 Hubungan faktor petunjuk perilaku bertindak dan kepatuhan dalam perawatan.....	153
6.1.4 Hasil analisis faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi.....	162
6.2 Keterbatasan penelitian.....	163
6.3 Implikasi terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian.....	164

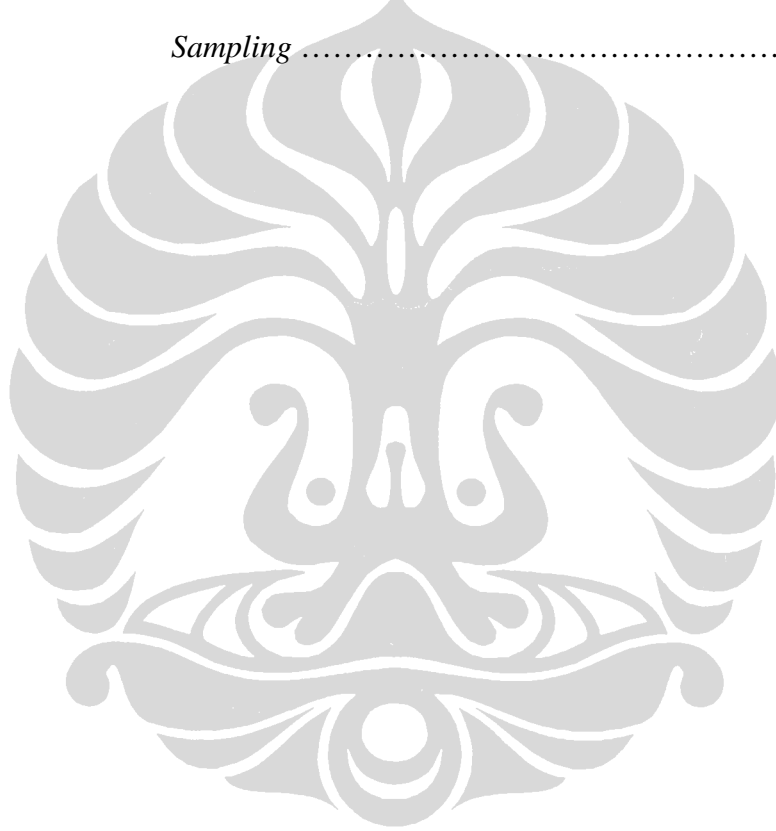
BAB VII HASIL PENELITIAN

7.1 Simpulan	168
7.2 Saran	173

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Bagan putaran kepatuhan Klein et al (2006).....	31
Skema 2.2	Bagan Konsep model HBM menurut Rosentock (1992)	35
Skema 2.3	Bagan Komponen dan Hubungan HBM pada lansia hipertensi menurut Glanz (2002).....	39
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	73
Skema 4.1	Langkah-langkah penentuan <i>Proporsional Random Sampling</i>	80



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi tekanan darah.....	25
Tabel 2.2	Indeks Masa Tubuh (IMT)	46
Tabel 2.3	Modifikasi gaya hidup untuk mengontrol tekanan darah.....	61
Tabel 3.1	Variabel dan definisi operasional.....	71
Tabel 4.1	Proporsional sampling masing-masing kelurahan	81
Tabel 4.2	Hasil uji Validitas – Rellisabilitas kuisisioner.....	93
Tabel 4.3	Analisis bivariat.....	97
Tabel 4.4	Persentase karakteristik lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011	100
Tabel 5.1	Persentase persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi pada lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni	103
Tabel 5.2	Persentase petunjuk alternatif pada lansia menderita hipertensi pada lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	104
Tabel 5.3	Persentase kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	105
Tabel 5.4	Hubungan karakteristik lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	106
Tabel 5.5	Hubungan keseriusan ancaman penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	106
Tabel 5.6	Hasil seleksi analisis bivariat variabel - variabel kandidat multivariat dengan kepatuhan dalam perawatan Hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011	113
Tabel 5.7	Pemodelan awal analisis tahap pertama variabel kandidat multivariat dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 011.....	116
Tabel 5.8	Resume hasil kandidat uji regresi logistik p value $>0,05$ dikeluarkan secara bertahap dari model analisis multivariat dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni	

	2011.....	117
Tabel 5.9	Hasil uji reggresi ganda tahap kesepuluh antara variabel kandidat dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	117
Tabel 5.10	Hasil uji interaksi variabel karakteristik lansia yang menderita hipertensi, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi , petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	118
Tabel 5.11	Hasil uji interaksi variabel karakteristik lansia yang menderita hipertensi, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi , petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	119
Tabel 5.12	Hasil uji interaksi variabel karakteristik lansia yang menderita hipertensi, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi, petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang Bulan Juni 2011.....	120

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal kegiatan penyusunan tesis
Lampiran 2	Instrumen pengumpulan data
Lampiran 3	Penjelasan Penelitian
Lampiran 4	Lembar persetujuan responden penelitian
Lampiran 5	Lolos Uji Etik
Lampiran 6	Surat Ijin Penelitian dari FIK UI
Lampiran 7	Surat Ijin Kesbangpolinmas Daerah Jawa Barat
Lampiran 8	Surat Ijin Kesbangpolinmas Propinsi Jawa Tengah
Lampiran 9	Surat Ijin Kesbangpolinmas Kota Semarang
Lampiran 10	Surat Ijin Penelitian dari Dinkes Kota Semarang
Lampiran 11	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

Bab pendahuluan ini akan menggambarkan latar belakang, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Data yang mendukung dalam penelitian ini adalah masih tingginya kejadian hipertensi pada lansia yang berdampak pada status kesehatan, kemandirian lansia dan beban sosial ekonomi keluarga. Perumusan masalah merefleksikan pernyataan mendasar yang akan menjawab tujuan penelitian. Tujuan penelitian untuk memperoleh gambaran faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Hasil dan manfaat yang ingin dicapai dari kegiatan penelitian ini difokuskan pada kegunaan hasil penelitian untuk pengembang kebijakan pelayanan kesehatan, perkembangan ilmu keperawatan komunitas, perawat komunitas dan untuk masyarakat.

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan upaya pembangunan di bidang kesehatan berdampak pada Umur Harapan Hidup (UHH) penduduk yang meningkat. Ditemukan adanya variasi UHH penduduk di berbagai penjuru dunia tahun 2010 antara lain UHH penduduk Makau 82,19 tahun, Jepang 81,25 tahun, Guernsey 80,42 tahun, Australia 80,50 tahun, Swiss dan Swedia 80,51 tahun, Kanada 80,96 tahun, Hongkong 81,59 tahun, Singapura dan San Marino 81,71 tahun dan Andora 83,51 tahun (<http://www.manggasiang.co.cc>). Perbandingan UHH negara Asean (2008) bahwa Indonesia menduduki urutan ketujuh dari 10 negara Asia Tenggara adalah Singapura 81 tahun, Brunei 76 tahun, Malaysia 73 tahun, Vietnam 73 tahun, Filipina 70 tahun, Thailand 70 tahun, Indonesia 67 tahun, Kamboja 62 tahun, Laos, 62 tahun dan Myanmar 54 tahun (Litbang Kompas, Kompas Minggu 15 Mei 2011). Dibandingkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam SKN (2009) menunjukkan bahwa UHH meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007. Perbedaan UHH penduduk mancanegara dengan UHH penduduk

Indonesia menggambarkan tingkat kesejahteraan penduduk Indonesia sepadan dengan penduduk Thailand dan Filipina.

Menurut Suyono (2010) berdasarkan data PBB melalui lembaga kependudukan dunia *United Nation For Population Aging* atau *UNFPA*, pada tahun 2009 jumlah penduduk usia di atas 60 tahun telah mencapai 737 juta orang dan duapertiga dari jumlah tersebut berada di negara-negara berkembang termasuk Indonesia dan tahun 2050 akan mencapai sekitar 2 milyar jiwa (<http://www.haryono.com>). Berdasarkan *U.S Census Bureau, International Data Base* tahun 2009 jumlah penduduk lansia di Amerika sebesar 20.547.554 orang. Penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan 9,77% dari 23.9 juta jiwa jumlah penduduk Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2010; Depsos, 2010). Kedeputan I Bidang Departemen Sosial (2010), menggambarkan terjadi peningkatan jumlah lansia tahun 2020 diprediksi mencapai 28,8 juta orang. Proporsi terhadap penduduk lansia tahun 2010 mencapai 9,77% dan pada tahun 2020 menjadi 11,34% (BPS, 2009). Peningkatan jumlah penduduk lansia dapat ditunjukkan mulai tahun 1980 jumlah penduduk lansia di Indonesia mencapai 7.998.543 orang, tahun 1990 naik menjadi 11.277.557 orang dan tahun 2000 menjadi 14.439.967 orang, kemudian tahun 2006 naik menjadi 19 juta orang dan tahun 2007 meningkat menjadi 18,96 juta orang (<http://www.menko.kesra.go.id>).

Menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, yang dimaksud lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Hal ini sejalan dengan pernyataan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menilai bahwa usia 60 tahun adalah awal usia peralihan menuju ke arah segmen penduduk tua. WHO menggunakan batasan lansia menurut kelompok berikut: usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-59 tahun; lansia (*elderly*) yaitu usia 60-74 tahun; lansia tua (*old*) yaitu 75-90 tahun; dan usia sangat tua (*very old*) yaitu di atas 90 tahun. Berdasarkan dua batasan tersebut yang dimaksud lansia adalah seseorang secara kronologis telah melewati ulang tahun ke 60 atau telah memiliki umur lebih dari 60 tahun.

BPS (2004) menyatakan salah satu *outcome* atau dampak dari pembangunan nasional yang telah dilaksanakan di Indonesia selama ini terutama di bidang kesehatan dan kesejahteraan adalah meningkatnya angka rata-rata usia harapan hidup (UHH) penduduk. Peningkatan UHH penduduk Indonesia dapat digambarkan mulai tahun 1980 mencapai 52,5 tahun, tahun 1990 naik menjadi 59,8 tahun, tahun 2000 menjadi 64,5 tahun, tahun 2006 naik menjadi 66.2 tahun, tahun 2010 meningkat menjadi 67,4 tahun dan prediksi tahun 2020 mencapai 71,1 tahun (Kementrian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, 2010). Prediksi yang hampir sama dari Badan Pusat Statistik (2010) bahwa UHH penduduk Indonesia tahun 2020 akan mencapai 72 tahun bahkan bisa mencapai 80 tahun. BPS–SUSENAS (2007) provinsi dengan UHH yang lebih tinggi juga mempunyai jumlah penduduk lanjut usia yang lebih banyak. UHH Provinsi Jawa Tengah tahun 2008 sebesar 71,1 tahun dan UHH nasional 70,6 tahun, dan ini menunjukkan UHH penduduk Jawa Tengah lebih tinggi dari angka nasional.

BPS (2010) menyebutkan bahwa suatu wilayah disebut berstruktur tua jika persentase lansia lebih dari 7%. Di Indonesia terdapat 11 provinsi yang penduduk lansianya sudah lebih dari 7%, yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Bali, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Barat, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. Provinsi yang mempunyai jumlah penduduk lansia tertinggi yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta 14,04%, Jawa Tengah 11,16%, Jawa Timur 11,14% dan Bali 11,02%(BPS-Susenas, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia termasuk salah satu negara yang memasuki era penduduk berstruktur lansia (*aging structured population*) karena jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas sekitar 7,18% (Kementrian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, 2010).

Hasil Susenas BPS (2008), jumlah penduduk di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2008 sebesar 32.626.390 jiwa, 7,7% adalah penduduk lansia (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2008). Penduduk lansia di atas 65 tahun di Jawa Tengah pada tahun 2009 sebesar 3.638.104 orang dari total jumlah penduduk

sebesar 32.380.687 orang sehingga proporsi lansia tahun 2009 sebesar 11,23% (BPS, 2010). Data BPS (2010) jumlah lansia Propinsi Jawa Tengah sebesar 2.210.962 orang atau 11,16 % dari total penduduk (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2010). Penduduk di wilayah Kota Semarang sampai bulan Desember 2010 sebesar 1.506.524 orang. Jumlah penduduk lansia tahun di kota Semarang tahun 2009 sebesar 165.375 orang, sehingga proporsi penduduk lansianya sebesar 10,97%.

Luas wilayah Kota Semarang sebesar 373.70 km², yang terbagi menjadi 16 kecamatan dan 117 kelurahan. Wilayah Kota Semarang yang paling padat penduduknya berada di wilayah Semarang Selatan sebesar 14.458 jiwa/km² dan salah satunya adalah Kecamatan Banyumanik (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2009). Puskesmas Spondol terletak di Kelurahan Spondol Kulon Kecamatan Banyumanik dan memiliki wilayah kerja yang meliputi tiga kelurahan yaitu Kelurahan Spondol Kulon, Kelurahan Spondol Wetan dan Kelurahan Banyumanik (Profil Kesehatan Kota Semarang (2010). Hasil studi pendahuluan berdasarkan laporan Puskesmas Spondol (2010) bahwa jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Spondol (tiga kelurahan) sebesar 40.258 orang dan yang berusia lebih dari 60 tahun sebesar 2756 orang. Berdasarkan data tersebut, maka proporsi lansia di wilayah Puskesmas Spondol sebesar 6,84% yang berarti setiap 15 penduduk terdapat seorang lansia.

Lansia bukan suatu penyakit, namun bersamaan dengan proses penuaan, insiden penyakit kronik, karena berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh dari luar dan hendaya (*disabilitas*) akan semakin meningkat (Stanhope & Lancaster, 2004). Proses menua (*aging*) adalah proses alami pada manusia yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Usia sebagai faktor yang tidak dapat dihindari dan menyebabkan lansia rentan terhadap masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Menurut Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti (2002), *populations at risk* adalah populasi yang melakukan aktivitas tertentu atau mempunyai karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi untuk mengalami penyakit, cedera atau masalah kesehatan. Lansia sebagai kelompok *at risk* merupakan akumulasi dari usia sebagai faktor yang tidak dapat dihindari dan menyebabkan lansia berisiko terhadap masalah kesehatan. Pender (2007) mengklasifikasikan *risk factors* sesuai dengan kategori kelompok sebagai berikut: genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan kesehatan individu, gaya hidup, dan lingkungan. Faktor risiko yang paling dominan yaitu 1) Faktor usia, 2) faktor perilaku dan 3) faktor lingkungan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Populasi lansia merupakan populasi berisiko mendapatkan masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2000). Lansia paling tidak memiliki penyakit kronis sehingga dapat dikatakan sebagai populasi *vulnerable*. Kelompok rentan (*vulnerable population*) adalah kelompok atau sebagian populasi yang rentan atau *vulnerable* sebagai akibat terpajan risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan dari keseluruhan populasi (Stanhope & Lancaster, 2000; Leight, 2003). Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) menyatakan penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia salah satunya adalah hipertensi juga meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lansia.

Sejalan dengan definisi tersebut maka lansia dengan penyakit hipertensi termasuk dalam kelompok *vulnerable*. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi berisiko mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2000). Populasi *vulnerable* memiliki risiko yang lebih besar terhadap terjadinya kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis dan kesehatan sosial serta memiliki risiko lebih besar terhadap kesakitan dan kematian (Stanhope & Lancaster, 2004; Pender, 2007).

Faktor predisposisi dan dampak dari kerentanan membentuk suatu *cycle of vulnerability*, yang membuat lansia semakin mengalami dampak buruk yang meliputi status sosial ekonomi, usia, kesehatan, dan pengalaman hidup (Stanhope & Lancaster, 2000). Faktor lain menambah buruk kesehatan lansia antara lain lansia dengan status sosial ekonomi yang rendah dan kurang pengalaman dalam perawatan hipertensi, kurang mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan serta kesulitan mendapatkan fasilitas pelayanan yang memadai. Lansia hipertensi sebagai populasi *vulnerable* membutuhkan perhatian khusus dan memerlukan asuhan keperawatan komunitas yang berkelanjutan melalui upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif (Swanson & Nies, 1997; Stanhope & Lancaster, 2000).

Menurut Stanhope dan Lancaster (2000) lansia dengan faktor genetik rentan terhadap penyakit tertentu akan semakin berisiko yang menyertai proses penuaan. Penyakit kardiovaskuler yang paling banyak dijumpai pada lansia adalah penyakit jantung koroner, hipertensi, serta penyakit jantung pulmonik serta merupakan penyebab kematian terbesar pada populasi usia 65 tahun ke atas dengan jumlah kematian lebih banyak di negara berkembang. Data WHO (2000) menunjukkan, di seluruh dunia sebanyak 972 juta atau 26,4% penderita hipertensi dengan perbandingan laki-laki 26,6% dan wanita, 26,1%. Penderita hipertensi tersebut 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Golongan umur 55-64 tahun lebih banyak menderita hipertensi. Hipertensi di Asia diperkirakan sudah mencapai 8-18% pada tahun 1997, hipertensi dijumpai pada 4.400 per 10.000 penduduk (Depkes RI, 2003). Aditama (2010) menjelaskan bahwa sekitar 76% kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis.

Prevalensi hipertensi di seluruh dunia diperkirakan sekitar 15-20% (Depkes RI, 2003). Prevalensi hipertensi di beberapa negara saat ini meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, inaktifitas

fisik dan stress psikososial (Anderson & McFarlane, 2007). Riset Kesehatan dasar atau Riskesdas (2007) yang diselenggarakan oleh kementerian kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan pengukuran tekanan darah, sangat tinggi yaitu 31,7% dari total penduduk dewasa atau satu dari 3 penduduk menderita hipertensi. Prevalensi hipertensi di Indonesia tersebut bila dibandingkan dengan Singapura 27,3%, Thailand 22,7% dan Malaysia 22% (Bambang, 2011).

Menurut Hymovich dan Hagopian (1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) penyakit kronis menjadikan ketidakmampuan dalam jangka waktu lama atau permanen yang mengganggu fungsi fisik, psikologis, atau sosial. Hipertensi akan berdampak pada semua aspek kehidupan lansia, meliputi fisik, psikososial, spiritual, dan ekonomi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Kelompok lansia ini akan mengalami masalah kesehatan khusus yang membutuhkan pelayanan kesehatan tersendiri mulai dari gangguan mobilitas alat gerak sampai pada gangguan jantung (<http://www.menkokesra.go.id>). Hipertensi yang tidak ditangani secara kontinyu, dapat memicu terjadinya stroke, kerusakan pembuluh darah (*arteriosclerosis*), serangan atau gagal jantung, dan gagal ginjal (Anderson & Mc Farlan, 2007).

Sani (2008) menjelaskan seiring bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi lebih besar sehingga prevalensi dikalangan usia lanjut cukup tinggi yaitu sekitar 40% dengan kematian sekitar 50% diatas umur 60 tahun. *Indonesian Society of Hypertension (InaSH)* melaporkan bahwa hipertensi sudah menjadi penyakit *global burden* dan prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari total penduduk dewasa (Soenarto, 2007). Riskesdas (2007) mengidentifikasi prevalensi hipertensi dalam beberapa kategori umur kelompok penduduk usia 55–64 tahun, prevalensi hipertensi berdasar diagnosis hipertensi 17,2%, berdasar diagnosis atau gejala hipertensi 17,9% dan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah 53,7%. Pada kelompok usia 65-74 tahun prevalensi hipertensi berdasar diagnosis hipertensi 22,32%,

berdasar diagnosis atau gejala hipertensi 23,1% dan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah 63,5%. Sedangkan pada kelompok usia lebih dari 75 tahun prevalensi hipertensi berdasar diagnosis hipertensi 23,3%, berdasar diagnosis atau gejala hipertensi 24,2% dan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah 67,3%.

Proses menua menyebabkan hipertensi pada lansia, sebagai akibat pembuluh darah kehilangan elastisitasnya sehingga tahanan vaskuler perifer menjadi meningkat (Lueckenotte, 2000). Penyebab hipertensi adalah adanya faktor-faktor yang secara alami telah ada pada seseorang sebagai faktor risiko tidak terkontrol (mayor) antara lain adalah umur, jenis kelamin dan pada akhirnya berpengaruh terhadap kondisi fisiologis tubuh sebagai faktor minor tidak dapat terkontrol (Fitriana, 2010).

Sejalan dengan pendapat tersebut, Sani (2008) menjelaskan faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi pada lanjut usia meliputi faktor internal maupun faktor eksternal. Usia, jenis kelamin dan keturunan merupakan faktor internal penyebab terjadinya hipertensi yang sulit untuk dikontrol. Faktor jenis kelamin berpengaruh pada terjadinya penyakit hipertensi bahwa laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan wanita dengan rasio sekitar 2,29 mmHg untuk peningkatan darah sistolik (Soenarto, 2007). Faktor eksternal penyebab hipertensi seperti obesitas, konsumsi garam berlebih, kurang olah raga, merokok dan konsumsi alkohol relatif dapat dikontrol (Sani, 2008). Fitriana (2010) menggambarkan bahwa hipertensi ditentukan oleh faktor risiko yang minor yaitu kebiasaan makan dan perilaku atau gaya hidup. Faktor stres emosional juga dapat menstimulasi sistem saraf simpatis, yang menyebabkan konstiksi pembuluh darah dan berakibat tekanan darah meningkat (Sani, 2008).

Menurut Sunarto (2007), masyarakat pada umumnya belum peduli terhadap tekanan darahnya, dan diperkirakan sebesar 76% kejadian hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis. Kondisi ini menyebabkan hipertensi di

masyarakat sebagai pembunuh diam atau *The Silent Killer*, karena hipertensi pada umumnya terjadi tanpa gejala apapun atau asimtomatis. Hal ini berlangsung bertahun-tahun, sampai akhirnya penderita tidak merasa menderita hipertensi jatuh kedalam kondisi komplikasi yang berbahaya karena menderita penyakit gagal jantung, gagal ginjal dan stroke dapat menyebabkan kematian mendadak. Jumlah lansia sebanyak 2.756 orang yang tersebar di tiga kelurahan wilayah kerja Puskesmas Srandol Semarang dan yang menderita hipertensi sebanyak 347 jiwa. Data tersebut menunjukkan bahwa proporsi lansia yang menderita hipertensi sebesar 7,94%, yang berarti setiap 8 lansia terdapat seorang lansia yang menderita hipertensi.

Berdasarkan risekdas (2007, dalam Sunarto, 2007), pada tahun 2000 hipertensi memberikan kontribusi 12,8% dari seluruh kematian dan 4,4% dari semua kecacatan. Hipertensi sebagai penyebab kematian penyakit tidak menular sebesar 12,3% terbesar kedua setelah stroke 26,9% (Soenarto, 2007). Menurut Sekretaris Eksekutif Perhimpunan Hipertensi Indonesia, Bambang (2011, dalam Harian Kompas, Senin, 16 Mei 2011), bahwa saat ini terdapat kecenderungan pola penyakit hipertensi tidak lagi didominasi kelompok lansia, karena penyakit hipertensi banyak terjadi pada kelompok usia produktif di bawah 50 tahun yang terkena hipertensi dan menderita komplikasi stroke sehingga banyak dijumpai kematian mendadak atau disfungsi gerak, bicara dan memori (Bambang, 2011).

Diperlukan upaya untuk tetap mempertahankan status normotensi dengan cara mengenali normalnya tekanan darah dan mengendalikannya dengan mengukur tekanan darah secara rutin, bila mengalami hipertensi dikendalikan dengan melakukan perubahan gaya hidup (Bambang, 2011). Upaya promosi dan prevensi tersebut ditujukan untuk meminimalkan terjadinya komplikasi dan dampak secara fisik, psikososial, spiritual dan sosial ekonomi akibat penyakit hipertensi serta untuk menurunkan angka morbiditas dan disabilitas (Soenarto, 2007). *US Departement Of Health (2000)*, menggambarkan upaya yang bisa dilakukan untuk mengontrol hipertensi pada lansia adalah

penurunan berat badan bagi yang memiliki berat badan berlebih, pengurangan dan menghentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, penurunan penggunaan garam, melakukan pengobatan secara teratur, melakukan latihan fisik sesuai kemampuan, latihan *biofeedback* dan relaksasi serta memperhatikan asupan nutrisi. Stanhope dan Lancaster (2004), menyebutkan bahwa perawat keluarga harus bekerjasama dengan keluarga untuk mencapai keberhasilan dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Kebijakan pemerintah sebagai upaya untuk kesejahteraan sosial bagi lansia termasuk upaya pelayanan kesehatan lansia diatur melalui peraturan perundang-undangan antara lain Undang-undang No. 23/1992 tentang Kesehatan, Undang-undang No. 39/1999 mengatur Hak Azasi Manusia, Undang-undang No. 40/2004 yang mengatur tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang No. UU13/1998 tentang Kesejahteraan Lansia. Berdasarkan undang-undang tersebut lanjut usia berhak mendapatkan pelayanan dari seluruh komponen bangsa, pemerintah dan masyarakat berkewajiban menyelenggarakan pelayanan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial bagi lansia termasuk pelayanan kesehatan. Departemen Sosial Republik Indonesia bertanggung jawab melakukan pengelolaan untuk kesejahteraan lansia, namun dengan berlakunya otonomi daerah pelaksanaannya belum bisa berjalan sesuai harapan. Sumber dana yang dapat digunakan selain dari pemerintah adalah menggunakan dana pensiun yang ada pada Taspen, Asabri, Jamsostek dan Askes (<http://www.menkokesra.go.id>).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2TM) dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular termasuk hipertensi, diabetes militus dan penyakit metabolik, kanker, penyakit kronik dan degeneratif, kecelakaan dan cedera menerbitkan Permenkes Nomer1575/2005 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (Depkes RI, 2005). Menurut

Aditama (2009) telah dilakukan langkah-langkah pengendalian hipertensi yaitu mendistribusikan buku pedoman, juklak dan juknis pengendalian hipertensi; melaksanakan advokasi dan sosialisasi; melaksanakan intensifikasi, akselerasi dan inovasi program sesuai dengan kemajuan teknologi dan kondisi daerah setempat; mengembangkan sumber daya manusia dalam pengendalian hipertensi; memperkuat jejaring kerja pengendalian hipertensi, antara lain dengan dibentuknya kelompok pengendalian hipertensi; memperkuat logistik dan distribusi untuk deteksi dini faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah termasuk hipertensi; meningkatkan surveilans epidemiologi dan sistem informasi pengendalian hipertensi; meningkatkan monitoring dan evaluasi; dan mengembangkan sistem pembiayaan pengendalian hipertensi.

Pemerintah daerah belum sepenuhnya menaruh perhatian yang besar terhadap kesejahteraan lanjut usia. Upaya pembinaan kesehatan lansia, telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan RI (2003), melalui implementasi dalam pasal 14 Undang-undang no 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lansia melalui upaya penyembuhan dan pengembangan lembaga. Pada pasal 19 Undang-undang no.23 tahun 1992 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa pemerintah melaksanakan penyelenggaraan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan lansia agar tetap produktif (Depkes, 2003).

Lansia yang menerima pelayanan kesehatan dari petugas kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2010 sebesar 896.407 orang, dengan cakupan pelayanan lansia 65% dan kelompok lansia yang aktif sebesar 80%. Program kegiatan pelayanan kesehatan untuk lansia yang telah dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Semarang diantaranya adalah senam lansia, jalan sehat, pelatihan kader posyandu lansia, dan pelatihan kader pelayanan kesehatan lansia (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2009). Pembiayaan dan

upaya pelayanan kesehatan lansia di dalam gedung puskesmas masih berorientasi pada upaya kuratif, dan upaya promotif yang dilaksanakan dalam bentuk pendidikan kesehatan (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2009). Idealnya suatu pelayanan kesehatan selalu harus ada dan terjangkau sesuai kebutuhan masyarakat. Laporan Puskesmas Srandol Kota Semarang (2009) bahwa sebanyak 4.280 orang peserta jamkesmas dari penduduk miskin dari total penduduk 5.668 orang dalam 1680 kepala keluarga.

Penyelenggaraan posyandu lansia di Puskesmas Srandol dilakukan setiap bulan dengan kegiatan-kegiatan olah raga “Senam lansia”, penyuluhan kesehatan, rekreasi, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan dan berat badan, dan pengobatan. Kegiatan yang rutin dilakukan dalam posyandu lanjut usia belum bisa mengatasi permasalahan hipertensi pada lanjut usia. Berdasarkan wawancara dengan ketua kelompok kerja (pokja) lanjut usia di Puskesmas Srandol Kota Semarang dalam studi pendahuluan diperoleh penjelasan bahwa kegiatan yang terkait dengan hipertensi diantaranya melakukan pengukuran tekanan darah dan pengobatan serta penyuluhan kesehatan.

Hasil wawancara dengan beberapa lansia yang menderita hipertensi, untuk mengidentifikasi besarnya kejadian hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, diperoleh informasi antara lain: pandangan dan sikap permisif terhadap penyakit hipertensi sebagai masalah umum dan wajar terjadi pada lanjut usia; lanjut usia tidak teratur minum obat; menghentikan pengobatan sendiri karena bosan minum obat; tidak ada keluhan hipertensi yang dirasakan; malas kontrol; merasa sudah sembuh; persepsi hipertensi yang diderita tidak bisa disembuhkan dan alasan masalah ekonomi atau kurang biaya. Alasan sejenis diantaranya adalah lansia suka mengonsumsi makanan yang dibeli di warung sehingga sulit mengontrol asupan diet hipertensi; alasan kesibukan keluarga untuk mengurus lansia atau tidak ada yang mengantarkan berobat atau berkunjung ke posyandu lansia; lansia mengasuh cucu atau bertugas mengantarkan cucu ke sekolah; lansia usia sulit diingatkan untuk berpantang

rendah garam; lansia lupa minum obat serta masih sedikitnya informasi pendidikan kesehatan tentang bahaya hipertensi dan pengelolaan di rumah. Kondisi tersebut menjadi gambaran pelaksanaan pengelolaan hipertensi terutama pada penduduk lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang.

Perawatan didasarkan pada tingkat keparahan hipertensi, yang dihubungkan dengan faktor resiko, kerusakan organ target, serta biaya perawatan dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Christensen, 2006; Smeltzer, 2002). Terapi obat-obatan anti hipertensi bersamaan dengan terapi non farmakologi dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah. Tujuan program pengelolaan hipertensi adalah untuk mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi, serta mempertahankan tekanan darah maksimal 140/90 mmHg (Smeltzer, 2002). Hipertensi dalam jangka lama, bila tidak dilakukan perawatan dengan benar dapat menjadi hipertensi berat yang menimbulkan komplikasi dan kerusakan berbagai organ tubuh seperti jantung, ginjal, pembuluh darah dan mata (Christensen, 2006). Tanda dan gejala pada hipertensi berat yaitu penderita merasakan kepala berdenyut-denyut, menjadi bingung, gangguan penglihatan, epitaksis, dan bahkan koma (Lueckenotte, 2000). Dampak keparahan penyakit dan *disabilitas* akibat komplikasi hipertensi akan berpengaruh terhadap peran keluarga sebagai pengasuh lansia menjadi lebih berat. Peran keluarga menjadi lebih berat bila akibat keterbatasan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga akibat dan besarnya biaya pengobatan yang harus ditanggung oleh lansia maupun keluarganya (<http://www.menkokesra.go.id>).

Healthy People 2010 for Hypertension menganjurkan perlunya pendekatan yang lebih komprehensif dan intensif guna mencapai pengontrolan tekanan darah secara optimal. Sasaran yang diajukan pada *The joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Bloodpressure (JNC VI)* dimana pengendalian tekanan darah (tekanan darah sistolik \leq 140 mmHg dan tekanan darah diastolik \leq 90 mmHg) sangat ketat

untuk penderita lansia. Direkomendasikan penurunan tekanan darah diastolik ≤ 160 mmHg sebagai sasaran intermediet tekanan darah, atau penurunan sebanyak 20 mmHg dari tekanan darah awal.

Lansia dengan tekanan darah sistolik antara 140–160 mmHg, penanganan pertama yang dilakukan adalah memodifikasi gaya hidup, dan terapi obat mulai diberikan bila tekanan darah lebih dari 180 mmHg (Miller, 1999). Dosh (2001) menggambarkan program diet yang mudah diterima adalah yang didisain untuk menurunkan berat badan secara perlahan-lahan pada pasien yang gemuk dan obesitas disertai pembatasan pemasukan natrium dan alkohol. Sarafino (1994) menyebutkan bahwa hipertensi sebagai penyakit kronis, membutuhkan perawatan secara terus menerus dan perubahan gaya hidup yang membuat penderitanya marah dan gagal memenuhinya serta dapat mengganggu penyesuaian individu terhadap masalah-masalah kesehatan kronis. Hartono (2001) menjelaskan setiap orang memiliki harapan tinggi untuk hidup sehat dan kuat sampai tua. Caranya adalah dengan berperilaku hidup sehat seperti makan makanan yang bergizi dan seimbang, minum air putih 1,5–2 liter; olah raga teratur dan sesuai; istirahat, tidur yang cukup; menjaga kebersihan; minum suplemen gizi yang diperlukan; memeriksa kesehatan secara teratur termasuk mengukur tekanan darah. Sejalan dengan itu harus berserah diri kepada Tuhan akan menyebabkan jiwa dan pikiran menjadi tenang (Kiat-kiat Hidup Sehat, <http://www.geocities.com/aguscht/tipdua.html>).

Ketidakpatuhan (*non compliance*) merupakan perilaku yang tidak menyetujui segala instruksi atau anjuran yang diberikan (Stanley, Blair, dan Beare, 2005). Lebih lanjut menggambarkan kepatuhan atau ketidakpatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, dipengaruhi oleh faktor interaksi nilai, pengalaman hidup lansia, dukungan keluarga, kemampuan dari tenaga kesehatan, dan kompleksitas cara atau aturan hidup yang diterapkan lansia. Dampak ketidakpatuhan dalam pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut

usia secara umum adalah berakibat terjadinya peningkatan jumlah lansia yang menderita hipertensi (Stanhope & Lancaster, 2004).

Karakteristik penderita hipertensi tidak patuh minum obat dalam kelompok umur 20-94 tahun dari penelitian yang dilakukan oleh Kabir, Iliyasu, Abubakar & Jibril, 2004) antara lain merasakan efek samping obat sebesar 12,1%; obat yang diperlukan tidak tersedia 8%; tekanan darah saat control ke klinik normal 3,6%; lupa minum obat 3% dan alasan kesibukan pribadi 1,8%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan sangat beragamnya faktor yang berpotensi menimbulkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi. Solusi sebagai upaya untuk mengatasi permasalahan tingginya kejadian hipertensi pada lansia, adalah mengupayakan, meningkatkan, dan mempertahankan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

Perawat komunitas memandang populasi lansia dengan hipertensi sebagai fokus praktek (Ervin, 2002). Beragamnya faktor ketidakpatuhan pengelolaan perawatan hipertensi, maka diperlukan suatu penelitian untuk mengetahui faktor apa saja yang berpengaruh dapat meningkatkan kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lansia. Pengembangan konsep kepatuhan berhubungan dengan interaksi perilaku dengan kepercayaan kesehatan seseorang adalah *Health Belief Model* (HBM). Rosenstock (1966) menjelaskan bahwa HBM dapat digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan yaitu didasarkan pada perilaku individu yang ditentukan oleh motif dan kepercayaan individu. Konsep HBM menjelaskan bahwa perilaku individu bergantung pada nilai, hasil tertentu atau manfaat yang dirasakan dan perkiraan hasil yang diperoleh dari tindakan yang dilakukan (Erackel, *et al*, 1984 dalam Stanley & Beare, 1999). Berdasarkan pemahaman bahwa kepatuhan seseorang berhubungan dengan interaksi perilaku dengan kepercayaan, maka konsep HBM sangat sesuai untuk penelitian ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Lansia dalam proses menua sebagai proses alami menyebabkan penurunan struktur dan fungsi fisiologis organ tubuh termasuk organ kardiovaskuler. Lansia disebut hipertensi bila diukur tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Faktor usia sebagai salah satu faktor predisposisi peningkatan tekanan darah pada lansia dan menempatkan lansia sebagai kelompok *at risk*. Lansia yang menderita hipertensi termasuk dalam kelompok yang rentan (*vulnerable populations*). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan dalam hal minum obat adalah tidak merasakan gejala hipertensi, kekurangan biaya, merasakan efek samping obat, obat yang dibutuhkan tidak tersedia, lamanya program pengobatan dan keparahan penyakit, saat berkunjung ke klinik tekanan darah normal, lupa minum obat, alasan kesibukan pribadi, kurangnya informasi dari pendidikan kesehatan, kurangnya dukungan keluarga dan dukungan lingkungan termasuk petugas kesehatan.

Berdasarkan hasil laporan bulanan Puskesmas Srandol Semarang (2010), lanjut usia yang menderita penyakit tekanan darah tinggi dan memperoleh pelayanan kesehatan di posyandu lanjut usia sebesar 129 orang dari jumlah 347 orang lansia penderita hipertensi dari total lansia 2756 orang, atau setiap 8 lansia ada seorang yang menderita hipertensi. Saat ini Puskesmas Srandol membina 35 posyandu lansia, dan membina lima (5) kelompok senam lansia. Kontinuitas program pengobatan dan pemeriksaan kesehatan sebulan satu kali menunjukkan belum efektifnya pelayanan kesehatan di posyandu lansia. Kegiatan senam lanjut usia, olah raga yang dilaksanakan satu bulan sekali menjadi kurang bermakna sebagai upaya promotif dan preventif. Faktor demografi dan karakteristik lansia, berkurangnya informasi yang diperoleh, kurangnya dukungan dari keluarga dan lingkungan, tidak mudah mengubah perilaku dan gaya hidup, status kognitif lansia yang pelupa, status kegemukan berpotensi menimbulkan ketidakpatuhan dalam pengelolaan hipertensi pada lanjut usia.

Perawat komunitas memandang pengobatan dengan terapi obat antihipertensi bagian dari perawatan hipertensi, sehingga terdapat dua kategori perawatan secara farmakologi maupun perawatan secara non farmakologi. Kondisi ini menggambarkan masih kurangnya perawatan hipertensi dan salah satu hal yang menyebabkan tingginya lansia yang menderita hipertensi karena masih kurangnya perawatan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Spondol Kota Semarang. Kondisi ini memerlukan perawatan secara komprehensif dengan melibatkan partisipasi aktif lansia, keluarga dan masyarakat dalam upaya mempertahankan status status normotensi pada lansia yang menderita hipertensi. Untuk menurunkan jumlah lansia hipertensi ini, salah satu solusinya adalah meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Penelitian yang menggambarkan tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Spondol belum pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Penelitian ini akan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Pertanyaan penelitian ini adalah “faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tentang faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah mengidentifikasi :

- 1.3.2.1 Karakteristik lansia yang mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.2 Persepsi tentang keseriusan penyakit hipertensi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

- 1.3.2.3 Persepsi tentang dampak fisiologis penyakit hipertensi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.4 Persepsi tentang dampak psikososial penyakit hipertensi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.5 Persepsi tentang dampak spiritual penyakit hipertensi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.6 Persepsi tentang biaya perawatan penyakit hipertensi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.7 Dukungan keluarga yang mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.8 Dukungan lingkungan yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.9 Pendidikan yang mempengaruhi tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.10 Terapi farmakologi dan non farmakologi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.
- 1.3.2.11 Hubungan faktor yang paling berpengaruh dalam tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengembang kebijakan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan perawatan lanjut usia yang menderita hipertensi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan landasan kebijakan program kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi dengan semua instansi dan unsur terkait dengan melibatkan peran serta aktif dari keluarga dan masyarakat.

1.4.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang adanya faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi

pada lanjut usia sehingga dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam pengembangan disain dalam asuhan keperawatan keluarga dan komunitas. Diharapkan juga hasil penelitian dapat memberikan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas khususnya perubahan perilaku populasi lanjut usia yang menderita hipertensi terkait upaya peningkatan kepatuhan pengelolaan dan perawatan hipertensi di keluarga dalam asuhan keperawatan gerontik dan asuhan keperawatan komunitas.

1.4.3 Bagi perawat komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat komunitas dalam memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif pada lanjut usia yang menderita hipertensi dan keluarga sebagai penanggungjawab pengelolaan hipertensi lanjut usia di keluarga dan masyarakat supaya dapat mempertahankan status normotensi pada lanjut usia yang menderita hipertensi. Perawat komunitas dapat mengembangkan intervensi yang tepat sasaran dan tepat guna dalam merancang model pembelajaran dengan melibatkan peran serta masyarakat termasuk dukungan lingkungan dalam upaya meningkatkan kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi.

1.4.4 Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran pada keluarga dan masyarakat terhadap kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat dan dapat memberikan dampak positif sebagai wujud partisipasi aktif masyarakat di bidang kesehatan dalam bentuk perubahan perilaku dan perubahan gaya hidup yang dapat meningkatkan dukungan serta kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia di keluarga dan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan memaparkan beberapa teori yang disusun secara sistematis sebagai sumber rujukan, landasan saat melakukan penelitian serta dan menganalisa pembahasan penelitian. Tinjauan pustaka dalam penelitian ini adalah lanjut usia, perubahan kardiovaskuler dalam proses menua, lanjut usia sebagai populasi berisiko (*at risk*), lanjut usia sebagai populasi *vulnerable*, hipertensi, teori kepatuhan, teori *Health Belief Model (HBM)* dan aplikasi HBM dan pengelolaan perawatan hipertensi.

2.1 Batasan Lansia

Pandangan tentang proses menua yang sering digunakan adalah umur kronologis (World, 2004). Undang-undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan lanjut usia pasal 1 ayat 2 menggambarkan "lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas". Menurut Mauk (2004) seseorang digolongkan dalam kelompok lanjut usia apabila berumur ≥ 65 tahun. Lansia dikelompokkan menjadi beberapa kategori yaitu a) Lansia awal 65-74 tahun, b) Lansia pertengahan 75-84 tahun dan c) Sangat tua umur lebih dari 85 tahun.

Batasan usia menurut WHO yaitu Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun; Lansia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun; Lansia tua (*old*), antara 75 sampai 90 tahun; Usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun. Perbedaan pengelompokan umur lansia dipengaruhi oleh faktor politik dan umur harapan hidup yang berkembang di suatu negara. Berdasarkan ketiga batasan lansia tersebut, maka yang dimaksud dengan lansia yaitu seseorang yang telah mencapai usia ≥ 60 tahun.

2.2 Lansia Sebagai Populasi *At Risk*

Proses menua (*aging*) adalah proses alami pada manusia yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Proses menua mengakibatkan berbagai perubahan baik secara fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi (Wold, 2004; Stanhope & Lancaster, 2004; Mauk, 2010). Perubahan fisik merupakan bentuk nyata dari proses menua yang dapat diamati secara langsung, dan terjadi pada semua sistem dan terjadinya penurunan berbagai fungsi tubuh (Wold, 2004).

Dampak proses menua yang dialami menjadikan lanjut usia digolongkan sebagai kelompok *At risk*. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2002). *At risk* adalah kondisi yang mempengaruhi kondisi seseorang atau populasi untuk menjadi sakit atau sehat (Kaakinen, Hanson, Birenbaum dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Lansia sebagai populasi *at risk* memiliki beberapa faktor yang berpotensi meningkatkan risiko penyakit kronis seperti penyakit hipertensi. Pender (2002) mengategorikan faktor resiko kesehatan antara lain genetika, usia, karakteristik biologi, kesehatan individu, gaya hidup, lingkungan. Berdasarkan ketiga kondisi *at risk* di atas dapat disimpulkan bahwa *at risk* adalah risiko, karakteristik, aktifitas atau kemungkinan peristiwa serta faktor dominan yang mempengaruhi seseorang berpotensi menderita penyakit, cedera atau masalah kesehatan.

Population at risk adalah populasi yang melakukan aktifitas atau mempunyai karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi mereka menjadi sakit, cedera atau mendapatkan masalah kesehatan (Clement-Stone, McGuire & Eigsti, 1998). Hayes, *et al* (1992), menjelaskan bahwa *population at risk* adalah populasi dari orang-orang dimana terdapat beberapa kemungkinan yang telah jelas atau telah ditentukan walaupun sedikit atau kecil akan terjadi peristiwa tertentu. Kondisi ini sangat relevan dengan kondisi yang dialami oleh lanjut usia. Lansia merupakan kelompok yang berisiko tinggi

akibat keseluruhan faktor tersebut sehingga dimasukkan dalam kelompok *multiple at risk* (National Academy on Aging, 2000). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004), secara umum *At risk* dikaitkan dengan kondisi biologis (*biologic risk*), sosial (*social risk*), ekonomi (*economic risk*), gaya hidup (*life-style risk*) dan peristiwa kehidupan (*life-event risk*). National Academy on An Aging (2000), menyebutkan bahwa faktor risiko tersebut dapat berdiri sendiri atau saling berhubungan dan dapat menyebabkan perubahan status kesehatan seseorang. Stanhope dan Lancaster (2004) mengelompokkan risiko kesehatan sebagai berikut :

2.2.1 *Biologic risk*

Risiko biologi merupakan faktor genetika atau kondisi fisik tertentu yang berpeluang untuk terjadi risiko kesehatan. Risiko ini adalah faktor yang berkontribusi terjadinya risiko penyakit yang berasal dari faktor genetika atau fisik, misalnya riwayat penyakit kardiovaskuler dalam keluarga. Proses menua akan berakibat akan mengalami kemunduran kemampuan dan perubahan fisik termasuk pada sistem kardiovaskuler yang akan mengakibatkan terjadinya hipertensi. Hipertensi pada lansia lebih banyak disebabkan oleh proses penuaan dan terjadinya perubahan sistem kardiovaskuler baik struktur maupun fungsinya. Kannel (2003), menyatakan bahwa mayoritas lansia usia lebih dari 55 tahun (65%) mengalami kekakuan pada pembuluh darah yang menyebabkan hipertensi disebut sebagai ISH (*Isolated systolic hypertension*). ISH dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras, sosial ekonomi, geografi dan kondisi saat pengukuran tekanan darah.

2.2.2 *Social risk*

Risiko sosial seperti ketidakharmonisan dalam keluarga, kriminalitas tinggi, lingkungan yang tercemar, kebisingan dan tercemar zat kimia , kurang rekreasi dan tingginya tingkat stress lingkungan (diskriminasi, ras dan kultural) serta sulitnya akses sumber kesehatan juga berkontribusi terjadinya masalah kesehatan mempengaruhi dan

berkontribusi dalam stress pada lansia sehingga meningkatkan tekanan darah (Black & Hawks, 2009).

2.2.3 *Economic risk*

Kemiskinan menyebabkan tidak seimbangnya antara kebutuhan dan penghasilan sehingga menjadi faktor risiko untuk terjadinya masalah kesehatan. Risiko ekonomi merupakan hubungan antara sumber keuangan dengan kebutuhan. Kebutuhan yang berhubungan dengan pemenuhan tempat tinggal yang layak, pakaian, sandang, makanan dan pendidikan serta perawatan kesehatan dapat dilakukan bila memiliki sumber penghasilan yang baik. Umumnya lansia sudah mengalami pengurangan sumber keuangan karena pension sehingga memiliki risiko masalah ekonomi yang dapat mempengaruhi status kesehatannya.

2.2.4 *Life stile risk*

Gaya hidup yang berdampak terjadinya risiko adalah keyakinan terhadap kesehatan, kebiasaan hidup sehat, persepsi sehat, pengaturan pola tidur, rencana aktivitas keluarga dan norma perilaku berisiko. Lansia yang memiliki gaya hidup kurang sehat misalnya kurang olah raga, merokok, pola diet yang kurang sehat, mengkonsumsi alkohol berisiko mengalami gangguan kesehatan seperti hipertensi.

2.2.5 *Life event risk*

Kejadian dalam kehidupan seperti kematian anggota keluarga, kelahiran anak, tambah anggota keluarga/adopsi, dan anggota keluarga yang meninggalkan keluarga inti (pendidikan, bekerja, menikah) memiliki risiko terjadinya masalah kesehatan pada lansia.

2.3 Lansia dengan Hipertensi Sebagai Populasi *Vulnerable*

Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan bahwa bukan hanya orang tertentu yang memiliki risiko berkembangnya masalah kesehatan, akan tetapi beberapa individu bisa mendapat masalah kesehatan, termasuk kelompok rentan (*vulnerable*). Lansia yang memiliki beberapa faktor yang berpotensi meningkatkan risiko menjadi rentan atau penyakit kronis termasuk penyakit hipertensi maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable*. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2004). *Vulnerable*, yaitu kelompok sosial yang memiliki suatu peningkatan risiko relatif mengalami perkembangan masalah kesehatan (cenderung memburuk), sulit mengakses pelayanan kesehatan, dan memiliki pendapatan (keuangan) yang buruk atau usia harapan hidup untuk seluruh kondisi (Stanhope & Lancaster, 2004; Maurer *at al*, 2007).

Kelompok rentan (*vulnerable population*) adalah bagian populasi yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan sebagai akibat terpajan risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan daripada keseluruhan populasi (Stanhope & Lancaster, 2004; Leight, 2003). Hipertensi pada lansia tidak dapat dipandang sebagai proses yang normal, karena lanjut usia dengan penyakit kronis hipertensi termasuk dalam populasi *vulnerable* (Stanhope & Lancaster, 2004). Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lansia maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

2.4 Hipertensi

Seseorang menderita hipertensi jika hasil pengukuran tekanan darah sistolik sama atau lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih dari 90 mmHg (Miller, 1999; Weber, 2001 dalam Sani, 2008). Jika tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik berada pada kategori yang berbeda, maka

harus dipilih kategori yang tertinggi untuk mengklasifikasikan stadium hipertensi (Sulilat, 2001). Penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga pengukuran tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai keadaan darah tinggi.

Tabel 2.1 menggambarkan klasifikasi hipertensi menurut *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003)

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

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

Individu dengan tekanan darah pada *range* prehipertensi 2 kali lebih berisiko untuk berkembang menjadi hipertensi (Lueckenotte & Meiner, 2006).

2.5 Perubahan Kardiovaskuler Dalam Proses Menua

Seiring peningkatan usia, organ jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional. Secara umum, perubahan struktur dan fungsional kardiovaskuler yang disebabkan oleh penuaan berlangsung lambat dan dengan awitan yang tidak disadari. Perubahan akibat penuaan ini akan menjadi jelas ketika sistem dipaksa harus meningkatkan keluarannya dalam memenuhi peningkatan kebutuhan tubuh (Stanley & Beare, 2006).

Perubahan struktur jantung yaitu pada dinding ventrikel cenderung menebal sebagai akibat peningkatan densitas kolagen dan berkurangnya fungsi elastisitas, sehingga jantung menjadi kurang mampu untuk distensi, dan kemampuan kontraksi menjadi kurang efektif (Morgan, 1993 dalam Stanley & Beare, 2006). Area permukaan di dalam jantung yang telah mengalami

aliran darah dengan tekanan tinggi, seperti pada katup aorta dan katup mitral, mengalami penebalan dan terbentuk penonjolan sepanjang garis katup (Blair,1990 dalam Stanley & Beare, 2006). Kekakuan pada dasar pangkal aorta menghalangi pembukaan katup secara lengkap sehingga menyebabkan sumbatan sebagian aliran darah selama denyut sistole. Adanya peningkatan denyut jantung, gangguan pada arteri koroner dan sirkulasi sitemik berdampak pada kurang sempurnanya pengosongan ventrikel.

Perubahan struktur mempengaruhi konduksi sistem jantung melalui peningkatan jumlah jaringan fibrosa dan jaringan ikat. Berkas his kehilangan serat konduksi yang menghantar impuls ke ventrikel. Jumlah total sel *pacemaker* mengalami penurunan sampai dengan 90% pada usia 75 tahun (Morgan, 1993 dalam Stanley & Beare, 2006). Seiring bertambahnya usia, curah jantung pada saat beristirahat tetap stabil atau sedikit menurun dan denyut jantung saat istirahat juga menurun (Morgan,1993 dalam Stanley & Beare, 2006). Penebalan miokardium dan penurunan elastisitas regangan, dengan katup-katup menjadi kaku sehingga memerlukan waktu untuk pengisian diastolik dan diperlukan tekanan yang lebih kuat untuk mempertahankan *preload* yang adekuat. Jantung yang mengalami penuaan bergantung pada kontraksi atrium atau volume darah yang diberikan ventrikel sebagai hasil kontraksi atrial yang terkoordinasi.

Dua kondisi yang menyebabkan curah jantung menjadi tidak adekuat pada lanjut usia adalah takikardi akibat pemendekan waktu pengisian ventrikel dan fibrilasi atrial akibat hilangnya kontraksi atrial (Fernandez, Ortiz & Fuster, 1996 dalam Stanley & Beare, 2006). Prinsip mekanisme yang terjadi sebagai konsekuensi untuk meningkatkan curah jantung dengan meningkatkan volume akhir diastolik, yang meningkatkan volume sekuncup (Gerber,1990; Fernandez, Ortiz & Fuster, 1996 dalam Stanley & Beare, 2006).

Gejala sesak nafas dan kelelahan terjadi ketika jantung tidak bisa memenuhi kebutuhan suplai darah yang teroksigenasi secara adekuat dalam memenuhi kebutuhan tubuh. Kekakuan pembuluh darah atau kurang sensitifnya

baroreseptor pada *arcus aorta* dan sinus karotis akibat lamanya menerima aliran darah bertekanan tinggi menjadi alasan tindakan adanya perubahan tekanan diastolik. Hal ini menimbulkan kondisi sering terjadinya hipotensi ortostatik (Blair, 1990 dalam Stanley & Beare, 2006).

2.6 Hipertensi pada Lansia

Perubahan fisiologi struktur dan fungsi kardiovaskuler akibat proses menua menimbulkan gangguan pada sistem organ kardiovaskuler termasuk penebalan dinding aorta dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah pada lansia. Kondisi ini menyebabkan peningkatan retensi atau tahanan pembuluh darah perifer dan tekanan darah (Stanley & Beare, 2006). Secara fungsi, perubahan utama dalam sistem kardiovaskuler adalah penurunan kemampuan untuk meningkatkan keluaran sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan tubuh. Perubahan keseimbangan antara vasodilatasi beta adrenergik dan vasokonstriksi alfa adrenergik menyebabkan kecenderungan vasokonstriksi dan mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah. Perubahan elastisitas aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah darah sistolik. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) berdampak pada penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2002).

Sensitivitas baroreseptor juga berubah dengan seiring peningkatan umur. Perubahan mekanisme refleks baroreseptor berpotensi sebagai penyebab perbedaan tekanan darah (Rigaud & Forette, 2001; James, Robinson dan Panerai Potter, 1996; dalam Kuswardhani, 2006). Penurunan sensitivitas baroreseptor menyebabkan kegagalan refleks postural, yang mengakibatkan hipertensi pada lanjut usia sering terjadi hipotensi ortostatik. Resistensi natrium akibat peningkatan asupan garam dan penurunan sekresi juga berperan dalam terjadinya hipertensi. Walaupun ditemukan penurunan renin plasma dan respons renin terhadap asupan garam, sistem renin-angiotensin

tidak mempunyai peranan utama hipertensi pada lanjut usia (Kaplan,1999; Rigaud & Forette, 2001 dalam Kuswardhani, 2006).

Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya penyakit kardiovaskuler. Tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik meningkat sesuai dengan meningkatnya umur, sehingga prevalensi hipertensi pada usia lanjut cukup tinggi yaitu sekitar 40% dengan kematian sekitar 50% diatas umur 60 tahun. Tekanan darah sistolik meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai umur 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini mencerminkan adanya kekakuan pembuluh darah dan penurunan kelenturan arteri serta mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai umur (Rigaud & Forette, 2001 dalam Kuswardhani, 2006).

2.7 Penatalaksanaan hipertensi pada lansia

Sani (2008) menjelaskan pedoman umum penanganan hipertensi di Indonesia hasil konsensus dalam Pertemuan Ilmiah Nasional Pertama Perhimpunan Hipertensi Indonesia 13-14 Januari 2007 di Jakarta, antara lain :1) Penanganan hipertensi ditujukan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler termasuk serebrovaskuler serta perkembangan penyakit ginjal, dimulai dengan upaya peningkatan kesadaran masyarakat dan perubahan pola hidup kearah yang lebih baik; 2) Penegakan diagnosis hipertensi perlu dilakukan dengan pengukuran tekanan darah minimal 2 kali dengan jarak 1 minggu bila tekanan darah < 160/100 mmHg.; 3) Sebelum bertindak menangani hipertensi, perlu dipertimbangkan adanya risiko kardiovaskuler, kerusakan organ target dan penyakit penyerta. Penanganan dengan obat dilakukan terhadap penderita dengan banyaknya faktor risiko 3 atau lebih atau dengan adanya kerusakan organ target, diabetes, penyakit penyerta tertentu, disamping adanya perubahan pola hidup; 4) Penanganan dengan obat dilakukan bila upaya perubahan pola hidup belum mencapai target tekanan darah (masih \geq 140/90 mmHg atau 130.80 mmHg pada

diabetes atau penyakit ginjal kronik). Pemilihan obat berdasarkan ada atau tidaknya indikasi khusus, bila tidak ada indikasi khusus pilihan obat tergantung dari derajat hiperensi (tingkat 1 atau 2).

Umur dan adanya penyakit merupakan faktor yang akan mempengaruhi metabolisme dan distribusi obat, karenanya harus dipertimbangkan dalam memberikan obat antihipertensi dimulai dengan dosis kecil dan kemudian ditingkatkan secara perlahan. Menurut JNC VII pilihan pertama untuk pengobatan pada penderita hipertensi lansia adalah diuretik atau penyekat beta. Apalagi lansia kerja obat dalam tubuh dan interaksinya dengan jaringan tubuh (farmakodinamik) berubah secara signifikan (Stockslager & Schaeffer, 2003). Lansia dengan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg, penanganan pertama yang dilakukan adalah: amlodipin 5-10 mg sekali sehari, diltiazem 200 mg sekali sehari, felodipin 5-20 mg sekali sehari, nikardipin 30 mg dua kali sehari, nifedipin 30-60 mg sekali sehari, verapamil 120-240 mg dua kali sehari. Dosis obat-obat penyekat alfa yang dianjurkan adalah: doksazosin 1-16 mg sekali sehari, dan prazosin 0,5 mg sehari sampai 10 mg dua kali sehari.. Pada hipertensi lansia, penurunan tekanan darah diastolik hendaknya mempertimbangkan aliran darah ke otak, jantung dan ginjal.

Obat-obatan yang menyebabkan perubahan tekanan darah postural (penyekat adrenergik perifer, penyekat alfa dan diuretik dosis tinggi) atau obat-obatan yang dapat menyebabkan disfungsi kognitif (agonis α_2 sentral) harus diberikan dengan hati-hati, karena pada lanjut usia sering ditemukan penyakit lain dan pemberian lebih dari satu jenis obat, maka perlu diperhatikan adanya interaksi obat antara antihipertensi dengan obat lainnya. Obat yang potensial memberikan efek antihipertensi misalnya obat anti psikotik terutama fenotiazin, antidepresan khususnya trisiklik, L-dopa, benzodiazepin, baklofen dan alkohol.

Obat yang memberikan efek antagonis antihipertensi adalah: kortikosteroid dan obat antiinflamasi nonsteroid. Interaksi yang menyebabkan toksisitas

adalah: (a) tiazid: teofilin meningkatkan risiko hipokalemia, lithium risiko toksisitas meningkat, karbamazepin risiko hiponatremia menurun; (b) Penyekat beta: verapamil menyebabkan bradikardia, asistole, hipotensi, gagal jantung; digoksin memperberat bradikardia, obat hipoglikemik oral meningkatkan efek hipoglikemia, menutupi tanda peringatan hipoglikemia (Kuswardani, 2006).

Dosis beberapa obat diuretik penyekat beta, penghambat ACE, penyekat kanal kalsium, dan penyekat alfa yang dianjurkan pada penderita hipertensi pada lansia. Dosis obat-obat diuretik (mg/hari) misalnya: bendrofluazid 1,25-2,5, klortiazid 50-100, klortalidon 25-50, hidrokloriazid 12,5-25, dan indapamid SR 1,5. Dosis obat-obat penyekat beta yang direkomendasikan adalah: aseptolol 400 mg sekali atau dua kali sehari, atenolol 50 mg sekali sehari, bisoprolol 10-20 mg sekali sehari, celiprolol 200-400 mg sekali sehari, metoprolol 100-2000 mg sekali sehari, oksprenolol 180-120 mg dua kali sehari, dan pindolol 15-45 mg sekali sehari. Dosis obat-obat penghambat ACE yang direkomendasikan adalah: kaptopril 6,25-50 mg tiga kali sehari, lisinopril 2,5-40 mg sekali sehari, perindopril 2-8 mg sekali sehari, quinapril 2,5-40 mg sekali sehari, ramipril 1,25-10 mg sekali sehari (Kuswardani, 2006).

Sasaran yang diajukan pada *The joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Bloodpressure (JNCVI)* dimana pengendalian tekanan darah (Tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan Tekanan darah diastolik < 90 mmHg) sangat ketat untuk penderita lanjut usia. Direkomendasikan penurunan tekanan darah diastolik < 160 mmHg sebagai sasaran intermediet tekanan darah, atau penurunan sebanyak 20 mmHg dari tekanan darah awal.

Modifikasi gaya hidup sebagai langkah pertama perawatan hipertensi, harus menjadi fokus saat membuat rencana perawatan. *The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of*

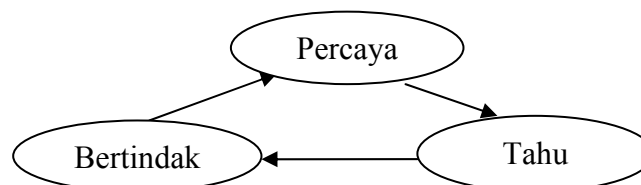
high blood pressure (1997) dalam Kuswardani (2006) bahwa ada beberapa pola hidup yang harus diperbaiki antara lain menurunkan berat badan jika ada kegemukan, mengurangi minum alkohol, meningkatkan aktivitas fisik aerobik, mengurangi asupan garam, mempertahankan asupan kalium yang adekuat, mempertahankan asupan kalsium dan magnesium yang adekuat, menghentikan merokok, mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterok (Rigaud & Forette, 2001; Kotchen & McCarron, 1998; dalam Kuswardani, 2006).

Kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam pengobatan adalah memberikan fasilitas gratis bagi masyarakat yang memiliki Kartu Tanda Penduduk Semarang dengan berobat ke Puskesmas. Program terapi obat hipertensi yang dilaksanakan di Puskesmas Sronol Kota Semarang meliputi obat Captopril atau Nifedipin (2x1) atau Tensibad (3x1) sebagai penurun tekanan darah, HCT atau Furosemide (3x1) sebagai diuretika. Obat tersebut diberikan kepada lansia untuk waktu pengobatan 10 hari, dan selanjutnya bisa berobat kembali ke Puskesmas. Bagi masyarakat di luar kota Semarang, bila berobat ke Puskesmas hanya membayar loket sebesar Rp 5000,-

2.8 Konsep Kepatuhan

Klein, *et al.* (2006), menyatakan bahwa untuk mencapai keberhasilan, seseorang harus melalui 3 (tiga) tahapan kepatuhan.

Skema 2.1 Putaran kepatuhan menurut Klein *et al* (2006)



Sumber: Klein, *et al.* (2006)

Tahap pertama yaitu percaya, tahap kedua adalah tahu atau mengetahui dan tahap ketiga yaitu bertindak. Seseorang harus percaya pada akurasi dari diagnosa, kesesuaian terapi, kemampuannya untuk melaksanakan terapi dan ketepatan serta kecenderungan untuk mencapai keberhasilan (Ajzen,1991; Bandura,1989 dalam Klein, 2006). Ketika seseorang sudah memiliki dasar kepercayaan, maka mereka akan mengembangkan cara bersikap terhadap kondisi barunya dan dampak terapi melalui “putaran kepatuhan” ini.

Pada tingkat yang lebih besar atau umum, seseorang harus menyiapkan, memprakarsai, dan mempertahankan tiga tahap dalam “putaran kepatuhan” tersebut. Dalam bidang pengobatan misalnya, mereka harus percaya pada tujuan dan efektifitas pengobatan, mengetahui bagaimana melaksanakan pengobatan sesuai yang dianjurkan. Pada tingkat yang lebih sempit atau khusus, setiap kali terapi dilaksanakan adalah penegasan ulang dari kepercayaan, pengetahuan dan kemampuan untuk bertindak. Fokus dari tahap persiapan adalah percaya, tahap selanjutnya setiap tahapan harus diperkuat untuk mempertahankan kepatuhan. Penetapan tahapan kepatuhan dapat membantu mengidentifikasi pada aspek mana dari “putaran kepatuhan” yang mendapatkan gangguan sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan.

Klein, *et al.* (2006), juga menyatakan bahwa ada 4 (empat) faktor kritis yang membentuk seseorang untuk berhasil dalam menjalani ”putaran kepatuhan” yaitu karakteristik individu, kondisi, terapi dan jaringan sosial. Setiap individu memiliki motivasi berbeda, kondisi yang bervariasi terhadap bagaimana status kesehatan mempengaruhi atau mempunyai dampak pada kehidupan seseorang, terapi membutuhkan tuntutan serta komitmen yang berbeda, dan kekuatan serta luasnya jaringan sosial yang dimiliki seseorang, meliputi tenaga professional kesehatan dan sistem pendukung lainnya.

Patuh adalah menuruti perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang

dianjurkan oleh petugas (Lukman, A. *et al*,1999, dalam Suparyanto, 2010). Proses perubahan sikap dan perilaku menurut Kelman (dalam Supriyanto, 2010) bahwa perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi petugas tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut tahap ini disebut tahap kesediaan, biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Apabila pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itupun ditinggalkan.

Menurut Suparyanto (2010), bahwa pengawasan itu tidak perlu berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut terhadap ancaman sanksi yang berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam tahap ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya. Namun segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, kemungkinan perilakunya akan berubah menjadi perilakunya sendiri. Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*).

Kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas atau tokoh tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi. Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik dari pada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum dapat menjamin kelestarian perilaku itu karena individu belum dapat menghubungkan perilaku tersebut

dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika dia ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut (Suparyanto, 2010).

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya (Suparyanto, 2010). Proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau tokoh merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri. Proses internalisasi ini tidaklah mudah dicapai sebab diperlukan kesediaan individu untuk mengubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri dengan nilai atau perilaku yang baru sesuai teori *The Health Belief Model* (Model Kepercayaan Kesehatan).

2.9 Konsep *Health Belief Model*

Suatu konsep pengembangan dalam bidang kepatuhan berhubungan dengan interaksi perilaku dengan kepercayaan kesehatan seseorang, *Health Belief Model* (HBM) yang dimulai sejak tahun 1950-an dengan bidang teori Lewinian, berpendapat bahwa perilaku individu bergantung pada dua kondisi yaitu nilai yang ditempatkan individu pada hasil tertentu dan perkiraan manfaat yang dirasakan dari berdasarkan hasil tindakan yang ditentukan (Erackel, *et al.*, 1984 dalam Stanley & Beare, 1999).

Menurut Rosentock (1966), HBM digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan yaitu didasarkan pada perilaku individu yang ditentukan oleh motif dan kepercayaan individu itu sendiri. HBM merupakan model kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan. Menurut konsep dalam teori HBM, seseorang akan melakukan tindakan pencegahan

tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health beliefs*) yaitu ancaman yang dirasakan dari kesakitan atau kecelakaan (*perceived threat of injury or illness*) dan pertimbangan tentang manfaat atau keuntungan dan hambatan atau kerugian (*benefits and cost*) (HBM Applications.[Http://faculty.mercer.edu /flomas-bm/classes/641/Health Belief Model.Pdf](http://faculty.mercer.edu/flomas-bm/classes/641/HealthBeliefModel.Pdf)).

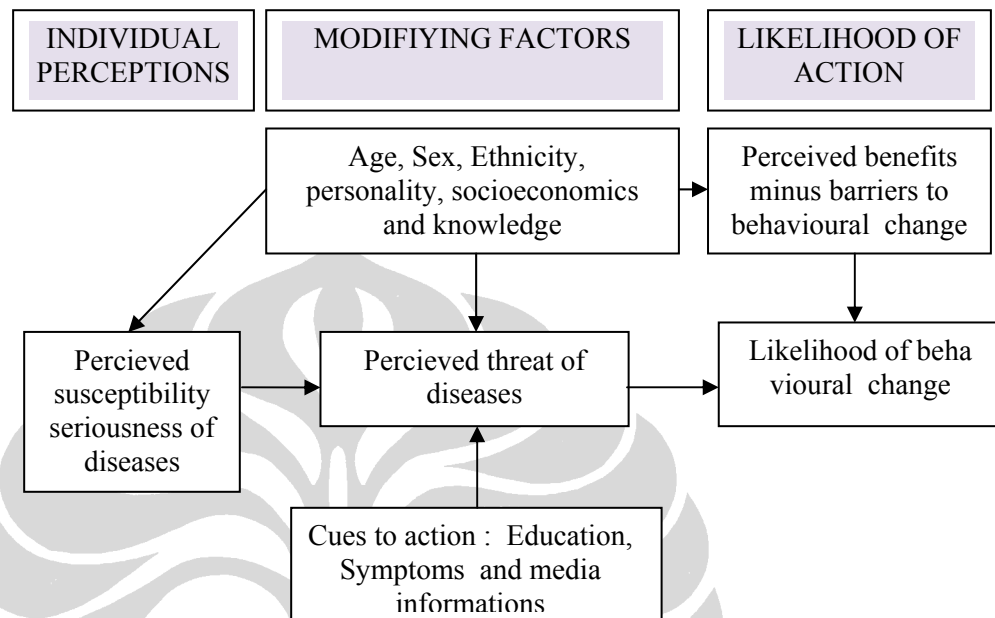
Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauhmana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman meningkat maka akan terjadi perilaku pencegahan. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada kerentanan atau besarnya potensi risiko yang terjadi dan dirasakan (*perceived vulnerability*) yang berarti masalah kesehatan dapat berkembang tergantung kondisi dan keseriusan yang dirasakan (*percieved severity*) yaitu hasil evaluasi keseriusan penyakit bila masalah kesehatan berkembang atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani.

Penilaian kedua adalah perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan atau tidak melakukan tindakan. Tambahan untuk penilaian awal, petunjuk untuk berperilaku (*cues to action*) diduga tepat untuk memulai proses perilaku dari informasi yang berasal dari luar, misalnya nasehat orang lain, media masa, kampanye, pengalaman dari orang lain yang pernah mengalami hal yang sama.

Konsep model HBM menurut Sarafino (1990), menggambarkan bagan menjadi lebih sederhana dan mengelompokkan menjadi dua kelompok besar yaitu persepsi ancaman dan persepsi manfaat dan halangan yang mempengaruhi isyarat untuk berperilaku. Persepsi ancaman merupakan persepsi dari perpaduan ancaman dan kerentanan atau berisiko. Semakin berat risiko suatu penyakit dan semakin besar risiko individu itu terkena penyakit tersebut, semakin dirasakan ancamannya yang merupakan hasil perpaduan antara persepsi keseriusan dan kerentanan atau berisiko.

Model konsep HBM menurut Rosenstock (1992) dapat digambarkan dalam bagan 2.2 berikut:

Bagan 2.2 Konsep model HBM menurut Rosentock (1992)



Sumber : Strecher & Rosenstock (1997) . *The Health Belief Model*. In Glanz, Lewis & Rimer (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Fransisco : Josey – Bass. Reprinted with permission. [Http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter_4.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter_4.pdf). Diperoleh 31 Maret 2011.

Model konsep HBM menurut Rosenstock (1992) pada bagan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) adalah persepsi individu tentang kemungkinan terkena suatu penyakit. Seseorang akan bertindak untuk mencegah penyakit jika ia merasakan bahwa ia sangat mungkin terkena penyakit tersebut. Kerentanan yang dirasakan setiap individu berbeda tergantung persepsi tentang resiko yang dihadapi individu pada suatu kondisi tertentu atau sakit.
- b. Keparahan atau ancaman yang dirasakan (*perceived seriousness*) adalah pandangan individu tentang bahaya penyakit yang dideritanya. Pandangan ini mendorong seseorang untuk mencari pengobatan atas

penyakit yang dideritanya. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya komplikasi, tingginya kematian akibat penyakit, penurunan fungsi fisik dan mental, kecacatan dan dampaknya terhadap kehidupan sosial.

- c. Persepsi yang dirasakan (*perceived benefits*), individu akan mempertimbangkan apakah alternatif itu memang bermanfaat dapat mengurangi ancaman penyakit. Persepsi ini juga berhubungan dengan ketersediaan sumberdaya sehingga tindakan ini mungkin dilaksanakan. Persepsi ini dipengaruhi oleh norma dan tekanan dari kelompoknya.
- d. Persepsi halangan (*perceived barriers*) yang merupakan persepsi terhadap aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan, misalnya biaya mahal, bahaya, rasa sakit dan pengalaman tidak menyenangkan.
- e. Isyarat untuk bertindak (*cues to action*) merupakan faktor pencetus untuk memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut. Isyarat ini dapat bersifat internal dan eksternal. Isyarat internal yaitu berasal dari dalam diri individu, misalnya gejala penyakit yang dirasakan. Isyarat eksternal yaitu berasal dari interaksi interpersonal, misalnya media massa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan. Perubahan perilaku yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak yang berasal dari internal dan eksternal persepsi ancaman yang serius atau resiko yang berpotensi menderita atau sudah menderita penyakit tersebut serta merasakan gejala yang memerlukan pertimbangan sumber daya yang tersedia dan keuntungan atau besarnya manfaat dirasakan sertamemperhatikan hambatan yang ada.

2.10 Aplikasi HBM pada lansia hipertensi menurut Glanz (2002)

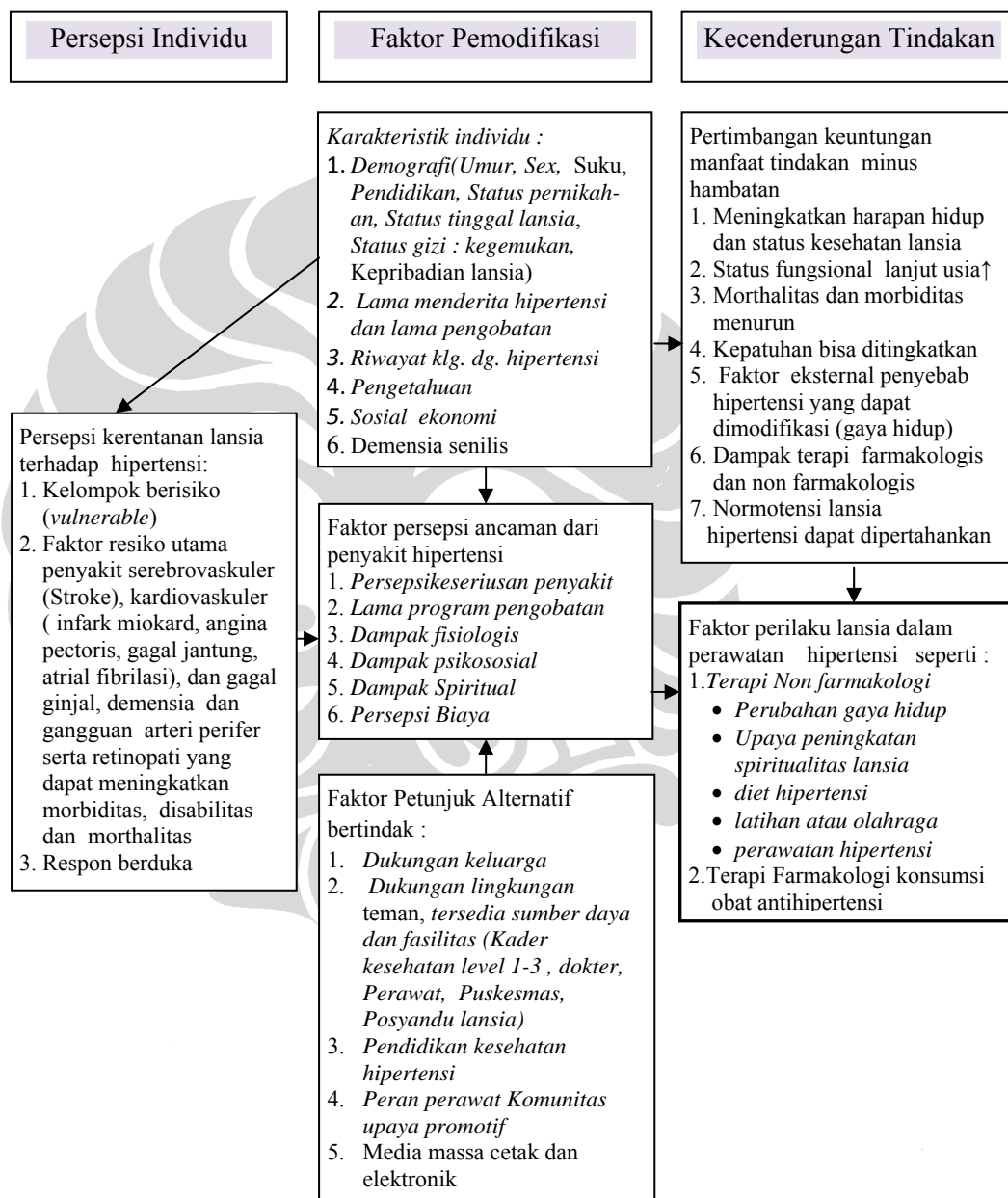
Kepatuhan (*compliance*) adalah perilaku seseorang yang menyetujui segala bentuk anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan, baik dalam hal terapi, diet, latihan, atau olahraga, pengobatan, dan perawatan penyakitnya (Stanley, Blair & Beare, 2005; Holroyd & Creer, 1986 dalam Lueckenotte & Meiner, 2006). Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang setuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik itu diet, latihan, pengobatan, atau menepati janji pertemuan dengan dokter (McDonald & Grimm, 1985 dalam Stanley & Beare, 1999).

Menurut HBM individu akan melakukan tindakan pencegahan didasarkan pada dua keyakinan sebagai penilaian kesehatan (*health beliefs*) yaitu ancaman yang dirasakan sebagai dampak sakit (*perceived threat of injury or illness*) dan pertimbangan tentang keuntungan minus kerugian (*benefits ad cost*) dari tindakan yang dilakukan. Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauhmana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian kedua adalah membandingkan antara keuntungan yang diperoleh dengan hambatan yang ada dalam melakukan tindakan pencegahan.

Ketidapatuhan (*non compliance*) adalah perilaku yang tidak menyetujui segala instruksi atau anjuran yang diberikan. Petugas kesehatan menganggap pasien telah patuh jika tujuan perawatan telah dicapai dengan indikasi bahwa pasien sehat kembali dan merasa lebih baik (Haynes, 1979 dalam *Gerontological Nursing*: Stanley & Beare, 1999). Dalam penelitian model HBM diperoleh hasil adanya ketidakpatuhan yang tidak disengaja karena pasien tidak mengikuti program pengobatan yang ditentukan oleh karena kepercayaan yang ada sebelumnya, yang mungkin tidak diketahui oleh petugas kesehatan profesional, atau oleh karena merasa bahwa penyakitnya tidak cukup serius untuk mengikuti program pengobatan (Reddeker, 1988

dalam Stanley & Beare, 1999). Bagan 2.2 menunjukkan komponen hubungan aplikasi HBM dalam perawatan hipertensi pada lansia.

Bagan 2.2 Komponen dan Hubungan HBM pada lansia hipertensi menurut Glanz (2002)



Sumber :Adaptasi dari Strecher & Rosenstock (1997) . *The Health Belief Model*. In Glanz, Lewis & Rimer (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Josey- Bass. Reprinted with permission. [Http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter_4.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter_4.pdf). Diperoleh 31 Maret 2011.

Secara garis besar aplikasi konsep HBM menurut menurut Glanz (2002) dijelaskan sebagai berikut :

2.10.1 Faktor persepsi kerentanan terhadap penyakit yang dirasakan (*perceived Susceptibilitr*)

Persepsi kerentanan adalah pandangan individu tentang penyakit hipertensi pada lanjut usia. Persepsi kerentanan penyakit dipengaruhi antara lain oleh karakteristik demografi, pengetahuan, pengalaman, pendidikan, kondisi lingkungan. Kondisi biologis atau fisik serta keluhan yang dirasakan akibat penyakit hipertensi.

1) Kelompok berisiko (*vulnerable*)

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lanjut usia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lanjut usia maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Kelompok rentan (*vulnerable population*) adalah bagian populasi yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan sebagai akibat terpajan risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan keseluruhan populasi (Stanhope & Lancaster, 2004; Leight, 2003).

2) Faktor resiko utama penyakit stroke

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit serebrovaskuler atau Stroke, kardiovaskuler (*infark miokard, angina pectoris, gagal jantung, atrial fibrilasi*), dan gagal ginjal, *dementia* dan gangguan arteri perifer serta retinopati. Lueckenotte (2000) menyatakan bahwa tanda dan gejala pada hipertensi berat penderita bisa mengalami kepala berdenyut-denyut, kebingungan, gangguan penglihatan, epistaksis, dan koma. Keseriusan ini meningkatkan *morbiditas, disabilitas* dan *mortalitas* dampaknya terhadap kehidupan sosial.

3) Respon berduka

Kondisi penyakit kronis yang dialami seseorang dapat mengganggu penyesuaian individu terhadap masalah-masalah kesehatan kronis (Sarafino, 1994). Hipertensi sebagai penyakit kronis, membutuhkan perawatan secara terus menerus dan perubahan gaya hidup yang membuat penderitanya merasa gagal memenuhinya. Kondisi lanjut usia yang menderita hipertensi dan mengalami perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, dan hambatan berhubungan sosial dengan orang lain meimbulkan respon berduka. Respon berduka yang dialami pada aspek fisik, psikososial, spiritual, ekonomi, dan stress yang berkelanjutan lanjut usia (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Berduka adalah keseluruhan respon terhadap pengalaman emosional karena kehilangan (Kozier *et al.*, 2004). Kubler dan Ross (1969, dalam Kozier *et al.*, 2004) menggambarkan lima tahap proses berduka sebagai respon klien yang mengalami kehilangan. Kelima tahap tersebut digambarkan pada penjelasan berikut ini :

a) Tahap pengingkaran (*Denial*)

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

b) Tahap marah (*Anger*)

Reaksi marah menunjukkan bahwa seseorang sudah mulai menyadari terjadinya kehilangan. Perasaan marah dapat diproyeksikan kepada

keluarga petugas kesehatan, atau Tuhan. Reaksi fisik yang ditunjukkan diantaranya muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal (Potter & Perry, 2005). Lansia akan cenderung lebih sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah, untuk menutupi rasa kecewa dan manifestasi kecemasannya terhadap akibat lanjut dari penyakit hipertensi.

c) Tahap tawar-menawar (*Bargaining*)

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

d) Tahap depresi (*Depression*)

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

e) Tahap penerimaan (*Acceptance*)

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

2.10.2 Faktor pemodifikasi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi

1) Karakteristik individu.

Klein, *et al.* (2006), juga menyatakan bahwa karakteristik individu merupakan 4 faktor kritis yang membentuk seseorang untuk berhasil dalam menjalani "putaran kepatuhan" yaitu karakteristik individu, kondisi, terapi dan jaringan sosial. Berdasarkan pemikiran tersebut, maka sesuai dengan konsep HBM bahwa karakteristik individu sebagai salah satu faktor pemodifikasi adalah variabel demografi. Faktor-faktor tersebut dapat dijelaskan berikut ini:

a) Umur

Umur yang dimaksud dalam penelitian ini adalah seseorang lanjut usia yang telah berusia sama atau lebih dari 60 tahun (Undang-undang No. 13 tahun 1998). Seiring peningkatan usia, organ jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional (Stanley & Beare, 2006). Lai *et al* (2001) dalam penelitian di Taiwan pada rata-rata umur 67,8-78,4 tahun menjelaskan bahwa 53,09% lansia laki-laki menderita hipertensi dan 56,06% lansia wanita menderita hipertensi. Penelitian yang meneliti kepatuhan pasien hipertensi berkaitan dengan umur dalam pemakaian obat hipertensi pada rentang umur 20-94 tahun oleh Kabir, Iliyasa, Abubakar dan Jibril (2004) melaporkan bahwa tingkat kepatuhan pemakaian obat hipertensi kategori sedang sebesar 45,8%, kepatuhan baik sebesar 54,2%.

b) Jenis kelamin

Prevalensi hipertensi tertinggi adalah pada wanita 25% dan pada laki-laki 24% (Sani, 2008). Tingkat kematian awal lebih banyak pada laki-laki, sementara perubahan pasca menopause pada wanita berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah (WHO, 1996 dalam Padmawinata, 2001).

c) Pendidikan

Pendidikan merupakan aktifitas belajar formal yang pernah diikuti oleh seseorang. Pendidikan yang dimiliki lansia dapat meningkatkan pengetahuan lansia tentang pengalaman belajar yang diperoleh melalui jalur pendidikan formal dan non formal. Sebagian besar lansia lulus sekolah dasar dan hanya 1 dari 5 lansia di Amerika Serikat yang lulus Sekolah Menengah Umum (Stoehr, *et al*, 1989 dalam Stanley & Beare, 2006). Pendidikan yang rendah pada lansia berisiko untuk tidak patuh dalam mengontrol kesehatan (WHO, 2003). Lansia yang berpendidikan tinggi lebih efektif menerima pendidikan kesehatan dibandingkan dengan lansia yang berpendidikan rendah, sesuai dengan penelitian Posted (2010) tentang efektifitas pendidikan kesehatan tentang gizi pada hipertensi pada lansia berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah.

d) Status perkawinan

Status perkawinan dari lansia berdasarkan keterangan terkait hubungan resmi suami istri secara sah menurut agama dan negara yang sedang dijalani lansia saat ini. Lansia yang ditinggal pasangan akibat perceraian atau meninggal dunia menyebabkan stres dan tekanan darahnya meningkat. Status janda lansia janda atau duda yang menderita hipertensi termasuk kelompok vulnerabel. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lansia maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

e) Status tinggal

Status tinggal lansia saat ini adalah tempat tinggal lansia menjadi satu rumah sebagai keluarga besar dengan anggota keluarga yang

lain atau hidup terpisah dari anggota keluarga baik anak, cucu atau kerabat lainnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lanjut usia maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Bagi lansia yang tidak tinggal serumah dengan anggota keluarganya atau tinggal terpisah menjadi kurang mendapatkan perhatian atau dukungan dari keluarga menyebabkan lansia menjadi stress sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi. Dukungan keluarga berperan dalam kepatuhan lansia melakukan pengelolaan perawatan hipertensi dalam waktu yang lama atau jangka panjang misalnya mengingatkan minum obat atau kontrol tekanan darah (Miller, *et al.*, 1979 dalam Stanley & Beare, 2006).

g) Status gizi

Lebih dari 60% pada pasien dengan hipertensi adalah gemuk (*overweight*) atau hipertensi lebih sering 2–3 kali pada gemuk/obesitas dibanding orang dengan berat badan ideal (Dosh, 2001). Obesitas atau kegemukan seseorang dapat diketahui dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) yaitu berat badan dalam kilogram dibagi dengan tinggi badan dalam m² (Yuliarti, 2007).

$$I M T = \frac{B B (K g)}{T B \times T B (m)}$$

Pengukuran antropometri yang paling sering digunakan adalah rasio antara berat badan (kg) dan tinggi badan (m²) kuadrat, yang disebut Indeks Massa Tubuh (IMT) terlihat dalam tabel 2.2 sebagai berikut :

Tabel 2.2 Indeks Massa Tubuh

Status Gizi	Wanita	Laki-laki
Normal	17 - 23	18 - 25
Kegemukan	23 -27	25 -27
Obesitas	>27	>27

Azwar (2004) menjelaskan bahwa IMT yang normal antara 18 – 25. Seorang dikatakan kurus bila IMT nya < 18 dan gemuk bila IMT nya > 25. Bila IMT > 30 orang tersebut menderita obesitas dan perlu diwaspadai karena biasanya orang tersebut juga menderita penyakit menua seperti diabetes melitus, hipertensi, hiperkolesterol dan kelainan metabolisme lain yang memerlukan pemeriksaan lanjut baik klinis atau laboratorium. Pengukuran lain untuk menentukan berat badan ideal menggunakan rumus Brocca sebagai berikut : $BB\ ideal = (TB - 100) - 10\% (TB - 100)$. Batas ambang yang diperbolehkan adalah + 10%. Bila $\geq 10\%$ sudah kegemukan dan bila diatas 20% sudah terjadi *obesitas*.

f) Keturunan atau riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi

WHO (1996 dalam Padmawinata, 2001) menggambarkan riwayat keluarga dengan hipertensi merupakan faktor risiko paling kuat bagi seseorang untuk mengidap hipertensi dimasa yang akan datang. Tekanan darah kerabat dekat utama (orang tua, saudara sekandung) yang dikoreksi terhadap umur dan jenis kelamin tampak ada pada semua tingkat tekanan darah dengan koefisien regresi 0,2-0,3. Sejumlah besar gen calon pembawa hipertensi sedang diselidiki terutama enzim yang mengubah Angiotensin II dan polimorfisme gen Angiotensinogen (WHO,1996 dalam Padmawinata, 2001).

2) Pengetahuan

Ketidakpatuhan dalam pengelolaan perawatan hipertensi dipengaruhi oleh pengetahuan tentang penyakit hipertensi. Tidak cukup untuk mengingat bahwa seseorang harus secara fisik, kognitif, emosi dan finansial mampu bertindak. Pasien ingin mengetahui tentang penyakitnya dan bagaimana obat tersebut akan mempengaruhi proses penyakitnya dan pasien juga akan mengetahui konsekuensi dari ketidakpatuhannya.

Morrow, Leiner dan Sheikh (1998) dalam Klein (2006), berpendapat bahwa seseorang perlu mengetahui apa yang hendak dilakukan agar dapat melakukan tindakan dengan tepat dan benar. Pengetahuan yang memadai termasuk pengetahuan tentang perawatan dan penyakit menjadi dasar serta mempengaruhi seseorang mengambil keputusan untuk bersikap dan berperilaku (Khan, 2010).

3) Lama menderita penyakit hipertensi dan lama pengobatan

Lama menderita dan lama pengobatan adalah ukuran waktu yang digunakan untuk menggambarkan seseorang telah menderita suatu penyakit dan melakukan tindakan perawatan dan pengobatan dalam satuan waktu bulan atau tahun. Lama menderita hipertensi dan lama pengobatan mempunyai hubungan yang negatif dengan kepatuhan sehingga semakin lama seseorang menderita suatu penyakit, semakin berkurangnya kepatuhan dalam menjalankan terapi yang telah direkomendasikan (WHO,1999). Lebih banyak regimen terapi lebih sedikit pasien yang akan mematuhi.

Pengobatan yang lama menyebabkan ketidakpatuhan sebesar 4% (Kabir, Iliyasu, Abubakar & Jibril,2004); Blackwell (2003), melaporkan bahwa 50% penderita tidak patuh minum obat dan dari jumlah penderita tersebut 75% pasien dianjurkan untuk membuat perubahan gaya hidup. Menurut penelitian di Northcote, Victoria, Australia oleh

Russel, Daly, Hughes dan O'P Hoo (2003) dalam *Journal of Advanced Nursing* disebutkan bahwa ketidakpatuhan terjadi dalam berbagai macam tingkatan pada semua bidang kesehatan termasuk perawatan terkait dengan lamanya program, sekitar 38% pasien menjalani pengobatan dalam jangka pendek, 43% pengobatan jangka panjang.

Lamanya program pengobatan dan perawatan memicu terjadinya ketidakpatuhan terhadap program yang sedang dilaksanakan oleh pasien. Penelitian Ary (1986, dalam Delamater, 2006), bahwa pasien diabetes melitus menunjukkan kepatuhan yang lebih baik terhadap medikasi dibandingkan terhadap perubahan gaya hidup dan kepatuhan yang lebih baik pada penatalaksanaan yang sederhana dibandingkan dengan yang lebih kompleks. Lamanya program pengobatan dan perawatan memicu terjadinya ketidakpatuhan terhadap program yang sedang dilaksanakan oleh pasien. Penelitian lain menyebutkan bahwa kepatuhan menurun secara proporsional dengan peningkatan jumlah obat, kompleksitas program dan jangka waktu program pengobatan (Baum, *et al.*, 1985; Murray, *et al.*, 1986 dalam Stanley & Beare, 1999).

4) Sosial ekonomi

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lansia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lanjut usia maka dimasukkan dalam populasi *vulnerable* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

WHO (2001), melaporkan hasil penelitian *multicentre studi* tentang prevalensi, kesadaran, perawatan dan mengontrol hipertensi pada lansia di India dan Bangladesh: *Hypertension Study Group* (2001), menyebutkan prevalensi hipertensi lebih tinggi pada daerah urban daripada rural. Status pendidikan juga berhubungan dengan prevalensi hipertensi, dampak pada faktor sosial ekonomi meningkat seiring

dengan meningkatnya ketergantungan, beban biaya obat, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pendidikan kesehatan, perilaku mengkonsumsi obat, persepsi bahwa peningkatan tekanan darah hal yang biasa, konsep antara penyakit akut dan kronis.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat Indonesia dimana populasi lansia yang tinggal bersama keluarga pada umumnya yang juga merupakan penduduk urban yang tinggal di perumahan yang padat penduduk. Penyakit hipertensi sebagai salah satu penyakit kronis berdampak pada aspek ekonomi bagi penderita dan keluarganya. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2007) bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia sebanyak 37,17 juta orang dan dari jumlah tersebut 63,52% penduduk miskin berada di pedesaan. Lansia tahun 2010 yang tinggal di perkotaan sebesar 12.380.321 orang atau 9,58% dan lansia yang tinggal di pedesaan sebesar 15.612.232 orang atau 9,97% dari total penduduk lansia (<http://www.depsos.go.id>).

2.10.3 Faktor ancaman keseriusan penyakit hipertensi pada lansia

Hipertensi pada lansia tidak dapat dipandang sebagai proses yang normal, karena lansia dengan penyakit kronis hipertensi termasuk dalam populasi *vulnerable*. Data WHO (2000) menunjukkan di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% mengidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita. Angka ini kemungkinan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Sebanyak 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara sedang berkembang, termasuk Indonesia.

1) Persepsi keseriusan penyakit hipertensi pada lansia

Menurut Soenarto (2007), hipertensi sudah menjadi *global burden* dan prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari total penduduk

dewasa dan tahun 2000 hipertensi memberikan kontribusi 12,8% dari seluruh kematian dan 4,4% dari semua kecacatan (*InaSH, 2007*). Dalam jangka lama, hipertensi yang tidak dirawat dapat merusak berbagai organ seperti jantung, ginjal, pembuluh darah dan mata. Dampak penyakit menyebabkan penderita mengalami kelemahan, pusing, sakit kepala, vertigo, dan palpitasi. Kerusakan organ lebih lanjut mengakibatkan hipertrofi ventrikel kiri, angina pectoris, infark miokard, gagal jantung, stroke, nefropathy, penyakit arteri perifer, atau retinopati (Christensen, 2006; Sani, 2008).

2) Persepsi dampak fisiologis akibat hipertensi pada lansia

Hipertensi pada lansia disebut sebagai *silent killer* karena umumnya penderita tidak merasakan gejala saat tekanan darah meningkat. Hipertensi pada lansia biasanya tanpa gejala sampai perubahan vaskular terjadi di jantung, otak, mata, atau ginjal (Christensen, 2006). Keluhan yang dirasakan dan mempengaruhi fungsi organ sehingga penderita mengalami kelemahan, pusing, sakit kepala, vertigo, dan palpitasi. Penurunan kemampuan fisik dan perasaan tidak berdaya karena lansia tidak leluasa melakukan berbagai aktifitas karena keluhan peningkatan tekanan darah akan muncul ketika penderita kelelahan. Kondisi ketergantungan inilah yang menyebabkan kepatuhan lansia bersandar kepada orang yang memberikan bantuan kepadanya termasuk program diet, perawatan dan pengobatannya (Miller, 2000 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Bila tidak ditangani, hipertensi dapat memicu terjadinya stroke, kerusakan pembuluh darah (*arteriosclerosis*), serangan/gagal jantung, dan gagal ginjal (Anderson & Mc Farlan, 2007).

3) Persepsi dampak psikososial akibat hipertensi pada lansia

Menurut Hymovich dan Hagopian (1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) penyakit kronis menjadikan ketidakmampuan dalam

jangka waktu lama atau permanen yang mengganggu fungsi fisik, psikologis, atau sosial. Hipertensi merupakan penyakit kronis yang umum diderita oleh lanjut usia berdampak besar bagi kehidupan, karena mempengaruhi gaya hidup dan interaksinya dengan orang lain (Meiner & Lueckenotte, 2006). Kondisi ini menyebabkan individu berada dalam situasi krisis, yang akan mempengaruhi individu dengan stres yang berkelanjutan atau berulang (Charles *et al*, 2001).

Hal ini disebabkan sakit fisik yang dirasakan, ketidakmampuan, harga diri rendah, gangguan dalam kehidupan berkeluarga dan sosial, serta penurunan sumber-sumber finansial. Sumber keuangan keluarga dan lanjut usia berperan besar terhadap kemampuan melakukan upaya pengelolaan dan perawatan penyakit hipertensi. Gangguan fisik, karena penyakit atau proses menua, dapat diintegrasikan kedalam konsep diri, baik positif maupun negatif (Meiner & Lueckenotte, 2006). Dampak psikososial akibat penyakit hipertensi, mempengaruhi konsep diri lansia (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Dampak psikososial dapat dijelaskan berikut ini:

a) Ketidakpastian akibat penyakit hipertensi

Ketidakpastian adalah suatu pengalaman konstan pada penyakit kronis terkait munculnya gejala yang tidak dapat diprediksi dan tidak konsisten, pertanyaan terus-menerus tentang kekambuhan atau bertambah buruk, dan tidak mengetahui akibat kedepan terkait hidup dengan kondisi lemah. Lansia memilih untuk selalu berada di dalam rumah dan enggan melakukan berbagai aktifitas di luar rumah karena kekhawatiran tekanan darahnya akan meningkat. Untuk itu petugas kesehatan khususnya perawat komunitas perlu mengkaji pengalaman klien dan keluarga, dan membantunya mengembangkan strategi untuk hidup dalam ketidakpastian penyakit hipertensi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

b) Ketidakberdayaan akibat penyakit hipertensi

Ketidakterdayaan adalah persepsi seseorang kehilangan kekuatan dan kewenangannya untuk melakukan sesuatu yang akan mempengaruhi suatu akibat (Miller, 2000 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas,1999). Kondisi ketidakberdayaan, penurunan harapan dan kehilangan kontrol menyebabkan lansia menjadi pasif atau tidak berpartisipasi dalam program perawatan hipertensi.

c) Hambatan berhubungan sosial akibat penyakit hipertensi

Mereka akan mengalami hambatan berhubungan dengan orang lain dan hidupnya dibatasi oleh aturan-aturan terkait perawatan tekanan darah tinggi (Hitchcock, Schubert & Thomas,1999).

4) Dampak Spiritual akibat penyakit hipertensi

Kondisi berduka sebagai respon ketidakpastian, ketidakberdayaan dan hambatan berhubungan sosial dengan orang lain tersebut akan berdampak pada kondisi yang disebut *spiritual distress*. Tingkat keparahan dari penyakit akan menguji spiritualitas lansia, apakah menjadi semakin kuat atau malah menurun. Akibat lanjut dari penurunan spiritualitas adalah akan terjadi *spiritual distress* (Hymovich & Hagopian,1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas,1999). *Spiritual distress* dapat menyebabkan mimpi buruk dan gangguan tidur atau gangguan perilaku dan suasana hati ditandai dengan menangis, marah, menarik diri, cemas, permusuhan, atau apatis.

Tahap penerimaan seperti dijelaskan Kubler dan Ross (1969, dalam Kozier, *et al.*, 2004), bahwa seseorang akan menerima kenyataan bahwa penderita akan menerima penyakitnya sebagai bagian dari hidupnya yang harus diadaptasi (*acceptance*). Penderita lansia yang menderita hipertensi juga akan mengalami hal tersebut, sehingga perubahan

perilaku sebagai upaya beradaptasi dengan penyakit hipertensi salah satu caranya adalah meningkatkan spiritualitas, beribadah melalui kegiatan agama yang dianutnya. Kepercayaan spiritual dapat mempengaruhi persepsi lansia tentang penyakit hipertensi, sehingga membantu lanjut usia menyesuaikan diri terhadap penyakit hipertensi. Dampak positif proses adaptasi tersebut adalah lansia yang menderita hipertensi dapat mempertahankan status normotensi.

5) Persepsi Biaya akibat penyakit hipertensi

Besarnya biaya yang harus dibayarkan untuk perawatan penyakit, biaya pemeriksaan dokter dan rumah sakit, biaya yang secara tidak langsung dibayarkan, seperti bila timbul ketergantungan dan memerlukan rehabilitasi khusus, waktu yang hilang untuk bekerja, biaya perjalanan untuk berobat, biaya panggilan telepon, dan asuransi kesehatan (Hymovich & Hagopian, 1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

2.10.4 Faktor petunjuk alternatif bertindak atau isyarat perubahan perilaku pada lansia dengan hipertensi.

Isyarat yang dapat menjadi petunjuk atau dukungan bagi lansia untuk melakukan alternatif bertindak antara lain terdapat gejala hipertensi yang dirasakan, pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi, dampak penyakit hipertensi bagi kesehatan lansia. Dukungan ini mendorong seseorang untuk mencari pertolongan atau pengobatan atas penyakit yang dideritanya. Dukungan tersebut bisa berasal dari internal individu seperti merasakan tanda dan gejala penyakit dan persepsi terhadap penyakit tersebut. Dukungan yang berasal dari eksternal seperti dukungan keluarga, dukungan lingkungan termasuk petugas kesehatan dan pendidikan kesehatan dari media cetak dan elektronik.

Bentuk-bentuk dukungan tersebut dapat dijelaskan berikut ini:

1) Dukungan keluarga

Konsep dukungan keluarga diartikan sebagai konfirmasi verbal dan nonverbal, saran, kesediaan, keberadaan, menghargai, menyayangi, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, bantuan nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang dekat dengan lanjut usia di dalam lingkungan keluarganya (Gottlieb,1983 dalam Kuntjoro, 2002). Komponen dukungan keluarga antara lain : kerekatan emosi, integrasi sosial, adanya pengakuan ketergantungan yang dapat diandalkan, bimbingan dan kesempatan untuk mengasuh (Cutruna , 1994 dalam Kuntjoro, 2002). Klien lansia yang menunjukkan kesediaan untuk mengikuti program pengobatan tetapi sulit melakukannya, melalui dukungan keluarga, tetangga dan kerabat terdekat sangat membantu keberhasilan pengobatan pada lanjut usia tersebut (Stanley & Beare,1999).

2) Dukungan lingkungan

Lingkungan diartikan semua komponen yang berada diluar lanjut usia dan berpengaruh terhadap lanjut usia, antara lain tempat, benda, orang, ide, kepercayaan, organisasi, sistem transportasi, keamanan, privacy, hubungan dengan orang lain, budaya dan kebijakan (Cookman,1996 dalam Lee,1999). Faktor dukungan dari lingkungan yang berasal dari fasilitas yang diberikan oleh rumah sakit atau klinik berupa kartu pos ataupun telepon untuk mengingatkan pasien terhadap jadwal kontrol selanjutnya (Haynes,1979, dalam Delamater, 2006). Kepatuhan jangka panjang dapat diperkuat dengan hubungan persahabatan yang dibentuk selama melaksanakan program (Stanley & Beare, 2006). Kepatuhan lanjut usia dalam mematuhi apa yang dianjurkan petugas kesehatan untuk merawat tekanan darah tinggi, dipengaruhi oleh faktor interaksi nilai, pengalaman hidup lansia, kemampuan dari tenaga kesehatan, dan

kompleksitas cara atau aturan hidup yang diterapkan lansia (Stanley, Blair, dan Beare, 2005).

3) Dukungan pendidikan kesehatan

Peck (1982) menjelaskan bahwa perilaku menggunakan obat meningkat secara konsisten dengan berfokus pada pendidikan pasien. Banyaknya pendidikan kesehatan tentang pengelolaan hipertensi dan frekuensi menerima pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan berpengaruh terhadap keinginan lanjut usia untuk melakukan perawatan hipertensi dan perubahan perilaku. Isyarat yang dapat menjadi petunjuk bagi lanjut usia melakukan antara lain gejala hipertensi yang dirasakan, pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi, dampak penyakit hipertensi bagi kesehatan.

Pendidikan kesehatan dan media informasi sebagai sumber pengetahuan tentang dampak penyakit hipertensi bagi kesehatan lansia. Banyaknya media masa tentang pengelolaan hipertensi, frekuensi menerima pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan dan informasi yang diperoleh dari media cetak dan elektronik berpengaruh terhadap kemauan lansia untuk melakukan perawatan hipertensi. Instruksi yang jelas sebagai panduan atau petunjuk membantu individu dalam bersikap patuh melaksanakan suatu terapi.

4) Peran Perawat Komunitas dalam upaya Promosi Kesehatan

Perawat komunitas berperan dalam upaya promosi kesehatan bagi lansia yang berada di keluarga dan masyarakat. Menurut Pender (2002), promosi kesehatan pada populasi lansia merupakan kebutuhan utama untuk mencegah komplikasi dan mengurangi resiko yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Dalam perencanaan program promosi kesehatan untuk kelompok lansia yang menderita hipertensi, harus dimasukkan program pencegahan dan penanggulangan penyakit-penyakit degeneratif.

Anderson & McFarlane (2004), menggambarkan program pencegahan untuk penanganan hipertensi pada lansia menggunakan tiga level pencegahan, yaitu: primer, sekunder dan tersier. Upaya tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

a) Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah upaya menghindari penyakit atau tindakan promosi kesehatan dan preventif. Upaya pencegahan primer yang ditujukan untuk melawan resiko penyakit kardiovaskuler adalah perubahan sikap tentang pentingnya aktivitas fisik teratur yang sesuai untuk semua usia (Stanley & Beare, 2006). Lanjut usia hipertensi, tindakan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan pada penderita tentang hipertensi, faktor resiko, dan terapi obat. Pengetahuan pasien ditingkatkan dengan pemberian informasi tentang efek samping pengobatan, aturan diet, olahraga, dan teknik mengurangi stres (Christensen, 2006). Tindakan pencegahan dilakukan melalui modifikasi gaya hidup untuk mengurangi faktor risiko tekanan darah tinggi seperti menghindari rokok, mengurangi konsumsi garam, mengurangi berat badan bagi yang kegemukan, olah raga yang teratur, dan mengurangi konsumsi alkohol (Miller, 1999).

b) Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan saat penyakit telah terdeteksi dalam stadium awal. Aktifitas yang juga dilakukan dalam pencegahan sekunder adalah deteksi dini penyakit dalam keadaan tanpa gejala, misalnya saja pemeriksaan tekanan darah pada populasi lanjut usia yang berisiko mengalami hipertensi (Lueckenotte & Meiner, 2006). Deteksi dini dan penanganan penyakit kardiovaskuler dimulai dengan pengkajian riwayat penyakit dan pengkajian fisik secara seksama (Stanley & Beare, 2006). Adanya perfusi jaringan otak yang tidak adekuat dapat

diketahui melalui pengkajian perubahan perilaku yang dapat diobservasi seperti gelisah, kebingungan, dan jatuh.

Pengkajian perfusi ginjal dapat diobservasi melalui jumlah pengeluaran urine 24 jam. Pengkajian perfusi jaringan perifer yang tidak adekuat dapat bervariasi mulai dari kulit yang terasa dingin, pingsan, denyut tidak teraba dan oedema. Pengukuran tekanan darah secara akurat sangat penting untuk mengetahui adanya hipertensi. Kegiatan deteksi dini sangat besar manfaatnya untuk penanganan hipertensi pada lansia supaya tidak berkembang menjadi hipertensi berat (Stanley & Beare, 2006).

c) Pencegahan tersier

Pencegahan tersier dilakukan jika penyakit hipertensi telah menyebabkan komplikasi yang lebih parah. Pengetahuan tentang bagaimana cara menyeimbangkan suplai energi dengan kebutuhan tubuh sangat diperlukan untuk masalah kardiovaskuler kronis dengan gaya hidup. Penyesuaian gaya hidup maupun lingkungan untuk memastikan bahwa jantung lanjut usia dapat memenuhi kebutuhan darah yang mengandung oksigen untuk tubuh. Program untuk keseimbangan ini dimulai dengan faktor risiko yang dapat diubah, penyesuaian gaya hidup. Lansia akan mengalami kesulitan jika harus melakukan perubahan gaya hidup secara tiba-tiba dan gaya hidup yang harus diubah jumlahnya banyak (Stanley & Beare, 2006).

Pemeliharaan untuk mempertahankan kesehatan kardiovaskuler memerlukan tindakan yang berkelanjutan seimbang antara diet, latihan dan pengobatan (Stanley & Beare, 2006). Jenis aktivitas berubah sepanjang rentang kehidupan manusia sebagai bentuk partisipasi dalam menikmati kehidupan. Mempertahankan mobilitas fisik optimal sangat penting untuk kesehatan fisik dan mental lanjut usia. Suatu program rehabilitasi penyakit jantung

harus dimulai secara bertahap, mulai dari ambulasi dini dan meningkat setelah kondisinya stabil. Perlu ditetapkan prioritas perubahan perilaku atau gaya hidup jangka pendek yang paling menguntungkan tanpa mengurangi harga diri lanjut usia. Lanjut usia harus mendapatkan dukungan yang diperlukan sekecil apapun yang mengarah kepada perubahan perilaku gaya hidup untuk pencapaian tujuan jangka panjang yang dapat meningkatkan kesehatan (Stanley & Beare, 2006).

2.10.5 Faktor persepsi manfaat alternatif pilihan bertindak dan hambatan bertindak dalam hipertensi pada lansia

Kemungkinan tindakan berdasarkan keyakinan akan keuntungan dan halangan dalam perubahan perilaku menurut pengembangan suatu konsep kepatuhan berhubungan dengan interaksi perilaku dengan kepercayaan kesehatan seseorang. HBM berpandangan bahwa perilaku individu bergantung pada dua variable yaitu nilai yang ditempatkan individu pada hasil tertentu dan perkiraan individu tentang hasil yang diakibatkan dari tindakan yang ditentukan (Erackel, *et al*, 1984 dalam Stanley & Beare, 2006).

Pertimbangan keuntungan manfaat tindakan minus hambatan yang ada dalam melakukan tindakan perubahan perilaku kesehatan antara lain adanya faktor eksternal penyebab hipertensi yang dapat diubah (gaya hidup), upaya pengelolaan secara farmakologis dan non farmakologis, dampak kesehatan yang diperoleh adalah meningkatkan harapan hidup dan status kesehatan lanjut usia, kepatuhan bisa diupayakan dan ditingkatkan, memanfaatkan sumber ekonomi keluarga dan fasilitas keluarga sesuai kondisi ekonomi, dan adanya upaya pencegahan yang bisa dilakukan (Stanley & Beare, 2006).

Persepsi ini juga berhubungan dengan ketersediaan sumberdaya sehingga tindakan ini mungkin dilaksanakan. Upaya dalam kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia yang dapat dilakukan dapat dijabarkan berikut ini :

1) Terapi Farmakologi

Setiap orang dengan pengobatan terapeutik yang telah ditentukan dianggap beresiko untuk tidak patuh. Kegagalan pasien lanjut usia untuk berespon secara tepat terhadap obat yang efektif hampir selalu berkaitan dengan kegagalan pasien untuk menggunakan obat secara tepat daripada mengabsorbsinya (Hall,1973 dalam Stanley & Beare, 1999). Pengendalian tekanan darah yang diajukan *The joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Bloodpressure (JNCVII)* tahun 2007 sangat ketat untuk lanjut usia adalah tekanan darah sistolik ≤ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg (Sani, 2008).

Lanjut usia dengan hipertensi, penurunan tekanan darah diastolik hendaknya mempertimbangkan aliran darah ke otak, jantung dan ginjal. Direkomendasikan penurunan tekanan darah diastolik ≤ 160 mmHg sebagai sasaran intermediet tekanan darah, atau penurunan sebanyak 20 mmHg dari tekanan darah awal. Menurut *The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* (1997) dalam Kuswardani (2006) pilihan pertama untuk pengobatan pada penderita hipertensi lanjut usia adalah diuretik atau penyekat beta, pada kasus hipertensi sistolik terisolasi, direkomendasikan penggunaan diuretik dan antagonis kalsium. *The Joint National Committee* menjelaskan penggunaan obat-obatkan untuk terapi awal tidak direkomendasikan. Percobaan untuk mengetahui efek terapi awal, hasilnya tidak efektif dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas (Miller,1999). Terapi

obat-obatan anti hipertensi bersamaan dengan terapi non farmakologi dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah.

Terapi obat hanya membuat tekanan darah kembali normal tetapi tidak menjamin tekanan darah tidak naik lagi. Dampak terapi farmakologi adalah hasil penurunan tekanan darah dan berkurangnya keluhan pasien. Untuk mendorong dan meyakinkan keefektifan mengontrol tekanan darah pasien lanjut usia hipertensi hal terpenting untuk dipahami adalah faktor efek samping obat. Tanda klinis tidak bisa menjadi suatu indikator yang dapat dipercaya dan penghitungan pil dapat salah arti bahwa terdapat 20% dari 20 subyek yang dibuktikan dengan urine *hydrochlorothiazide assay* merupakan orang yang patuh, mempunyai tekanan darah diastolik lebih 95 mmHg (Craig, 1985 dalam Stanley & Beare, 2006).

Menurut Sani (2008) untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita hipertensi, pedoman yang direkomendasikan antara lain pasien harus mendapat informasi yang tepat mengenai obat dan aturan pakainya, pasien harus paham mengenai tujuan pengobatan, penurunan tekanan darah harus bertahap untuk menurunkan efek yang tidak diinginkan, pasien harus dilibatkan dalam pengobatannya dan harus diberi pemahaman mengenai hipertensi dan akibatnya, pengobatan hipertensi harus efektif dari segi biaya dan dengan aturan pakai yang sederhana, sediaan kerja panjang (*long acting*) dan dosis sekali minum harus lebih dipilih, dan pendekatan terapeutik harus dipilih jika pengobatan awal tidak berhasil.

2) Terapi Non Farmakologi dan Perubahan gaya hidup

Penerapan gaya hidup sehat bagi setiap orang sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang penting dalam penanganan hipertensi (He J., *et al.*, 2000). Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan perubahan gaya

hidup. Pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia antara lain dengan terapi non farmakologi seperti diet dengan banyak sayuran dan buah, diet rendah lemak, minum susu rendah lemak dapat menurunkan tekanan darah, diet tinggi kalium dan kalsium, diet rendah garam direkomendasikan < 2.4 g (100 mEq)/hari, walaupun ada pasien lanjut usia hipertensi yang tidak sensitif terhadap garam (Stanley, Blair, & Beare, 2005; Holroyd & Creer, 1986 dalam Lueckenotte & Meiner, 2006).

The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (1997) dalam Kuswardani (2006) menjelaskan beberapa pola hidup yang harus diperbaiki antara lain menurunkan berat badan jika ada kegemukan, mengurangi minum alkohol, meningkatkan aktivitas fisik aerobik, mengurangi asupan garam, mempertahankan asupan kalium, kalsium dan magnesium yang adekuat, berhenti merokok, mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol. Modifikasi gaya hidup sebagai langkah pertama perawatan hipertensi, harus menjadi fokus saat membuat rencana perawatan. Perubahan yang sudah terlihat menurunkan tekanan darah dapat terlihat pada tabel 2.3

Tabel 2.3 Modifikasi Gaya Hidup untuk Mengontrol Hipertensi*

Modifikasi	Rekomendasi	Kira-kira penurunan tekanan darah range
Penurunan berat badan	Pelihara berat badan normal (BMI 18.5 – 24.9)	5-20 mmHg/10-kg penurunan BB
Adopsi pola makan DASH	Diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak	8-14 mm Hg
Diet rendah sodium	Mengurangi diet sodium, tidak lebih dari 100meq/L (2,4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	2-8 mm Hg
Aktifitas fisik	Regular aktifitas fisik aerobik seperti jalan kaki 30 menit/hari, beberapa hari/minggu	4-9 mm Hg ¹⁸

Sumber. *The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* (1997) dalam Kuswardani, 2006).

2.10.6 Faktor perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi

Faktor ini sebagai bagian terakhir dari pemenuhan kebutuhan yang secara subyektif dipersepsikan oleh penderita hipertensi. Tindakan ini merupakan interaksi dan aplikasi dari faktor pertimbangan manfaat bertindak lebih besar daripada hambatan yang ditetukan dan faktor persepsi ancaman dari penyakit hipertensi seperti komplikasi stroke, gagal ginjal dan kerusakan organ target lainnya (Christensen, 2006). Pada lanjut usia dengan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg, penanganan pertama yang dilakukan adalah memodifikasi gaya hidup, dan terapi obat mulai diberikan bila tekanan darah lebih dari 180 mmHg (Miller, 1995).

Memodifikasi gaya hidup merupakan indikasi untuk semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi. Modifikasi gaya hidup ini secara langsung dapat mengurangi tekanan darah dan keseluruhan risiko kardiovaskuler (Stanley, Blair & Beare, 2005). Penatalaksanaan yang paling tepat pada lansia hipertensi adalah penatalaksanaan yang bersifat nonfarmakologis berupa perubahan pola hidup seperti: pengontrolan berat badan, mengatur diet, latihan fisik yang teratur, mengurangi stress, menghindari rokok, membatasi konsumsi alkohol, serta melakukan pemeriksaan darah secara rutin. Deteksi dini dan pengaturan yang efektif dari hipertensi sangat penting untuk mencegah berbagai masalah gangguan jantung (Kowalski, 2010; Burke dan Iarmie, 2000; Martuti, 2009; Stanley, Blair & Beare, 2006; Miller, 1995).

Upaya modifikasi gaya hidup untuk mengendalikan peningkatan jumlah lansia penderita hipertensi di masyarakat antara lain :

a) Mengatur diet

Kebiasaan makan yang diduga berhubungan dengan kejadian hipertensi adalah pola konsumsi buah dan sayur, makanan manis, makanan asin, makanan berlemak, jeroan, makanan awetan, minuman beralkohol, dan

minuman berkafein (Fitriana, 2010). Makanan asin dan makanan yang diawetkan adalah makanan dengan kadar natrium tinggi. Natrium adalah mineral yang sangat berpengaruh pada mekanisme timbulnya hipertensi. Bahwa makanan asin dan awetan biasanya memiliki rasa gurih sehingga dapat meningkatkan nafsu makan. Pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah (Krisnatuti & Yenrina, 2005 dalam Fitriana, 2010).

Menurut *JNC VI*, 1997 dalam Kuswardani (2006), menyarankan pola makan *DASH* yaitu diet yang kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak dengan kadar total lemak dan lemak jenuh berkurang. Natrium yang direkomendasikan < 2.4 g (100 mEq)/hari. *DASH (Dietary Approach for Stop Hypertension)* menetapkan asupan natrium terbatas 1.500 mg/hari. Menurut Martuti (2009), penderita hipertensi perlu membatasi asupan garam karena kandungan mineral *natrium (sodium)* di dalamnya memegang peranan penting terhadap timbulnya hipertensi. Sumber *natrium/sodium* yang utama adalah garam dapur (*natrium klorida*), penyedap masakan (*monosodium glutamate/MSG*) dan *sodium karbonat*. Bahan makanan yang mengandung natrium tinggi antara lain keju, margarin dan mentega. Bahan makanan yang mengandung natrium tinggi antara lain keju, margarin dan mentega.

Kalium (potasium) memiliki sifat yang berlawanan dengan natrium. Mengonsumsi kalium akan meningkatkan konsentrasi di dalam cairan intraseluler sehingga cenderung menarik cairan dari ekstraseluler dan menurunkan tekanan darah. Kalium merangsang pengeluaran urine sehingga pengeluaran natrium meningkat (Martuti, 2009). Jadi, mengonsumsi natrium harus diimbangi dengan kalium dengan rasio 1:1. Kebutuhan kalium perhari berkisar 1.500-3000 mg. Ini dapat dipenuhi dengan memperbanyak konsumsi buah dan sayuran (Martuti, 2009). Kalsium juga dapat menurunkan tekanan darah. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa suplemen kalsium 1 gr/hari pada orang

dewasa sehat, dalam lima bulan dapat menurunkan tekanan darah. Kebutuhan kalium harian untuk orang dewasa berkisar 500-800 mg. Makanan yang banyak mengandung kalsium adalah susu dan hasil olahannya, sereal, kacang-kacangan.

Konsumsi jenis pangan yang digoreng (*deep frying*) berpengaruh meningkatkan asupan energi dari lipid. Konsumsi makanan tinggi lemak juga dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah yang dikenal dengan arterosklerosis. Pembuluh darah menjadi semakin sempit dan elastisitasnya berkurang. Kandungan lemak atau minyak jika jumlahnya berlebih dapat mengganggu kesehatan yaitu kolesterol, trigliserida, *low density lipoprotein (LDL)* (Almatsier, 2003 dalam Fitriana, 2010). Kolesterol merupakan lemak yang berkaitan dengan hipertensi. Ada dua macam kolesterol yaitu *HDL* dan *LDL (Low Density Lipoprotein)*, namun yang berbahaya bagi tubuh adalah *LDL* karena paling banyak mengangkut kolesterol dalam darah. Kolesterol *LDL* dan *HDL* harus berada dalam tubuh secara seimbang.

Jika *LDL* cenderung lebih tinggi dari *HDL*, maka akan dapat terjadi pengendapan kolesterol dalam arteri sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang berakibat terjadinya peningkatan tekanan darah (Martuti, 2009). Asam lemak jenuh ditemukan dalam daging, produk susu, kelapa sawit dan minyak kelapa. Pengontrolan terhadap kadar kolesterol darah pada penderita hipertensi dianjurkan setiap satu bulan sekali (Depkes RI, 2008). Miller (1995), menjelaskan bahwa untuk mendeteksi risiko penyakit kardiovaskuler pada lansia, jika serum kolesterol berada di bawah 200 mg/dl harus dicek setiap 5 tahun sekali namun jika serum kolesterol berada antara 200-239 mg/dl, harus diikuti diet rendah kolesterol dan harus dikontrol setiap bulannya dan jika serum kolesterol 240 mg/dl atau lebih akan mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Magnesium berfungsi sebagai vasodilator (pelebaran pembuluh darah). Kebutuhan magnesium perhari adalah 200-500 mg.

Bahan makanan sumber magnesium antara lain sayuran hijau, kacang-kacangan, biji-bijian, daging, susu, coklat dan teri.

Serat makanan juga dibutuhkan untuk proses metabolisme dalam tubuh. Diet tinggi serat bermanfaat untuk menghindari kelebihan lemak, lemak jenuh dan kolesterol. Setiap gram konsumsi serat dapat menurunkan kolesterol *LDL* rata-rata 2,2 mg/dl. Konsumsi serat juga menghindari kelebihan gula dan natrium, serta dapat menurunkan berat-badan dan mencegah kegemukan. *Dietary Guidelines for American* menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat 20-35 gr/hari (Martuti, 2009). Dalam menyajikan makanan, pilih yang mengandung serat tinggi, rendah kolesterol dan tidak memacu obesitas (Martuti, 2009). Perlu empati dari keluarga berkaitan pola diet lansia hipertensi seperti menyediakan masakan dengan sedikit garam untuk seluruh keluarga dan tidak menyediakan garam dimeja makan, membantu penderita untuk mengurangi konsumsi garam dan menghadirkan makanan bagi seluruh anggota keluarga sehingga penderita mendapat dukungan yang besar dari keluarga melalui diet dan hidangan makanan yang disediakan. Memilih dan Menyajikan makanan yang mengandung serat tinggi, rendah kolesterol dan tidak memicu obesitas (Martuti, 2009).

b) Pengontrolan berat badan

Lansia hipertensi harus tetap menjaga berat badan kurang dari 110% dari berat ideal (Miller,1995). Obesitas juga merupakan faktor risiko yang sangat menentukan tingkat keparahan hipertensi, sehingga dianjurkan pengontrolan indeks massa tubuh (IMT) lansia hipertensi setiap satu bulan sekali (Depkes RI, 2008). Serat pangan dapat membantu meningkatkan pengeluaran kolesterol melalui feces dengan jalan meningkatkan waktu transit bahan makanan melalui usus kecil. Selain itu, konsumsi serat sayur dan buah akan mempercepat rasa kenyang. Keadaan ini menguntungkan karena dapat mengurangi

pemasukan energi dan obesitas, dan akhirnya akan menurunkan risiko hipertensi (Krisnatuti & Yenrina, 2005 dalam Fitriana, 2010). Dapat disimpulkan bahwa dengan mengontrol berat badan dapat mengurangi resiko terjadinya hipertensi pada lansia.

c) Aktifitas fisik dan olah raga dapat menurunkan tekanan darah

Tekanan darah akan lebih tinggi pada saat melakukan aktivitas fisik dan lebih rendah ketika beristirahat (Arnilawati, 2007 dalam Fitriana, 2010). Seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang memiliki kecenderungan 30% -50% terkena hipertensi daripada mereka yang masih aktif. Olah raga secara teratur paling sedikit 30 menit/hari minimal tiga hari per minggu ideal untuk sebagian besar pasien. Olah raga yang teratur juga dapat menurunkan berat badan (Kuswardani, 2006). Olah raga aerobik secara teratur paling tidak 30 menit/hari dan beberapa hari per minggu ideal untuk kebanyakan pasien. Studi menunjukkan olah raga aerobik, seperti jogging, berenang, jalan kaki, dan menggunakan sepeda, dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga atau aktivitas fisik yang mampu membakar 800-1000 kalori akan meningkatkan *high density lipoprotein (HDL)* sebesar 4mmHg (Fitriana, 2010).

Pasien harus konsultasi dengan dokter untuk mengetahui jenis olah-raga mana yang terbaik terutama untuk pasien dengan kerusakan organ target. Aktifitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah sistolik pada pasien hipertensi lebih kurang 4 sampai 9 mmHg. Aktifitas fisik pada lansia hipertensi secara teratur, perlu mendapat perhatian dari keluarga yang yang bertanggungjawab merawat penderita hipertensi dirumah, seperti mengingatkan lansia untuk selalu berolahraga, atau lebih baik jika ditemani untuk melakukan olahraga ringan teratur. Lansia dengan hipertensi direkomendasikan untuk melakukan aktifitas fisik secara teratur tiga sampai lima kali seminggu seperti berjalan cepat selama 3045 menit (Miller, 1995).

d) Menghindari rokok dan minum alkohol serta minum kopi

Tandra (2003 dalam Fitriana, 2010) menyatakan bahwa nikotin mengganggu sistem saraf simpatis yang mengakibatkan meningkatnya kebutuhan oksigen miokard. Selain menyebabkan ketagihan merokok, nikotin juga meningkatkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan kebutuhan oksigen jantung, memicu pelepasan adrenalin, serta menyebabkan gangguan irama jantung. Rokok dapat menyebabkan peningkatan kecepatan detak jantung serta memicu penyempitan pembuluh darah. Jantung akan bekerja lebih keras untuk dapat mengalirkan darah keseluruh tubuh sehingga memicu naiknya tekanan darah. Pasien hipertensi yang merokok harus dilakukan konseling berhubungan dengan risiko lain yang dapat diakibatkan oleh merokok. Konsumsi Alkohol sebagai faktor penting yang berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sehingga harus dihindari (Hartono, 2006 dalam Fitriana, 2010).

Konsumsi alkohol 3 kali lipat per hari dapat menjadi pencetus meningkatnya tekanan darah dan berhubungan dengan peningkatan 3 mmHg. Konsumsi alkohol seharusnya kurang dari 2 kali per hari (24 oz bir, 10 oz wine, atau 2 oz whiskey murni) pada laki-laki untuk pencegahan peningkatan tekanan darah. Bagi perempuan dan orang yang memiliki berat badan berlebih, direkomendasikan tidak lebih dari 1 kali minum per hari (Fitriana, 2010). Lansia hipertensi harus membatasi pemasukan ethanol 1 ons perhari Miller (1995).

Penelitian mengenai pengaruh kafein terhadap kejadian hipertensi belum menunjukkan hasil yang konsisten. Beberapa penelitian menunjukkan adanya pengaruh negatif antara konsumsi kafein dengan kejadian hipertensi. Dua studi kohort yang dilakukan selama 15 tahun pada 155.594 wanita berusia 30-35 tahun dari *Nurses Health Studies (NHSs)*, keduanya tidak menunjukkan hubungan linear antara konsumsi kafein dengan risiko kejadian hipertensi. Kafein mempunyai sifat

antagonis endogenous adenosin, sehingga dapat menyebabkan vasokonstriksi dan peningkatan resistensi pembuluh darah tepi. Untuk membantu penderita hipertensi tidak merokok dan minum alkohol, keluarga harus memberikan dukungan dengan cara menghindari rokok dan alkohol. Minimal jangan sampai mengkonsumsi rokok dan alkohol didepan penderita hipertensi (Martuti, 2009). Disimpulkan bahwa menghindari rokok dan alkohol dan kafein merupakan salah satu cara untuk mencegah peningkatan tekanan darah hipertensi atau pada lansia.

e) Mengurangi stress

Stres dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatik yang mengatur fungsi saraf dan hormon dan berdampak pada peningkatan tekanan darah. Selain itu, faktor psikososial menyebabkan seseorang menjadi tidak sabar, prestasi kerja menurun, mudah tersinggung, depresi dan rasa gelisah berhubungan dengan kejadian hipertensi (Aisyiyah, 2009 dalam Fitriana, 2010). Penderita hipertensi dianjurkan untuk hidup rileks dan menghindari stress (Martuti, 2009). Menciptakan suasana rumah yang damai dan penuh kekeluargaan, ikutsertakan lansia untuk berekreasi supaya hidup lebih santai dan tidak emosional serta hindarkan suasana yang dapat membangkitkan emosi (Martuti, 2009). Dapat disimpulkan bahwa stress dapat dihindari dalam kehidupan ini, tetapi stress dapat dikelola dengan baik melalui koping yang positif, dukungan keluarga atau orang terdekat sehingga tekanan darah dapat dipertahankan dalam status normotensi pada lansia hipertensi.

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menjelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan bagan hubungan antara variabel yang akan diteliti, dan memandu peneliti dalam merumuskan hipotesis penelitian. Definisi operasional disusun untuk mempermudah pemahaman peneliti dalam mendefinisikan arti setiap variabel yang dilakukan penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagan yang menunjukkan hubungan antar variabel, yang dapat memberikan gambaran pola berfikir berkaitan dengan cara dan proses penelitian yang dilakukan dengan menempatkan bagian-bagian teori dalam variabel sesuai dengan variabel yang diteliti. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Semarang. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik lansia, persepsi keseriusan ancaman penyakit dan petunjuk perilaku bertindak serta kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebagai variabel terikat.

Karakteristik individu merupakan salah satu faktor kritis yang membentuk seseorang berhasil dalam menjalani "putaran kepatuhan" bersama tiga faktor lainnya yaitu kondisi kesehatan, terapi dan jaringan sosial (Klein, *et al.* (2006). Dalam konsep HBM karakteristik individu termasuk dalam faktor demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, suku, pendidikan, status pernikahan, status tinggal, status gizi dan kepribadian serta pengetahuan. Karakteristik lansia dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status tinggal lansia, status gizi atau IMT,

status sosial ekonomi atau penghasilan, lama menderita hipertensi, lama pengobatan hipertensi, riwayat penyakit keluarga dan pengetahuan yang dihubungkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi merupakan ancaman yang dirasakan terhadap risiko yang muncul akibat menderita hipertensi. Kondisi ini mengacu pada pola pikir seseorang terhadap penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman meningkat maka terjadi perilaku pencegahan. Dalam konsep model HBM menurut Sarafino (1990), penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada kerentanan atau besarnya potensi risiko yang terjadi dan dirasakan (*perceived vulnerability*). Persepsi ancaman merupakan perpaduan persepsi dari ancaman dan kerentanan atau berisiko. Semakin berat risiko suatu penyakit dan semakin besar risiko individu itu terkena penyakit tersebut, semakin besar ancaman yang dirasakan. Petunjuk untuk berperilaku bertindak (*cues to action*) diduga tepat untuk memulai proses perilaku dari informasi yang berasal dari luar, misalnya nasehat orang lain, media masa, kampanye, pengalaman dari orang lain yang pernah mengalami hal yang sama. Persepsi ancaman keseriusan dan petunjuk untuk berperilaku bertindak merupakan variabel bebas yang dihubungkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebagai variabel terikat.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel Bebas (*Independent*)

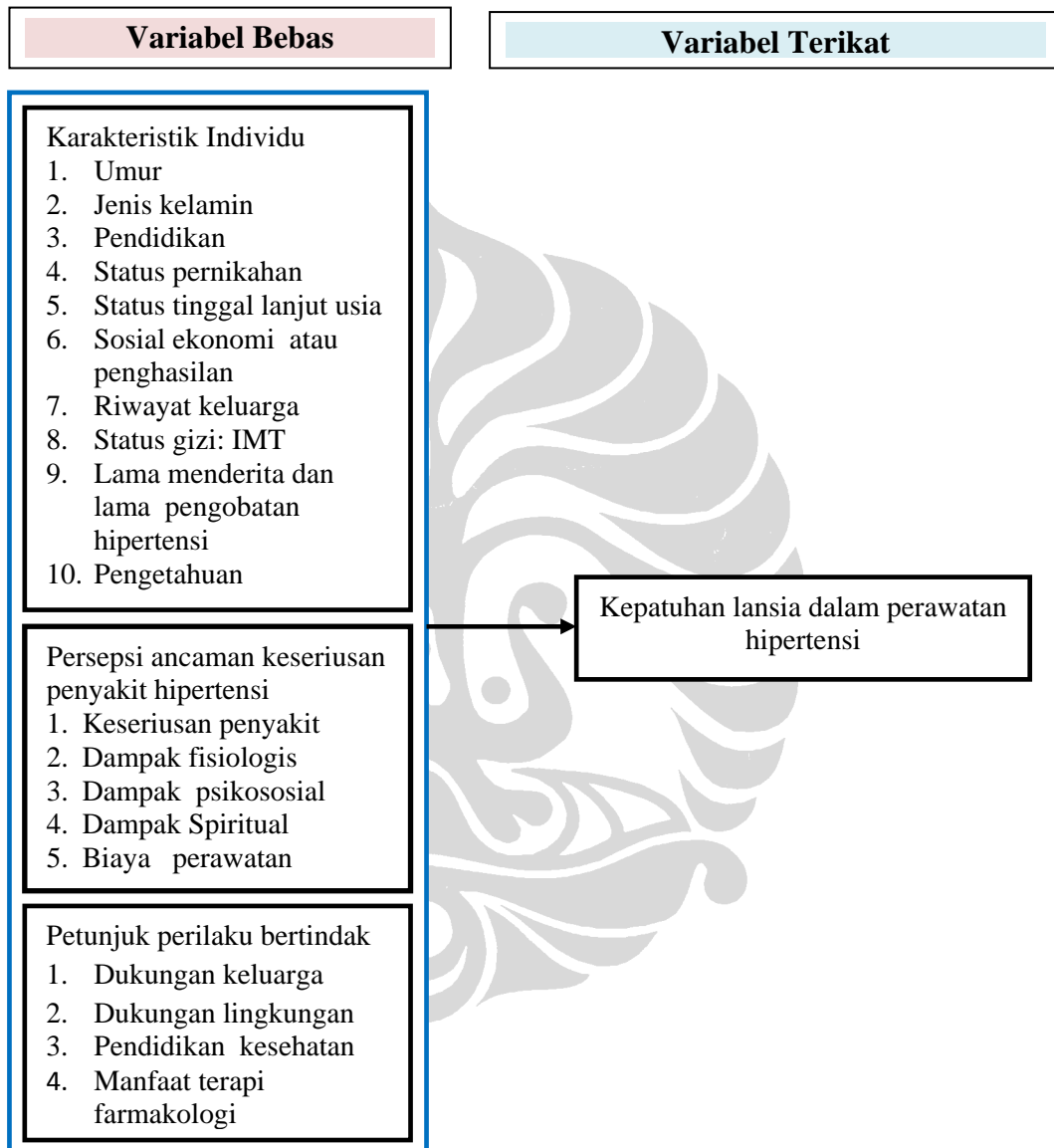
Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu karakteristik individu, persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi dan petunjuk perilaku bertindak dalam pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia.

3.1.2 Variabel terikat (*Dependent*)

variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia.

Hubungan antara variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam kerangka konsep seperti skema 3.1 di bawah ini.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara dan akan menjadi pedoman bagi peneliti dalam mencari hubungan antar variabel (Polit dan Hungler, 1999; Dahlan, 2008).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ada pengaruh karakteristik lansia terhadap tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi
- 2) Ada pengaruh persepsi tentang keseriusan penyakit hipertensi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 3) Ada pengaruh persepsi tentang dampak fisiologis penyakit hipertensi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 4) Ada pengaruh persepsi tentang dampak psikososial penyakit hipertensi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 5) Ada pengaruh persepsi tentang dampak spiritual penyakit hipertensi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 6) Ada pengaruh persepsi tentang biaya perawatan penyakit hipertensi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 7) Ada pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 8) Ada pengaruh dukungan lingkungan terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 9) Ada pengaruh terapi farmakologi dan non farmakologi terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 10) Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi
- 11) Ada hubungan faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi

3.3 Variabel dan Definisi Operasioanal

Definisi operasional merupakan suatu cara untuk mempermudah pemahaman peneliti dalam mendefinisikan arti setiap variabel yang diukur untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisis data. Variabel dan definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1
Variabel dan definisi operasional

1. Variabel Indipenden				
1. Faktor Karakteristik lansia				
Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Faktor Karakteristik lansia	Karakteristik dasar lansia	Cara: 1. menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. membuat skoring		
1.Usia	Umur responden dalam tahun dihitung dari tahun kelahiran.	Responden mengisi item umur dari kuisioner yang diberikan	0:lansia: 60 -74 tahun 1:lansia tua \geq 75 tahun	Nominal
2.Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuisioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuisioner yang menyediakan dua alternatif	1: laki-laki 0: perempuan	Nominal
3.Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah diikuti responden	Responden mengisi item pendidikan terakhir sesuai ijazah yang dimiliki pada kolom kuisioner	1: pendidikan rendah 0: pendidikan tinggi	Nominal
4.Status pernikahan	Status perkawinan reponden secara resmi	Responden mengisi item status perkawinan dari kuisioner	0: menikah - berpasangan 1: duda/ janda	Nominal
5.Status tinggal lansia	Status tinggal lansia saat ini	Responden lansia mengisi status tinggalnya saat ini dari kuisioner yang diberikan	0: bersama anak, cucu / anggota keluarga lain 1:tinggal sendiri / tidak bersama keluarga	Nominal
6.Sosial ekonomi	Kepemilikan , ketersediaan aset berharga atau uang sebagai jaminan biaya perawatan hipertensi.	Responden lansia mengisi sosial ekonomi dari kuisioner	Nilai median 0:penghasilan Kurang < 1.2500.000 1:penghasilan kurang > 1.250.000	Nominal
7.Riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi	Ada atau tidak ada riwayat anggota keluarga lanjut usia (orang tua saudara dan sekandung) yang menderita hipertensi.	Responden mengisi dari kuisioner	1: Ada 0: Tidak ada	Nominal

Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
8. Status gizi : Indeks Masa Tubuh	Kondisi status gizi seseorang diukur dengan indeks masa tubuh (IMT), rumus: $IMT = \frac{BB \text{ (Kg)}}{TB \times TB \text{ (m)}}$	Pengukuran antropometri menggunakan timbangan secca dan microtoise / meteran. Kuisisioner .	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak normal (IMT < 18 dan IMT (25-29) serta IMT >30) • Normal IMT (19-24) 	Nominal
9. Lama menderita hipertensi	Lama menderita hipertensi dihitung dalam jumlah tahun atau bulan sejak ditetapkan menderita hipertensi oleh petugas kesehatan.	Responden lansia mengisi persepsi lama menderita hipertensi dari kuisisioner	<ul style="list-style-type: none"> • rentang waktu < 1 tahun. • rentang waktu > 1 tahun 	Ordinal
10. Lama pengobatan	Lama pengobatan hipertensi dihitung dalam jumlah tahun atau bulan sejak berusaha melakukan pengobatan	Responden lansia mengisi persepsi lama pengobatan hipertensi dari kuisisioner	<ul style="list-style-type: none"> • rentang waktu < 1 tahun. • rentang waktu > 1 tahun 	Ordinal
11. Pengetahuan	Kemampuan lansia mengetahui tentang hipertensi	Responden lansia menjawab 14 pertanyaan kuisisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • pengetahuan kurang $\leq 14,00$ • pengetahuan baik $>14,00$ 	ordinal
2. Persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi				
Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi	Pandangan tentang dampak negatif atau keseriusan akibat peningkatan tekanan darah yang mendorong lansia melakukan tindakan perawatan	Cara: 1. menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. membuat skoring		
1. Keseriusan penyakit	Pernyataan lansia tentang berat atau tidaknya penyakit hipertensi.	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan kuisisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • Penyakit yang serius ≤ 65 • Penyakit yang tidak serius ≤ 65 	ordinal
2. Biaya pengobatan	Penilaian lansia tentang biaya pengelolaan perawatan hipertensi	Responden lansia menjawab 2 pertanyaan kuisisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • Murah ≤ 5000 • mahal > 5000 	ordinal
3. Dampak fisiologis	Ada atau tidaknya keluhan fisik yang dirasakan	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan kuisisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • kecil $\leq 27,00$ • besar $> 27,00$ 	Ordinal

Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
4.Dampak psikososial	Ada atau tidaknya keluhan psikososial yang dirasakan	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • Negatif $\leq 24,00$ • Positif $>24,00$ 	ordinal
5.Dampak Spiritual	Peningkatan atau penurunan motivasi menjalankan kegiatan spiritual: berdoa, sholat dsb. Sesuai agama yang dianut.	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai mean • Rendah $\leq 32,10$ • Tinggi $> 32,10$ 	ordinal

3. Petunjuk \square Alternatif untuk bertindak

Variabel/sub variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Petunjuk Alternatif untuk bertindak	Isyarat bertindak berasal dari dalam dan dari luar lansia yang memberikan dorongan kuat untuk melakukan perawatan hipertensi	Cara: 1. menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. membuat skoring		
1.Dukungan keluarga	Semua bentuk dukungan keluarga secara bermakna dalam upaya perawatan hipertensi pada lansia	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • lemah $\leq 30,00$ • kuat $> 30,00$ 	Ordinal
1.Dukungan lingkungan	Semua bentuk dukungan secara bermakna dari lingkungan dalam upaya perawatan hipertensi pada lansia	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai mean • lemah $\leq 29,90$ • kuat $> 29,90$ 	Ordinal
2. Manfaat terapi Farmakologi	Penilaian tentang manfaat minum obat yang biasa digunakan untuk mengontrol tekanan darah	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • Kurang bermanfaat $\leq 30,00$ • sangat bermanfaat $> 30,00$ 	ordinal
4.Pendidikan kesehatan	Semua bentuk informasi penyuluhan kesehatan tentang hiper tensi yang disampaikan oleh petugas kesehatan termasuk perawat.	Responden lansia menjawab 10 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • kurang $\leq 29,00$ • baik $> 29,00$ 	ordinal

2. Variabel dependen

Kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi

Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi	Tingkat perilaku lansia yang melaksanakan petunjuk perawatan hipertensi dengan terapi obat-obatan dan terapi non farmakologi baik itu diet, latihan fisik dan olah raga, perubahan gaya hidup.	Cara: 1. menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. membuat skoring		
Kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi	Penilaian tentang manfaat minum obat yang biasa digunakan untuk mengontrol tekanan darah dan tindakan atau kegiatan selain pengobatan yang dilakukan secara teratur dan berkesinambungan dalam upaya mempertahankan status normotensi.	Responden lansia menjawab 28 pertanyaan dari kuisioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai median • Kurang patuh $\leq 89,50$ • Patuh $> 89,50$ 	ordinal

BAB IV METODE PENELITIAN

Dalam bab ini berisi uraian tentang rancangan penelitian, populasi, sampel, sampling, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data dan prosedur pengumpulan data. Rancangan penelitian dapat dijelaskan berikut ini:

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara mengukur variabel pada satu saat tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Penelitian dengan pendekatan *cross sectional* untuk meneliti hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang dilakukan observasi dan diukur sekaligus dalam waktu yang sama (Riyanto, 2011). Penelitian ini untuk melihat analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan yang terdiri karakteristik lansia dan persepsi ancaman penyakit, petunjuk lansia untuk bertindak dengan variabel terikat kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia yang berumur 60 tahun ke atas yang menderita hipertensi bertempat tinggal di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Jawa Tengah. Jumlah lansia yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol adalah jumlah lansia yang menderita hipertensi dari 35 posyandu lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang sebesar 347 orang yang tersebar di tiga kelurahan. Berdasarkan data sekunder (2010) dari Puskesmas Srandol Kota Semarang lansia yang menderita hipertensi dari Kelurahan Srandol kulon 63 orang, lansia dari Kelurahan Srandol Wetan 211 orang dan Kelurahan Banyumanik 73 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang ada di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Jawa Tengah yang diperoleh pada saat dilakukan pengambilan sampel data tanggal 13 – 18 Juni 2011 dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Bisa mendengar dengan jelas
- d. Mengerti bahasa Indonesia
- e. Dinyatakan sedang menderita hipertensi oleh petugas kesehatan, dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah distolik ≥ 90 mmHg .

Populasi penelitian sebesar 347 orang, maka peneliti menentukan besar sampel menggunakan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2000), karena untuk populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000 populasi, dapat menggunakan rumus yang lebih sederhana yaitu:

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

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan atau ketetapan yang diinginkan. Dalam penelitian ini peneliti menetapkan tingkat kepercayaan adalah 0.1 atau 10%.

Besar sampel yang diambil berdasarkan rumus di atas adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{347}{1 + 347(0.1^2)} \Rightarrow n = \frac{347}{1 + 347(0.01)}$$

$$n = \frac{347}{1 + 3.47} \Rightarrow n = \frac{347}{4.47}$$

n = 77,62 orang

Berdasarkan perhitungan tersebut, besar sampel dalam penelitian ini adalah 77,62 dan dibulatkan menjadi 78 orang. Satroasmoro dan Ismael (2002), menyebutkan bahwa untuk mengantisipasi kemungkinan adanya drop out, ditambahkan jumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus:

$$n^* = n/(1-f)$$

$$n^* = 78/(1-0,1)$$

$$n^* = 77,9$$

Ket: n^* = Besar sampel setelah dikoreksi

f = Perkiraan proporsi drop out (0,1)

Berdasarkan perhitungan dengan rumus tersebut penambahan sampel sebesar 7,79 dan dibulatkan 8 orang, didapatkan jumlah sampel pada penelitian ini menjadi 78 + 8 lansia atau 86 sampel lansia. Jadi total sampel untuk penelitian ini sebesar 86 orang lanjut usia yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Spondol Semarang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling berdasarkan besar sampel untuk setiap area sampling atau kelurahan. Berdasarkan perhitungan, besar sampel dalam penelitian ini yaitu 86 orang. Sampel dalam area penelitian ini adalah populasi lansia yang menderita hipertensi yang bertempat tinggal di tiga kelurahan dalam area atau wilayah kerja Puskesmas Spondol Semarang. Wilayah kerja Puskesmas Spondol meliputi tiga (3) kelurahan, yaitu kelurahan Spondol Kulon, kelurahan Spondol Wetan dan Kelurahan Banyumanik. Teknik pengambilan sampel untuk setiap kelurahan dalam penelitian ini menggunakan *proporsional random sampling* yaitu pengambilan anggota sampel yang jumlah setiap area penelitian tidak homogen dan berstrata secara proporsional (Sugiyono, 2011).

a) Persiapan penelitian

Persiapan pengambilan data dilakukan dengan mempersiapkan pengambilan data pada lansia dalam bentuk kuisioner. Pengambilan data kuisioner dengan melakukan koordinasi dengan kepala Puskesmas Srandol dan perawat penanggungjawab masing-masing kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Srandol Semarang. Peneliti dalam pengambilan data penelitian ini melibatkan seorang perawat puskesmas untuk koordinator kelurahan Srandol Kulon yang dibantu oleh seorang kader kesehatan dan seorang perawat puskesmas sebagai koordinator kelurahan Banyumanik dan dibantu oleh seorang kader kesehatan. Untuk kelurahan Srandol Wetan melibatkan 2 orang koordinator yang dibantu oleh 2 orang kader kesehatan untuk pengambilan data kuisioner penelitian ini. Semua koordinator pengumpul data dan semua kader dikumpulkan dan diberi penjelasan untuk menyamakan persepsi dalam pengambilan data.

b) Pelaksanaan penelitian

Penelitian analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang dilaksanakan pengambilan data mulai tanggal 13-18 Juni 2011, langkah yang dilakukan dalam *proporsional random sampling* dalam penelitian ini sebagai berikut:

- 1) Menetapkan lokasi penelitian yaitu wilayah kerja Puskesmas Srandol, Semarang yang meliputi tiga kelurahan yaitu Kelurahan Srandol Kulon, Kelurahan Srandol Wetan dan Kelurahan Banyumanik.
- 2) Melakukan identifikasi jumlah seluruhnya lansia yang menderita hipertensi melalui data di wilayah Kerja Srandol Kota Semarang. Perhitungan jumlah sampel untuk setiap RW pada setiap kelurahan ditunjukkan dalam tabel 4.1 .

- 3) Pengambilan sampel acak sederhana dilakukan dengan cara undian, memilih bilangan dari daftar bilangan secara acak dan sebagainya (Sugiyono, 2007). Cara untuk pengambilan data sampel responden lansia adalah dengan melacak nama dan alamat lansia yang menderita hipertensi yang sesuai dengan kriteria inklusi melalui data sekunder yang ada di setiap posyandu lansia masing-masing RW. Setiap lansia yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian memiliki peluang yang sama untuk menjadi sampel dan juga tidak menjadi sampel dalam penelitian ini.
- 4) Selanjutnya dilakukan pengundian dengan cara mengambil undi dari gulungan kertas kecil yang berisi semua nama lansia di RW tersebut yang menderita hipertensi dan masuk dalam kriteria inklusi. Lansia yang keluar dalam undian itu masuk dalam penelitian dan pengundian dihentikan apabila jumlah setiap RW sudah memenuhi jumlah yang diinginkan. Selanjutnya untuk jumlah masing-masing sampel RW dikumpulkan oleh koordinator masing-masing kelurahan untuk dijadikan satu menjadi total sampel dalam penelitian sebanyak 86 sampel.
- 5) Proses dihentikan berdasarkan jumlah kuisioner yang dibawa oleh masing-masing kader dan telah diisi oleh responden lansia sesuai dengan jumlah besar sampel yang ditetapkan, yaitu sampel dari kelurahan Spondol Wetan sebanyak 52 orang, sampel dari Kelurahan Spondol Kulon sebanyak 16 orang dan sampel dari Kelurahan Banyumanik sebanyak 18 orang sehingga total jumlah sampel sebanyak 86 orang.

Langkah-langkah teknik sampling yang dilakukan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam bagan 4.1 berikut:

Bagan 4.1 Langkah-langkah penentuan *proporsional random sampling*

Langkah-langkah pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini untuk setiap RW di kelurahan Spondol Kulon, RW kelurahan Spondol Wetan dan RW kelurahan Banyumanik yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Spondol Kota Semarang menggunakan rumus penghitungan pengambilan proporsi lansia yang hipertensi pada masing-masing RW di setiap kelurahan sebagai berikut :

$$nK = \frac{\text{Total sampel lansia hipertensi RW}}{\text{Total lansia hipertensi wilayah kelurahan}} \times \text{Total sampel lansia kelurahan}$$

Hasil perhitungan selengkapnya dapat ditunjukkan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1
Proporsional sampling setiap kelurahan yang menjadi wilayah kerja
Puskesmas Srandol Kota Semarang tahun 2011

Kelurahan Srandol Kulon	Jumlah lansia hipertensi	Sampel Penelitian
RW 1	8	2
RW 2	7	2
RW 3	10	2
RW 5	5	1
RW 7	9	2
RW 8	9	2
RW 9	11	3
RW 10	4	1
Sub Total	63	16
Kelurahan Srandol Wetan		
RW 1	21	5
RW 2	15	4
RW 3	15	4
RW 4	10	2
RW 5	11	3
RW 6	18	5
RW 7	15	4
RW 8	12	3
RW 9	9	2
RW 10	8	2
RW 11	9	2
RW 12	10	2
RW 13	13	3
RW 14	10	2
RW 15	10	2
RW 16	9	2
RW 17	14	4
RW 18	3	1
Sub Total	212	52
Kelurahan Banyumanik		
RW 1	5	1
RW 2	13	3
RW 3	8	2
RW 4	8	2
RW 5	11	3
RW 6	8	2
RW 7	11	3
RW 8	5	1
RW 9	3	1
Sub Total	72	18
Total	347	86

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian tentang analisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia ini, dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol, kota Semarang. Puskesmas Srandol terletak di Kelurahan Srandol Kulon Kecamatan Banyumanik dan memiliki wilayah kerja yang meliputi tiga kelurahan yaitu Kelurahan Srandol Kulon, Kelurahan Srandol Wetan dan Kelurahan Banyumanik (Profil Kesehatan Kota Semarang (2010).

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan selama 6 bulan mulai bulan Februari sampai dengan bulan Juli 2011, mulai penyusunan proposal, ujian proposal, pengurusan ijin, pengambilan data, pengolahan data, penyajian data, pembuatan laporan penelitian dan ujian sidang. Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 13-18 Juni 2011. Jadwal penelitian diuraikan secara lengkap pada lampiran 1.

4.5 Etika Penelitian

Penggunaan prinsip penelitian merupakan hal yang perlu dan harus dipertimbangkan dalam penelitian. Prinsip etik digunakan untuk memberikan perlindungan hak subyek penelitian.

4.5.1 Aplikasi etik dalam penelitian

Hak-hak subyek dalam penelitian ini telah dilindungi, dengan cara menerapkan prinsip etika penelitian yaitu *beneficience* dan *maleficience*, *autonomy* dan *justice* (Polit dan Hungler,1999).

4.5.1.1 Prinsip *beneficience* dan *maleficience*

Penelitian ini tidak mengakibatkan kerugian pada responden karena penelitian ini tanpa perlakuan yang dapat membahayakan responden. Prinsip *beneficience* mengandung arti bahwa penelitian yang dilakukan haruslah memberi dampak baik langsung maupun tidak langsung terhadap

responden. Sebelum diberikan *informed consent* responden sudah diberikan penjelasan secara rinci tentang penelitian yang akan dilakukan. Manfaat langsung yang diberikan dalam penelitian ini adalah lansia dapat mengeksplorasi perasaannya, sehingga dapat mengurangi dampak biopsikososial akibat menderita hipertensi. Manfaat tidak langsung dari penelitian ini dapat berguna sebagai sumber informasi dalam penyusunan program penanganan hipertensi pada lansia oleh pengembang kebijakan program kesehatan lansia.

Prinsip *maleficence* mengandung arti bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko yang membahayakan bagi responden (Polit, Beck & Hungler, 2001). Responden dilindungi fisik dan psikologisnya sehingga tetap merasa aman. Dalam penelitian ini tidak ditemukan responden yang mengalami kelelahan fisik dan kognitif walaupun jumlah pertanyaan dalam kuisioner cukup banyak. Risiko ini tidak muncul dan tidak terjadi karena peneliti dan asisten peneliti memberikan jeda waktu kepada responden sesuai kemampuannya dalam mengisi atau menjawab pertanyaan. Selama pengambilan data tidak terjadi risiko peningkatan tekanan darah pada responden yang mengisi kuisioner. Kuisioner yang ditanyakan terlebih dahulu adalah karakteristik lansia, disusul dengan pertanyaan tentang persepsi ancaman keseriusan penyakit.

Pertanyaan terakhir yang ditanyakan yaitu faktor alternatif untuk bertindak dan faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi. Dalam pengisian kuisioner, responden didampingi oleh tim peneliti. Selama pengambilan data tidak ditemukan responden yang stress atau tekanan darahnya meningkat. Tata cara informasi kesiapan telah dibicarakan saat sebelum responden mengisi kuisioner bersama keluarga.

4.5.1.2 Prinsip autonomy

Prinsip *autonomy* berarti bertujuan memberikan perlindungan terhadap harkat dan martabat responden dalam penelitian. Penerapan prinsip ini dilakukan dengan prinsip *self determination* artinya bahwa responden

memiliki hak otonomi untuk ikut atau tidak berpartisipasi dalam penelitian, setelah sebelumnya diberikan penjelasan tentang prosedur, manfaat dan risiko dari penelitian yang dilakukan. Responden dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa mendapatkan konsekuensi apapun dari peneliti. Peneliti melakukan upaya penolakan responden dengan cara membina hubungan saling percaya serta menjelaskan prosedur penelitian dan manfaatnya bagi responden dan juga lansia yang lain.

4.5.1.2 Prinsip *justice*

Prinsip *justice* ini menekankan bahwa responden dihargai, dihormati, dan dijaga *privacy* dan *anonymity* (Polit & Beck, 1999). Peneliti tidak membedakan dalam memilih responden yang masuk dalam kriteria inklusi penelitian. Prinsip *justice* mengandung pengertian keadilan dan *unclosed*. Keadilan yang bermakna bahwa semua lansia di wilayah penelitian yang masuk dalam kriteria inklusi memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk menjadi responden atau tidak menjadi responden dalam penelitian. Penerapannya adalah memasukkan semua nama responden lansia yang memenuhi kriteria inklusi masuk dalam kotak undian, saat melakukan undian dengan cara mengocok undian, lansia berpeluang untuk menjadi sampel dalam penelitian. *Unclosed* berarti bahwa dalam penelitian ini tidak ada sesuatu yang terselubung atau ditutup-tutupi, semua dijelaskan sehingga responden dapat mengetahui isi, maksud dan tujuan dalam penelitian ini.

Peneliti menjaga kerahasiaan data-data dan informasi yang didapat dari responden. Kerahasiaan nama responden dijaga dengan cara menggunakan pengkodean pada kuisisioner yang diisi oleh peneliti. Data yang diperoleh dari setiap responden hanya diketahui oleh peneliti atau asisten peneliti dan responden yang bersangkutan, dengan cara mencantumkan kode responden pada lembar data yang dikumpulkan. Peneliti menawarkan kepada responden dalam pengisian kuisisioner ini yaitu kuisisioner diisi sendiri oleh responden atau dibacakan oleh peneliti atau asisten peneliti.

Sebagian besar responden memilih kuisisioner dibacakan oleh peneliti atau asisten peneliti dan jawaban responden tidak dipengaruhi oleh peneliti atau asisten peneliti.

4.5.2 *Informed concern*

Polit dan Hungler (1999) mengatakan bahwa *informed concern* diartikan sebagai suatu kondisi dimana responden sudah mempunyai informasi yang cukup terkait penelitian yang akan dilakukan, memahami informasi, memiliki kekuasaan untuk secara sukarela memilih terlibat atau menolak ikut dalam penelitian. *Informed concern* yang dilakukan meliputi lima elemen penting yaitu:

- a. Responden telah diberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian yang dilakukan
- b. Responden sudah diberikan penjelasan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan risiko yang merugikan dan ketidaknyamanan selama penelitian. Bentuk ketidaknyamanan seperti mengambil waktu istirahat responden, menanyakan hal-hal yang bersifat pribadi dan kelelahan dalam menjawab pertanyaan selama pengambilan data tidak ditemukan.
- c. Responden sudah diberikan penjelasan tentang manfaat langsung dan tidak langsung dari penelitian yang dilakukan.
- d. Responden sudah diberikan penjelasan tentang prosedur yang dilakukan dan peneliti sudah memberikan jawaban semua hal yang ditanyakan oleh responden.
- e. Selama penelitian tidak ada responden mengundurkan diri atau tidak mau mengisi kuisisioner penelitian.

4.6 **Alat Pengumpul Data**

Alat yang digunakan sebagai pengumpul data dalam penelitian ini berupa kuisisioner tentang karakteristik responden, faktor keseriusan ancaman penyakit dan faktor petunjuk perilaku bertindak serta kepatuhan dalam

perawatan hipertensi. Pengumpulan data dilakukan di rumah responden, kuisisioner diisi atau oleh lansia atau kuisisioner yang dibacakan oleh peneliti atau asisten peneliti dijawab oleh lansia dan keluarganya didampingi oleh peneliti atau team peneliti. Responden tidak ada yang mengalami kesulitan membaca kuisisioner, tetapi responden lebih memilih kuisisioner dibacakan peneliti atau asisten peneliti tanpa mempengaruhi jawaban yang diberikan oleh responden. Kuisisioner pengumpulan data terdiri dari 4 bagian yaitu:

4.6.1 Kuisisioner A, Karakteristik Responden

Kuisisioner karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status tinggal lanjut usia, status gizi, riwayat keluarga, lama menderita hipertensi dan lama pengobatan, pengetahuan dan sosial ekonomi. Responden diminta menjawab pertanyaan dari peneliti atau asisten peneliti pada kuisisioner yang disediakan.

Umur ditulis sesuai umur responden dengan pembulatan. Jenis kelamin 1 laki-laki dan 0 perempuan. Pendidikan ditulis sesuai dengan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh yakni 0 artinya berpendidikan rendah (tidak sekolah atau tidak tamat SD, SD, SMP) dan 1 artinya berpendidikan tinggi (SMA, dan Sarjana). Skor status pernikahan yaitu 0 menikah masih berpasangan; 1: duda atau janda. Skor untuk status tinggal yakni 0 dengan pasangan atau keluarga inti dan 1 tinggal sendiri. Skor status penghasilan, 0 artinya penghasilan kurang dan 1 artinya memiliki penghasilan baik. Skor penghasilan selanjutnya dikategorikan menjadi penghasilan baik dan penghasilan kurang. Hasil analisis uji normalitas kuisisioner penghasilan yaitu ditemukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,001$ yaitu lebih kecil dari 0,05; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* Rp 1191.16. Nilai *median* dari analisis data penghasilan Rp 1.250.000. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua kategori dengan menggunakan *cut of point* nilai *median* Rp 1.250.000. Nilai responden \leq Rp 1250.000 diberi skor 0 bila penghasilan kurang dan $>$ Rp1250.000 diberi skor 1 jika

penghasilan baik. Nilai terendah sosial ekonomi Rp 110.000,- dan nilai tertinggi sosial ekonomi Rp 2500.000,-

Skor untuk riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi yaitu 0 tidak ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi dan 1 artinya bila ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi. Hasil analisis uji normalitas kuisisioner riwayat penyakit keluarga yaitu ditemukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,000$ yaitu lebih kecil dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* 1,23 dan nilai *median* riwayat penyakit keluarga 1,00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua kategori dengan menggunakan *cut of point* nilai *median* 1,00. Nilai responden $\leq 1,00$ diberi skor 0 bila ada riwayat penyakit keluarga dan $>1,00$ diberi skor 1 jika tidak ada riwayat penyakit keluarga. Nilai terendah 1 dan nilai tertinggi 2.

Skor untuk lama menderita hipertensi yaitu 0 untuk waktu < 1 tahun dan 1 untuk waktu > 1 tahun. Skor untuk lama pengobatan hipertensi yaitu 0 untuk waktu < 1 tahun dan 1 untuk waktu > 1 tahun. Skor status gisi 0 bila normal, dan 1 bila kegemukan didapatkan setelah dihitung dari data tinggi badan dan berat badan. Selanjutnya untuk keperluan analisis *bivariat* dilakukan kode ulang menjadi dua kategori yaitu IMT normal yaitu (19-24) diberi skor 0 dan 1 bila MT tidak normal (IMT kurus < 18 dan gemuk (25-29) serta dan obesitas IMT >30).

Kuisisioner pengetahuan hipertensi terdiri 14 butir pertanyaan, dengan jawaban benar diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Total skor selanjutnya diakumulasikan. Nilai pengetahuan selanjutnya dikategorikan menjadi pengetahuan baik dan kurang. Hasil analisis uji normalitas kuisisioner pengetahuan yaitu ditemukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,000$ yaitu lebih kecil dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai *median* pengetahuan tentang hipertensi 14,00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua kategori dengan menggunakan *cut of point* nilai *median* 14,00. Nilai responden $\leq 14,00$ diberi skor 0 bila

pengetahuan kurang dan $>14,00$ diberi skor 1 jika pengetahuan baik. Nilai terendah 4 dan nilai tertinggi 14.

4.6.2 Kuisiener B. Faktor Persepsi Keseriusan Ancaman Penyakit

Kuisiener persepsi keseriusan penyakit terdiri dari 10 butir pertanyaan dengan jawaban benar dari kuisiener dengan pertanyaan positif diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Hasil analisis uji normalitas yang dilakukan menemukan sebaran data yang normal $p \text{ value} = 0,000$ yaitu lebih besar dari 0,05; α 0,05. Rata-rata untuk nilai persepsi keseriusan penyakit 7,7. *Median* 8, Nilai terendah 2 dan tertinggi 10. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *median*. Skor nilai responden yang ≤ 8 diberi skor 0 artinya hipertensi penyakit yang tidak serius : dan > 8 diberi skor 1 artinya hipertensi penyakit yang serius.

Kuisiener persepsi tentang biaya pengobatan terdiri dari 5 butir pertanyaan dengan menggunakan skala dikotomi “ya” dan “tidak”. Setiap jawaban benar dari kuisiener dengan pertanyaan positif diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Total skor selanjutnya diakumulasikan dan dibuatkan presentase dengan menghitung jawaban benar responden dibagi 5 dikalikan 20. Hasil analisis uji normalitas kuisiener biaya pengobatan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,000$ yaitu lebih kecil dari 0,05; α 0,05. Nilai median biaya pengobatan hipertensi 5000. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *mean*. Nilai responden yang ≤ 5000 diberi skor 0 biaya pengobatan murah dan > 5000 diberi skor 1 biaya pengobatan mahal.

Kuisiener dampak fisiologis, dampak psikososial dan dampak spiritual masing-masing terdiri dari 10 butir pertanyaan dibuat menurut skala Likert dengan jawaban tidak pernah, jarang, sering dan selalu. Total skor selanjutnya diakumulasikan dan dibuatkan persentase dengan menghitung

jawaban benar responden dibagi 10 dikalikan 4. Hasil analisis uji normalitas kuisioner dampak fisiologismukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,01$ yaitu lebih kecil dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai *median* dampak fisiologis tentang hipertensi 27.00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *median*. Nilai responden $\leq 27,00$ diberi skor 0 bila dampak fisiologis kecil dan $> 27,00$ diberi skor 1 jika dampak fisiologis besar. Nilai terendah 13 dan nilai tertinggi 40.

Hasil analisis uji normalitas kuisioner dampak psikososial ditemukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,015$ yaitu lebih kecil dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai median dampak psikososial tentang hipertensi 27,00. Untuk kebutuhan analisis data maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *mean*. Nilai responden $\leq 27,00$ diberi skor 0 bila dampak psikososial kecil dan $> 27,00$ diberi skor 1 jika dampak psikososial besar. Nilai terendah 13 dan nilai tertinggi 40.

Hasil analisis uji normalitas kuisioner dampak spiritual ditemukan sebaran data yang normal $p \text{ value} = 0,084$ yaitu lebih besar dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai rata-rata dampak spiritual tentang hipertensi 32,10. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *median*. Nilai responden $\leq 32,10$ diberi skor 0 bila dampak spiritual kecil dan $> 32,10$ diberi skor 1 jika dampak spiritual besar. Nilai terendah 22 dan nilai tertinggi 40.

Untuk kepentingan uji multivariat berupa regresi logistik sederhana, selanjutnya data yang didapat dilakukan kode ulang menjadi data nominal dengan sistem *cut off point* menjadi 2 kategori, yakni tidak ada pengaruh dan ada pengaruh.

4.6.3 Kuisisioner C. Faktor Petunjuk Alternatif Bertindak

Kuisisioner faktor petunjuk untuk bertindak yang berpotensi mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi meliputi kuisisioner biaya pengobatan, dukungan keluarga, manfaat terapi farmakologi dan pendidikan kesehatan masing-masing 10 item pertanyaan, kecuali dukungan lingkungan terdiri dari 9 item pertanyaan serta menggunakan skala Likert dengan jawaban tidak pernah, jarang, sering dan selalu. Total skor selanjutnya diakumulasikan dan dibuatkan presentase dengan menghitung jawaban benar responden dibagi 10 dikalikan 4. Hasil analisis uji normalitas kuisisioner dukungan keluarga ditemukan sebaran data yang normal $p \text{ value} = 0,011$ yaitu lebih kecil dari 0,05; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* dukungan keluarga dalam perawatan hipertensi 30,31, *median* 30,00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katagori dengan menggunakan *cut of point* nilai median. Nilai responden $\leq 30,00$ diberi skor 0 bila dukungan keluarga kecil dan $>30,00$ diberi skor 1 jika dukungan keluarga besar. Nilai terendah 14 dan nilai tertinggi 40.

Hasil analisis uji normalitas kuisisioner dukungan lingkungan ditemukan sebaran data yang normal $p \text{ value} = 0,171$ yaitu lebih besar dari 0,05; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* dukungan lingkungan dalam perawatan hipertensi 29,90, *median* 30,00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katagori dengan menggunakan *cut of point* nilai mean 29,90. Nilai responden $\leq 29,90$ diberi skor 0 bila dukungan lingkungan kecil dan $>29,90$ diberi skor 1 jika dukungan lingkungan besar. Nilai terendah 15 dan nilai tertinggi 40. Hasil analisis uji normalitas kuisisioner manfaat terapi farmakologi ditemukan sebaran data yang tidak normal $p \text{ value} = 0,000$ yaitu lebih kecil dari 0,05; $\alpha 0,05$. Nilai rata-rata manfaat terapi farmakologi dalam perawatan hipertensi 3,8593, *median* 30,00. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katagori dengan menggunakan *cut of point* nilai median. Nilai responden $\leq 30,00$ diberi skor 0 bila manfaat terapi

farmakologi kurang dan $>30,00$ diberi skor 1 jika terapi farmakologi sangat bermanfaat. Nilai terendah 20 dan nilai tertinggi 40.

Hasil analisis uji normalitas kuisioner data pendidikan kesehatan ditemukan sebaran data yang tidak normal $p\ value = 0,007$ yaitu lebih kecil dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* pendidikan kesehatan dalam perawatan hipertensi $28,37$, median $29,00$. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai *median*. Nilai responden $\leq 29,00$ diberi skor 0 bila pendidikan kesehatan kurang : dan $> 29,00$ diberi skor 1 jika pendidikan kesehatan baik. Nilai terendah 10 dan nilai tertinggi 40.

Untuk kepentingan uji multivariat berupa regresi logistik sederhana, selanjutnya data yang didapat dilakukan kode ulang menjadi data nominal dengan sistem *cut off point* menjadi 2 kategori, yakni tidak ada pengaruh dan ada pengaruh.

4.6.3 Kuisioner D. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Kuisioner kepatuhan dalam perawatan hipertensi terdiri dari 28 butir pertanyaan, manfaat terapi farmakologi terdiri dari 9 butir pertanyaan dan terapi non farmakologi terdiri dari 19 butir pertanyaan. Kuisioner kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi dibuat dengan skala Likert dengan jawaban tidak pernah, jarang, sering dan selalu. Total skor selanjutnya diakumulasikan dan dibuatkan presentase dengan menghitung jawaban benar responden dibagi 28 dikalikan 4. Pada analisa bivariat nilai tersebut dilakukan kode ulang menjadi 4 bagian dengan standar interkuartil menjadi skala ordinal sehingga didapat empat kategori yaitu 0 kurang nilai 28-42, 1: cukup nilai 46-52 kuat nilai 56-74, dan 3: sangat kuat nilai 74-112. Hasil analisis uji normalitas kuisioner kepatuhan dalam perawatan hipertensi ditemukan sebaran data yang normal $p\ value = 0,019$ yaitu lebih besar dari $0,05$; $\alpha 0,05$. Nilai *mean* kepatuhan dalam perawatan hipertensi $89,09$, median $89,50$. Untuk kebutuhan analisis data selanjutnya, maka dilakukan

pengkodean skor menjadi dua katageri dengan menggunakan *cut of point* nilai median. Nilai responden $\leq 89,50$ diberi skor 0 bila kurang patuh dalam perawatan hipertensi dan $> 89,50$ diberi skor 1 jika patuh dalam perawatan hipertensi. Nilai terendah 52 dan nilai tertinggi 103.

Untuk kepentingan uji multivariat berupa regresi logistik sederhana, selanjutnya data yang didapat dilakukan kode ulang menjadi data nominal dengan sistem *cut off point* menjadi 2 kategori, yakni tidak ada kepatuhan dan ada kepatuhan.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Alat ukur yang baik di harapkan dapat memberikan informasi yang dapat dipercaya. Untuk itu alat ukur dipastikan sudah valid dan reliabel. Untuk itu kuisisioner karakteristik responden, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi, Petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebelum digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Sugiyono, 2007).

4.7.1 Uji validitas

Uji validitas bertujuan untuk menyatakan bahwa suatu kuisisioner valid dan mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuisisioner tersebut.

Uji validitas yang dilakukan terhadap instrumen dalam penelitian ini antara lain :

4.7.1.1 Validitas isi (*content validity*).

Validitas isi berkaitan dengan kemampuan instrumen mengukur isi (konsep) yang harus diukur. Validitas isi dapat dicapai bila pertanyaan dalam alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur atau diteliti. Uji validitas isi pada instrumen berupa kuisisioner dalam penelitian ini dilakukan dengan berkonsultasi dengan para pembimbing yang sesuai dengan area yang diteliti.

4.7.1.2 Validitas konstruk (*construct validity*).

Menggambarkan tingkat hubungan antara dua pengukuran dari konsep yang sama pada waktu yang sama. Menurut Hastono (2007) suatu pertanyaan dikatakan valid bila skor pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan untuk menguji validitas kuisioner dalam penelitian ini adalah korelasi *Pearson product moment*. Uji validitas yang digunakan peneliti adalah uji korelasi *Pearson product moment*, yaitu melakukan korelasi antara skor masing-masing item dengan skor totalnya dengan signifikansi 0,05.

Uji coba instrumen dilaksanakan pada tanggal 8-10 Juni 2011 di Wilayah Puskesmas Padangsari Banyumanik Semarang yang memiliki karakteristik responden hampir sama secara demografi dan geografinya dengan wilayah Puskesmas Srandol Semarang. Uji coba yang dilakukan terhadap 30 responden lansia yang menderita hipertensi dengan menggunakan *Alpha Chronbach*. Pengukuran setiap item pernyataan dengan membandingkan r hitung dengan r tabel = 0,361. Hasil uji validitas secara lengkap dapat dilihat pada tabel 4.2.

Hasil uji validitas kuisioner mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia mayoritas valid. Ada tiga pertanyaan yang tidak valid dan dibuang yaitu variabel dukungan lingkungan item pertanyaan 10 "Perawat puskesmas melakukan kunjungan ke rumah saya" dengan nilai alpha 0,348. Item pertanyaan ini dibuang karena kurang relevan dengan konten yang berkaitan dengan dukungan lingkungan serta masih adanya keseimbangan dengan yang lain. Variabel kepatuhan item pertanyaan 1 "minum obat sesuai anjuran" dan item pertanyaan 30 "berdoa atau berdzikir", masing-masing dengan nilai alpha 0,292 dan alpha 0,206 kemudian dibuang dengan pertimbangan masih terjadi keseimbangan jumlah instrumen dengan variabel yang lain, bukan merupakan pertanyaan yang inti atau terlalu penting, juga untuk mengurangi soal yang hampir sama dengan soal yang ada di variabel yang lain. Selanjutnya 9 item pertanyaan dalam dukungan lingkungan diujikan kembali dan semua nilainya valid dengan nilai alpha 0,851 serta 28

item pertanyaan kepatuhan dalam perawatan diujikan kembali dengan hasil semua valid. Hasil uji validitas kuisisioner semua item pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai r hitung $>$ dari 0,361 pada df 28 dan hasil uji validitas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 4.3
Hasil Uji validitas Kepatuhan dalam perawatan Hipertensi Pada Lansia
($n=30$), df 28

Variabel	Item pertanyaan	r hitung	$Alpha$ Chronbach
Pengetahuan	14	0,422 - 0,824	0,906
Persepsi keseriusan penyakit	10	0,388 - 0,888	0,923
Persepsi biaya	5	0,377 - 0,633	0,696
Dampak psikososial	10	0,429 - 0,829	0,903
Dampak fisiologis	10	0,562 - 0,815	0,925
Dampak spiritual	10	0,384 - 0,699	0,815
Dukungan keluarga	10	0,692 - 0,908	0,953
Dukungan lingkungan	9	0,428 - 0,777	0,851
Manfaat terapi farmakologi	10	0,582 - 0,934	0,949
Pendidikan kesehatan	10	0,368 - 0,859	0,921
Kepatuhan dalam perawatan	28	0,406 - 0,959	0,975

4.7.2 Uji reliabilitas.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila digunakan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Pengujian reliabilitas dapat dilakukan dengan test-retest, membuat dua instrumen yang *equivalen*, dan *Internal consistency* (Sugiyono, 2007).

Uji reliabilitas yang digunakan adalah uji *Internal consistency*, yaitu pengujian reliabilitas yang dilakukan dengan cara mencobakan instrumen sekali saja, kemudian hasil yang diperoleh dianalisis. Teknik analisis yang digunakan adalah *Alpha Cronbach* dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel. Nilai r hasil dilihat dari nilai *Alpha Cronbach*, r *Alpha* $>$ konstanta (0,6), maka pertanyaan dalam kuisisioner dinyatakan reliabel (Hastono,2007). Hasil uji reliabilitas diperoleh r alpha kuisisioner faktor-faktor

yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia, r hitung lebih besar dari 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa kuisisioner ini adalah reliable, dapat dilihat pada tabel 4.2.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah tata cara atau langkah-langkah yang digunakan dalam mengumpulkan data. Prosedur pengumpulan data yang dilakukan meliputi prosedur administrasi dan prosedur teknis.

4.8.1 Prosedur Administrasi

Kegiatan penelitian ini dilakukan setelah proposal penelitian dinyatakan lolos uji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan atau Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan Surat Keterangan Lolos Kaji Etik dari Universitas Indonesia untuk penelitian ini diperoleh pada tanggal 31 Mei 2011. Penelitian ini dilakukan setelah mendapat pengantar dari ijin penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Propinsi Jawa Barat, Kesbangpollinmas Provinsi Jawa Tengah dan Kesbangpollinmas Pemerintah Kota Semarang dan ijin dari Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk melakukan penelitian di wilayah Puskesmas Srandol dan uji validitas kuisisioner di wilayah Puskesmas Padangsari Kota Semarang.

4.8.2 Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Peneliti melakukan uji coba kuisisioner kepada 30 lanjut usia di Puskesmas Padangsari Semarang dan melakukan uji validitas dan reliabilitas alat pengumpul data.
- b. Peneliti meminta pegawai puskesmas dengan ketentuan pendidikan minimal D3 Keperawatan dan masing masing kader kesehatan posyandu lansia pada masing masing kelurahan tempat penelitian berjumlah 3 orang atau sesuai kebutuhan. Kolektor data dari masing-masing kelurahan diambil dari para kader. Peneliti dan asisten peneliti perawat dari

Puskesmas Sronдол yang bertanggungjawab mengawasi pelaksanaan pengumpulan data.

- c. Peneliti memberikan pelatihan kepada kolektor atau pengumpul data untuk menyamakan persepsi tentang prosedur penelitian, tugas dan tanggung jawab pengumpul data serta data-data dari responden.
- d. Peneliti dan pengumpul data memperkenalkan diri kepada calon responden, menyampaikan informasi penelitian, menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian dan meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.
- e. Peneliti dan asisten peneliti mengumpulkan data dari responden dengan menggunakan format pengumpulan data yang telah disusun dan yang sudah dikumpulkan selanjutnya dianalisis sesuai tujuan penelitian.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Menurut Hastono (2007) sebelum dilakukan analisis data, dilakukan pengolahan data melalui empat langkah yaitu:

4.9.1 Editing

Peneliti melakukan pengecekan kembali dari hasil setiap jawaban yang sudah terkumpul dan semua pertanyaan sudah terisi jawabannya, tulisan cukup jelas terbaca dan jawaban relevan dengan pertanyaan, antara lain a) Semua pertanyaan sudah lengkap terisi jawaban; b) Jawaban yang ditulis cukup jelas untuk dibaca ; c) Jawaban yang ditulis sudah relevan dengan pertanyaan; d) Beberapa pertanyaan dengan jawaban yang sudah konsisten ; e) Untuk jawaban yang kurang lengkap atau tidak jelas, peneliti sudah melakukan klarifikasi kepada responden saat berakhirnya pengisian kuisioner oleh responden.

4.9.2 Coding

Peneliti memberikan kode diikuti nomor urut responden, untuk setiap responden. Peneliti juga mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau

bilangan berupa skor jawaban responden berdasarkan ketentuan yang ditetapkan peneliti untuk mempermudah analisis.

4.9.3 Processing dan Cleaning

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing responden ke dalam program komputer agar dapat dilihat dan dilakukan analisis. Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan. Proses *cleaning* dilakukan dengan tiga tahapan yaitu 1) mengetahui kesalahan data dengan melakukan list dari variabel penelitian ini yaitu karakteristik lansia, persepsi keseriusan penyakit dan faktor petunjuk perilaku bertindak.; 2) mengetahui variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel; 3) mengetahui konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

4.9.5 Analisis Data

Analisis dilakukan secara *univariat*, *bivariat* dan *multivariat*.

4.9.5.1 Analisis univariat

Analisis *univariat* digunakan untuk menjelaskan variabel karakteristik responden, persepsi lansia tentang ancaman penyakit hipertensi, petunjuk lansia bertindak dalam perawatan hipertensi. Variabel dengan data numerik dianalisis dengan menggunakan mean, median, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal. Semua data dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95%. Variabel dalam bentuk data kategorik dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase atau proporsi.

4.9.5.2 Analisis bivariat

Analisis *bivariat* digunakan untuk mengetahui hubungan yang bermakna antara dua variabel. Analisis *bivariat* data kategorik pada sampel yang tidak berpasangan dengan skala data nominal digunakan uji *Chi-square*.

Tabel 4.4
Analisis Bivariat Berdasarkan Variabel Penelitian

Variabel Independen	Variabel dependen	Uji Statistik
Umur	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Jenis kelamin	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Pendidikan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Status perkawinan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Status tinggal lanjut usia	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Status gizi:obesitas	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Riwayat keluarga	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Lama menderita hipertensi	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Lama pengobatan hipertensi	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Pengetahuan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Pendapatan/penghasilan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Keseriusan penyakit	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Biaya pengobatan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Dampak fisiologis	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Dampak psikologis	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Dampak spiritual	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Dukungan keluarga	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Dukungan lingkungan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Manfaat Terapi farmakologi	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>
Pendidikan kesehatan	Kepatuhan perawatan hipertensi	<i>Chi- Square</i>

9.5.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik dengan tingkat kepercayaan 95%. Uji regresi logistik ini untuk melihat hubungan sub variabel dalam variabel independen yaitu umur, sex, pendidikan, status perkawinan, status tinggal lanjut usia, pendapatan, riwayat keluarga, pengetahuan dan status gizi: IMT, keseriusan penyakit, lama menderita hipertensi dan lama pengobatan, dampak spiritual, pengetahuan, biaya perawatan, dampak fisiologis, dampak psikososial, dukungan keluarga, dukungan lingkungan, manfaat terapi farmakologi dan pendidikan kesehatan dengan variabel dependen kepatuhan dalam perawatan hipertensi bersifat katagorik yaitu terapi farmakologi dan terapi non farmakologi.

Menurut Hastono (2007) langkah yang dilakukan dalam analisis regresi logistik adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan seleksi variabel yang layak diikuti dalam model multivariat dengan cara terlebih dahulu melakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan uji regresi logistik sederhana. Hasil analisis bivariat menghasilkan $p\text{ value} < 0,25$ atau termasuk substansi yang penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat.
- b. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik akan dihasilkan nilai *value* masing-masing variabel. Variabel yang nilai $p\text{ value} > 0,05$ ditandai dan dikeluarkan satu persatu dari model, dengan terlebih dahulu melakukan penilaian terhadap perubahan OR pada setiap variabel apabila satu variabel telah dikeluarkan.
- c. Jika ada variabel yang diduga secara substansi saling berinteraksi dilakukan uji interaksi. Pada langkah terakhir terlihat nilai eks (B), yang menunjukkan bahwa semakin besar nilai $\exp(B)$ maka makin besar pengaruh variabel tersebut terhadap variabel dependen.

BAB V HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menyajikan hasil penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang, dilaksanakan selama kurun waktu dua minggu, dimulai 8–19 Juni 2011. Penyajian data hasil penelitian ini terdiri dari analisa univariat, bivariat dan multivariat yang sebelumnya telah dilakukan analisis dengan menggunakan uji statistik menggunakan *SPSS For Windows 16*. Adapun secara lengkap hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

5.1 Analisis Univariat

Analisis *univariat* digunakan untuk menjelaskan variabel karakteristik responden, persepsi lansia tentang ancaman penyakit hipertensi, petunjuk lansia bertindak dalam perawatan hipertensi. Semua data dilakukan analisis dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$). Variabel dalam bentuk data kategorik dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase.

5.1.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden lansia dalam penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status tinggal, sosial ekonomi, riwayat keluarga, indeks massa tubuh, lama menderita hipertensi, lama pengobatan hipertensi dan pengetahuan. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Persentase karakteristik lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Karakteristik lansia yang menderita hipertensi	Jumlah	Persentase
	n	%
Kelompok Usia		
60-74 tahun	66	76,7
≥ 75 tahun	20	22,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	28	32,6
Perempuan	58	67,4
Pendidikan		
Rendah	58	67,4
Tinggi	28	32,6
Status Pernikahan		
Janda/duda	42	48,8
Memiliki pasangan	44	51,2
Status tinggal		
Tinggal sendiri	21	24,4
Tinggal bersama anak/cucu	65	75,6
Sosial ekonomi		
Penghasilan kurang	29	33,7
Penghasilan baik	57	66,3
Riwayat keluarga		
Tidak ada yang menderita Hipertensi	66	76,7
Ada yang menderita hipertensi	20	23,3
Indeks Massa Tubuh		
Tidak Normal	30	34,9
Normal	56	65,1
Lama menderita hipertensi		
Kurang dari 1 tahun	21	24,4
Lebih dari 1 tahun	65	75,6
Lama pengobatan hipertensi		
Kurang dari 1 tahun	21	24,4
Lebih dari 1 tahun	65	75,6
Pengetahuan tentang hipertensi		
Baik	41	47,7
Kurang	45	52,3

Tabel 5.1 menggambarkan kondisi karakteristik demografi responden lansia yang menderita hipertensi. Data tersebut menunjukkan bahwa umur lansia sebagian besar pada kelompok umur 60-74 tahun (76,7%), jenis kelamin wanita (67,4%), pendidikannya rendah (tidak lulus SD sampai dengan lulus SMP) sebesar 67,4%, status tinggal bersama anak atau cucu sebesar (75,6%), status ekonomi atau penghasilannya baik (66,3%), riwayat anggota keluarga ada yang menderita hipertensi (76,7%), IMT normal (65,1%), dan memiliki pengetahuan kurang

(52,3%), lama menderita hipertensi dan lama pengobatan hipertensi lebih dari 1 tahun (75,6%), memiliki pasangan hidup (51,2%).

5.1.2 Persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi

Data persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi dalam penelitian ini menggambarkan persepsi lansia di wilayah kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang yang menderita hipertensi tentang keseriusan penyakit hipertensi, biaya pengobatan hipertensi, dampak fisiologis yang dirasakan akibat menderita hipertensi, dampak psikososial yang dirasakan akibat menderita hipertensi, dan dampak spiritual yang dirasakan akibat menderita hipertensi. Hasil analisis masing-masing variabel tentang persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi ditunjukkan dalam tabel 5.2.

Tabel 5.2 Persentase persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi pada lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi	Jumlah n	Persentase %
Persepsi Keseriusan penyakit		
Tidak serius	39	45,3
Serius	47	54,7
Biaya Pengobatan		
Mahal	18	20,9
Murah	68	79,1
Dampak Fisiologis		
Kecil	40	46,5
Besar	46	53,5
Dampak Psikososial		
Negatif	38	44,2
Positif	48	55,8
Dampak Spiritual		
Rendah	44	51,2
Tinggi	42	48,8

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas lansia memiliki persepsi bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit serius 54,7%, biaya perawatan hipertensi murah 79,1%, menimbulkan dampak fisiologis yang besar berupa banyaknya keluhan yang dirasakan secara fisik (53,5%), menimbulkan dampak psikososial besar karena menimbulkan gangguan berhubungan sosial dengan

orang lain (55,8%), dan menimbulkan dampak spiritual berupa menurunnya spiritualitas (51,2%).

5.1.3 Petunjuk Alternatif Bertindak Dalam Perawatan Hipertensi.

Petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan hipertensi merupakan petunjuk atau informasi yang dimiliki atau diterima oleh lansia menderita hipertensi. Data petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan hipertensi meliputi dukungan keluarga, dukungan lingkungan, manfaat terapi farmakologi, dan pendidikan kesehatan. Data kategorik hasil analisis berupa frekuensi dan persentase masing-masing variabel dapat ditunjukkan dalam tabel 5.3.

Tabel 5.3 Persentase petunjuk alternatif bertindak pada lansia menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan hipertensi	Jumlah n	Persentase %
Dukungan Keluarga		
Kurang	41	47,7
Kuat	45	52,3
Dukungan Lingkungan		
Kurang	41	47,7
Kuat	45	52,3
Manfaat Terapi Farmakologi	31	36,0
Kurang bermanfaat	55	64,0
Sangat bermanfaat		
Pendidikan Kesehatan		
Kurang	47	54,7
Baik	39	45,3

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas lansia memperoleh dukungan yang kuat dari keluarga dan lingkungan masing-masing sebesar 52,3%, terapi farmakologi sangat bermanfaat (64,0%), dan pendidikan kesehatan tentang hipertensi yang diberikan oleh petugas kesehatan masih kurang (54,7%).

5.1.4 Kepatuhan Lansia Dalam Perawatan Hipertensi.

Tabel 5.4 Persentase kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi	Jumlah	Persentase
	n	%
Kurang patuh	43	50,0
Patuh	43	50,0

Berdasarkan hasil pada tabel 5.4 tentang frekuensi responden tentang kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, hasilnya sama besar (50%) antara yang patuh dengan yang tidak patuh terhadap perawatan hipertensi.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Karakteristik lansia dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi

Karakteristik lansia dan kepatuhan dalam perawatan dapat dilihat dalam tabel 5.5 yang menggambarkan adanya hubungan antara karakteristik lansia dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang. Lansia dalam kelompok umur ≥ 75 tahun yang patuh dalam perawatan hipertensi (78,9%) lebih besar proporsinya dibandingkan dengan kelompok umur 60-74 tahun. Hasil analisis *p value* 0,002 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara umur lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis diperoleh nilai OR= 5,778 yang artinya lansia yang berusia 75-90 tahun berpeluang patuh dalam perawatan hipertensi 5,778 kali dibandingkan lansia yang berumur 60-74 tahun. Lansia yang berjenis kelamin perempuan dan laki-laki yang patuh dalam perawatan hipertensi tidak ada perbedaan proporsinya masing-masing sebesar 50%. Hasil analisis *p value* 1,000 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai OR=1,000. Lansia yang berpendidikan tinggi lebih kecil proporsinya 39,3% dibandingkan dengan lansia berpendidikan rendah (55,2%). Hasil analisis *p value* 0,167 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai OR=2,877 artinya lansia

yang berpendidikan tinggi berpeluang patuh dalam perawatan hipertensi 2,877 kali dibandingkan lansia yang berpendidikan rendah.

Tabel 5.5 Hubungan karakteristik lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Karakteristik lansia hipertensi	Kurang patuh		Patuh		Total		OR	P value
	n	%	n	%	n	%	(95% CI)	
Umur								
60-74 tahun	39	59,1	27	40,9	66	100	1	
≥ 75 tahun	4	20	16	80	20	100	5,778	0,002*
Jumlah	43	50	43	50	86	100	(1,739-19,193)	
Jenis Kelamin								
Laki-laki	14	50,0	14	50,0	28	100	1	
Perempuan	29	50,0	29	50,0	58	100	1,000	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,406-2,465)	1,000
Pendidikan								
Rendah	26	44,8	32	55,2	58	100	1	
Tinggi	17	60,7	11	39,3	28	100	2,877	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,388-6,934)	0,167
Status Pernikahan								
Janda/Duda	18	42,9	24	57,1	42	100	1	
berpasangan	25	60,7	19	39,3	44	100	0,570	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,243-2,031)	0,281
Status tinggal								
Sendiri	17	81,0	4	19,0	21	100	1	
Bersama anak-cucu	26	40,0	39	60,0	65	100	6,375	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,926-21,100)	0,001*
Sosial ekonomi								
Penghsl. kurang	18	62,1	11	37,9	29	100	1	
Penghasilan baik	25	43,9	32	56,1	57	100	2,095	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,839-5,227)	0,110
Rwyt. peny.klg								
Tidak ada.	36	54,5	30	45,5	66	100	1	
Ada	7	35,0	13	65,0	20	100	2,229	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,789-6,297)	0,126
Status gizi : IMT								
Tidak normal	13	43,3	17	56,7	30	100	1	
Normal	30	53,6	26	46,4	56	100	0,663	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,271-1,859)	0,365
Lama menderit								
> dari 1 thn	14	66,7	7	33,3	21	100	1	
< dari 1 thn	29	44,6	36	55,4	65	100	2,483	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,886-6,959)	0,079
Lama pengobatan								
> dari 1 tahun	14	66,7	7	33,3	21	100	1	
< dari 1 tahun	29	44,6	36	55,4	65	100	2,483	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,886-6,959)	0,079
Pengetahuan								
Baik	31	75,6	10	24,4	41	100	1	
Kurang	12	26,7	36	73,3	45	100	8,525	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(3,226 -22,531)	0,000*

*bermakna pada $\alpha = 0,05$

Semua lansia yang menjadi responden dalam penelitian ini menikah atau pernah menikah, dan Lansia berstatus janda atau duda (57,1%) lebih patuh dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia masih berpasangan. Hasil analisis diperoleh *p value* 0,281 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=0,570$ artinya lansia yang masih memiliki pasangan hidup berpeluang patuh dalam perawatan hipertensi 0,570 kali dibandingkan lansia yang berstatus janda/duda.

Lansia status tinggalnya bersama anak dan cucu yang patuh dalam perawatan hipertensi proporsinya lebih besar (60,0%) dibandingkan lansia yang status tinggal sendiri (19,0%). Hasil analisis *p value* 0,001 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara status tinggal lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=6,375$ artinya lansia yang status tinggal bersama anak dan cucu berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 6,375 kali dibandingkan lansia yang status tinggalnya sendiri.

Lansia memiliki penghasilan baik proporsinya lebih besar patuh dalam perawatan hipertensi (56,1%) dibandingkan lansia yang berpenghasilan kurang (37,9%). Hasil uji analisis *p value* 0,110 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi atau penghasilan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,095$ artinya lansia yang berpenghasilan baik memiliki peluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,095 kali dibandingkan lansia yang berpenghasilan kurang.

Lansia yang memiliki riwayat ada anggota keluarga menderita hipertensi proporsinya lebih besar memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi (65,0%) dibandingkan lansia yang tidak memiliki riwayat anggota keluarga menderita

hipertensi (45,5%). Hasil analisis *p value* 0,126 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat anggota keluarga menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,229$ artinya lansia yang memiliki riwayat ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,229 kali dibandingkan lansia yang tidak memiliki riwayat anggota keluarga yang menderita hipertensi.

Proporsi lansia yang memiliki IMT normal proporsinya lebih sedikit patuh dalam perawatan hipertensi (46,4%) dibandingkan lansia yang memiliki IMT tidak normal (kurus, gemuk dan obesitas) sebesar (56,7%). Hasil analisis *p value* 0,365 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara IMT dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=0,663$.

Proporsi lansia yang lama menderita hipertensi lebih dari 1 tahun proporsinya lebih besar patuh dalam perawatan hipertensi (55,4%) dibandingkan lansia yang lama menderita hipertensi kurang dari 1 tahun (33,3%). Hasil analisis *p value* 0,079 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,483$ artinya lansia yang memiliki riwayat lama menderita hipertensi lebih dari 1 tahun dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,483 kali dibandingkan lansia yang lama menderita hipertensi kurang dari 1 tahun.

Proporsi lansia yang lama pengobatan hipertensi lebih dari 1 tahun proporsinya lebih besar patuh dalam perawatan hipertensi (55,4%) dibandingkan lansia yang lama pengobatan hipertensi kurang dari 1 tahun (33,3%). Hasil analisis *p value* 0,079 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama pengobatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,483$ artinya lansia yang memiliki riwayat lama pengobatan hipertensi lebih dari 1 tahun dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam

perawatan hipertensi sebesar 2,483 kali dibandingkan lansia yang lama pengobatan hipertensi kurang dari 1 tahun.

Lansia yang memiliki kurang pengetahuan tentang hipertensi proporsinya lebih besar patuh dalam perawatan hipertensi (73,3%) dibandingkan lansia yang memiliki pengetahuan tentang hipertensinya baik sebesar (24,4%). Hasil analisis *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR = 8,525$ artinya lansia yang kurang memiliki pengetahuan hipertensi dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 8,525 kali dibandingkan lansia yang memiliki pengetahuan baik tentang hipertensi.

5.2.2 Persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Tabel 5.6
Hubungan persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Persepsi keseriusan penyakit	Kurang patuh		Patuh		Total		OR (95% CI)	P value
	n	%	n	%	n	%		
Persepsi keseriusan ancaman penyakit								
Tidak serius	14	35,9	25	64,1	39	100	1	0,017*
Serius	29	61,7	18	38,3	47	100	0,348	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,144-2,579)	
Biaya								
Mahal	17	94,4	1	5,6	18	100	1	0,000*
Murah	26	38,2	42	61,8	68	100	27,462	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(3,447-218,772)	
Dampak fisiologis								
Kecil	26	65,0	14	35,0	40	100	1	0,009*
Besar	17	37,0	29	63,0	46	100	3,168	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,309-7,665)	
Dampak psikososial								
Positif	20	52,6	18	47,4	38	100	1	0,664
Negatif	23	47,9	25	52,1	48	100	1,208	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,515-2,832)	
Dampak spiritual								
Rendah	29	65,9	15	34,1	44	100	1	0,005*
Tinggi	14	33,3	28	66,7	42	100	3,867	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,581-9,458)	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.6 menggambarkan hubungan antara persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi pada lansia dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang. Lansia memiliki persepsi bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit yang serius dan patuh dalam perawatan hipertensi (38,3%) lebih kecil proporsinya dibandingkan dengan memiliki persepsi bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit yang tidak serius (64,1%). Hasil analisis *p value* 0,017, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Lansia memiliki persepsi bahwa biaya perawatan penyakit hipertensi murah sehingga patuh dalam perawatan hipertensi (61,8%) proporsinya lebih besar dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa biaya perawatan hipertensi mahal (5,6%). Hasil analisis *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara persepsi biaya perawatan penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=27,462$ artinya lansia yang memiliki persepsi bahwa biaya perawatan penyakit hipertensi murah berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 27,462 kali dibandingkan lansia memiliki persepsi bahwa biaya perawatan penyakit hipertensi mahal.

Proporsi lansia memiliki persepsi bahwa menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak besar terhadap keluhan fisik yang dirasakan sehingga berupaya untuk patuh dalam perawatan hipertensi (63,0%) proporsinya lebih besar dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak kecil terhadap keluhan fisik atau tidak menimbulkan keluhan secara fisik (35,0%). Hasil analisis nilai *p value* 0,009, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dampak fisiologis menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=3,168$ artinya lansia yang memiliki persepsi menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak secara fisiologis yang besar berpeluang meningkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,168 kali

dibandingkan lansia menderita hipertensi berdampak kecil atau tidak menimbulkan keluhan secara fisik.

Proporsi lansia memiliki persepsi bahwa menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak psikososial negatif terhadap keluhan psikososial yang dirasakan sehingga berupaya untuk patuh dalam perawatan hipertensi (52,1%) proporsinya lebih besar dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak psikososial kecil terhadap keluhan psikososial atau tidak menimbulkan keluhan secara psikososial (47,4%). Hasil analisis *p value* 0,664 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi dampak psikososial menderita penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR = 3,168$ artinya lansia yang memiliki persepsi menderita penyakit hipertensi menimbulkan dampak secara fisiologis yang besar berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,168 kali dibandingkan lansia menderita hipertensi berdampak kecil atau tidak menimbulkan keluhan secara fisik.

Lansia memiliki persepsi bahwa dampak spiritual yang tinggi akibat menderita penyakit hipertensi sehingga menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (66,7%) proporsinya lebih besar dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa dampak spiritual rendah akibat menderita penyakit hipertensi sehingga menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (34,1%). Hasil analisis *p value* 0,005 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara dampak spiritual yang tinggi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR = 3,867$ artinya lansia yang memiliki persepsi bahwa dampak spiritual yang tinggi akibat menderita penyakit hipertensi memiliki peluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,867 kali dibandingkan lansia memiliki persepsi bahwa dampak spiritual yang kecil akibat menderita penyakit hipertensi.

5.2.3 Petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan hipertensi dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Tabel 5.6 Hubungan petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011 (n=86)

Petunjuk alternatif bertindak	Kurang patuh		Patuh		Total		OR	
	n	%	n	%	n	%	(95% CI)	P value
Dukung keluarga								
Kurang	n	%	n	%	n	%	1	
Kuat	28	68,3	13	31,7	41	100	4,308	
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,745 - 10,635)	0,003*
Dukung lingkungan								
Kurang	25	61,0	16	39,0	41	100	1	
Kuat	18	40,0	27	60,0	45	100	2,344	0,084
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(0,986 - 5,570)	
Manfaat terapi farmakologi								
Kurang	22	71,0	9	29,0	31	100	1	
Sangat bermanfaat	21	38,2	34	61,8	55	100	3,958	0,004*
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,535 - 10,206)	
Pendidikan kesehatan								
Kurang	29	61,7	18	38,3	47	100	1	
Baik	14	35,9	25	64,1	39	100	2,877	0,017*
Jumlah	43	50,0	43	50,0	86	100	(1,194 - 6,934)	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.6 menggambarkan hubungan antara petunjuk alternatif bertindak dalam perawatan penyakit hipertensi dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang. Lansia memiliki dukungan yang kuat dari keluarga menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (66,7%) lebih besar proporsinya dibandingkan dengan lansia memiliki dukungan yang kurang dari keluarga dalam kepatuhan perawatan hipertensi (31,7%). Hasil analisis *p value* 0,003, maka dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai OR= 4,308 artinya lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari keluarga

berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 4,308 kali dibandingkan lansia kurang mendapatkan dukungan dari keluarga.

Proporsi lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari lingkungan menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (60,0%) lebih besar proporsinya dibandingkan dengan lansia memiliki dukungan yang kurang dari lingkungan dalam kepatuhan perawatan hipertensi (39,0%). Hasil analisis *p value* 0,084, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan dukungan lingkungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR = 2,344$ artinya lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari lingkungan berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,344 kali dibandingkan lansia kurang mendapatkan dukungan dari lingkungan.

Lansia yang memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi sangat bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (61,8%) lebih besar proporsinya dibandingkan dengan lansia memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi kurang bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi (29,0%). Hasil analisis *p value* 0,004 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan manfaat terapi farmakologi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR = 3,958$ artinya lansia yang memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi sangat bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,958 kali dibandingkan lansia memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi kurang bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi.

Proporsi lansia yang pernah menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi baik menjadi patuh dalam perawatan hipertensi (64,1%) lebih besar proporsinya dibandingkan dengan lansia yang kurang menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi (38,3%). Hasil analisis *p value* 0,017, maka dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada hubungan pendidikan

kesehatan tentang perawatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil analisis juga diperoleh $OR=2,877$ artinya lansia yang pernah menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi baik berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,877 kali dibandingkan yang kurang menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariate untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat dilakukan untuk menjelaskan variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Uji regresi logistik ini untuk melihat variabel independen umur, status tinggal lansia, status gizi : IMT, riwayat penyakit keluarga, sosial ekonomi atau penghasilan, lama menderita hipertensi, lama pengobatan hipertensi, persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dampak spiritual, dukungan keluarga, dukungan lingkungan, manfaat terapi farmakologi dan pendidikan kesehatan dengan variabel dependen kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia diperoleh hasil bahwa variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ atau termasuk substansi yang penting maka dimasukkan dalam model multivariat. Penentuan *predominant variable* dilakukan dengan membuat model dari variabel yang layak untuk dilakukan analisis multivariat yaitu dengan menggunakan model prediksi. Adapun tahapan yang dilakukan dalam analisis multivariat adalah sebagai berikut:

5.3.1 Seleksi variabel bivariat untuk kandidat multivariat

Langkah awal dalam melakukan analisis regresi logistik adalah melakukan pemilihan variabel yang layak untuk dimasukkan dalam uji regresi logistik tahap selanjutnya. Rangkuman hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel - Variabel Kandidat Multivariat dengan Kepatuhan Dalam Perawatan Hipertensi Pada Lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Variabel Kandidat Multivariat	P Value
Umur	0,002*
Jenis Kelamin	1,000
Pendidikan	0,167
Status pernikahan	0,281
Status tinggal	0,001*
Status gizi atau IMT	0,110
Riwayat Penyakit keluarga	0,126*
Penghasilan	0,365*
Lama menderita	0,079*
Lama pengobatan	0,079*
Pengetahuan	0,000*
Persepsi keseriusan ancaman	0,017*
Biaya	0,000*
Dampak fisiologis	0,009*
Dampak psikososial	0,664*
Dampak spiritual	0,005*
Dukungan keluarga	0,003*
Dukungan lingkungan	0,084*
Manfaat terapi	0,004*
Pendidikan kesehatan	0,017*

Keterangan *) = Variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji multivariat nilai $p < 0,25$

Tabel 5.7 menggambarkan variabel yang dapat menjadi kandidat yang dimasukkan dalam analisis multivariat. Pada analisis tahap pertama (*full model*) variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ variabel yang dikeluarkan dari model adalah variabel jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status gizi atau IMT, dan riwayat penyakit keluarga dan. Variabel riwayat penyakit keluarga, status sosial ekonomi atau penghasilan dan dampak psikososial walaupun $p\ value > 0,05$ karena dianggap sebagai substansi yang penting maka dimasukkan dalam kandidat uji multivariat. Selanjutnya dari enam belas variabel kandidat tersebut (umur, status tinggal lansia, riwayat penyakit keluarga, sosial ekonomi atau penghasilan, lama menderita hipertensi, lama pengobatan hipertensi, persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dampak psikososial, dampak spiritual, dukungan keluarga, dukungan lingkungan, manfaat terapi farmakologi dan pendidikan

kesehatan) diuji secara bersamaan. Variabel yang $p \text{ value} > 0,05$ ditandai dan dikeluarkan satu per satu dari model dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang $p \text{ value}$ terbesar sehingga didapatkan hasil pada tabel dibawah ini.

dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Resume hasil variabel kandidat uji regresi logistik yang $p \text{ value} > 0,05$ dikeluarkan secara bertahap dari model analisis multivariat dengan Kepatuhan Dalam Perawatan Hipertensi Pada Lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Tahap	Variabel	B	P Value	OR	CI 95%
2	Dukungan keluarga	-0,063	0,944	0,938	0,162 - 5,447
3	Jenis kelamin	-0,423	0,705	0,655	0,074 - 5,841
4	Pendidikan	-0,642	0,606	0,526	0,046 - 6,038
5	Status pernikahan	0,768	0,457	2,155	0,284 - 16,332
6	Psikososial	0,807	0,444	2,242	0,283 - 17,730
7	Pend. kesehatan	0,827	0,381	2,287	0,360 - 14,545
8	Lama menderita	1,552	0,160	4,721	0,542 - 41,134
9	Persepsi keseriusan	-1,036	0,241	0,355	0,063 - 2,004

5.3.2 Pemodelan awal multivariat

Berdasarkan analisis multivariat regresi logistik dihasilkan $p \text{ value}$ masing-masing variabel. Tabel 5.9 adalah hasil uji regresi logistik ganda tahap pertama.

Dari tabel 5.9 diketahui bahwa variabel manfaat terapi farmakologi dikeluarkan dari model karena nilai $p \text{ value} > 0,05$. Variabel yang masih dipertahankan adalah umur, status tinggal lansia, sosial ekonomi atau penghasilan, lama menderita hipertensi, persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dampak psikososial, dampak spiritual, dukungan keluarga, dukungan lingkungan, dan pendidikan kesehatan.

Tabel 5.9 Pemodelan awal analisis tahap pertama antara variabel kandidat dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	B	P Value	OR	CI 95%
Umur lansia	3,815	0,017	45,382	1,971 - 1044,829
Jenis kelamin	-,420	0,707	0,657	0,074 - 5,869
Pendidikan	-,612	0,639	0,542	0,042 - 6,992
Status pernikahan	0,823	0,478	2,277	0,235 - 22,089
Status tinggal	2,177	0,069	8,822	0,846 - 92,027
Lama menderita Ht	1,668	0,217	5,299	0,375 - 74,792
Persepsi keseriusan	-1,822	0,092	0,162	0,019 - 1,348
Biaya pengobatan	4,200	0,009	66,683	2,813 - 1580,903
Pengetahuan	5,300	0,003	200,426	6,357 - 6318,687
Dampak Fisiologis	2,894	0,021	18,060	1,547 - 210,901
Dampak Psikososial	0,929	0,417	2,532	0,269 - 23,830
Dampak Spiritual	1,696	0,113	5,454	0,669 - 44,449
Dukungan Keluarga	-,076	0,942	0,927	0,122 - 7,035
Lingkungan	2,144	0,128	8,530	0,540 - 134,843
Manfaat terapi farmko	0,026	0,981	1,026	0,123 - 8,586
Pendidikan kesehatan	0,751	0,461	2,119	0,287 - 15,624

Analisis selanjutnya dilakukan dengan cara yang sama, variabel yang nilai *p value* > 0,005 dikeluarkan dari model analisis multivariat satu per satu dan hasil akhir analisis dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Hasil model awal uji regresi logistik ganda variabel yang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	B	P Value	OR	CI 95%
Umur lansia	2,587	0,009*	13,292	1,906 - 92,686
Status tinggal	2,109	0,033*	8,239	1,188 - 57,139
Biaya perawatan	3,845	0,003*	46,742	3,557 - 614,244
Pengetahuan	4,136	0,000*	62,573	6,461 - 605,970
Dampak Fisiologis	2,279	0,010*	9,772	1,705 - 56,002
Dukungan Lingkungan	2,633	0,012*	13,922	1,795 - 108,011
Constant	-29,700	0,000	0,000	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.10 di atas dapat diketahui bahwa variabel-variabel yang *p value* < 0,05 adalah umur lansia, status tinggal lansia, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dampak spiritual dan dukungan lingkungan.

5.3.3 Uji interaksi

Pada analisis ini sebelum masuk ke model dilakukan uji interaksi antar variabel yang penting. Hasil uji interaksi ini dapat dilihat berdasarkan hasil dari *p value* uji multivariate tahap kesebelas tabel 5.11. Analisis selanjutnya adalah melakukan uji interaksi antar variabel tersebut. Hasil uji interaksi dapat ditunjukkan dalam tabel 5.11, bahwa *p value* < 0,05 yang berarti ada interaksi antar variabel sehingga tidak dapat dimasukkan ke dalam model selanjutnya.

Tabel 5.11
Hasil uji interaksi variabel karakteristik lansia yang menderita hipertensi, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi, petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	P value
Biaya * Dampak Fisiologis	0,999
Biaya * Dukungan lingkungan	0,999
Biaya * Pengetahuan	1,000
Biaya * Status tinggal	0,998
Biaya * Umur	0,999
Dukungan lingkungan * Pengetahuan	0,913
Dukungan fisiologis * Pengetahuan	0,134
Dukungan lingkungan * Umur	0,795
Dukungan lingkungan * Dampak fisiologis	0,554
Pengetahuan * Umur	0,999
Pengetahuan * Status tinggal	0,998
Status tinggal * Umur	1,000
Umur * Dampak fisiologis	0,998
Dukungan lingkungan * Status tinggal	0,998
Dampak fisiologis* Status tinggal	0,998

Tabel 5.11 menggambarkan bahwa hasil uji interaksi, ditemukan tidak ada hasil *p value* < 0,05. Kesimpulan yang diperoleh dalam uji interaksi adalah tidak ada interaksi antar setiap variabel sehingga semua variabel dapat masuk ke dalam model.

5.3.4 Pemodelan akhir multivariat

Pada langkah terakhir hasil uji regresi logistik ganda nilai eks (B), yang menunjukkan bahwa ada 6 variabel nilai $p < 0,05$ semakin besar nilai eks (B) maka semakin besar pengaruh variabel tersebut terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hasil akhir dari proses pemodelan multivariat regresi logistik model prediksi, hasil analisis menunjukkan bahwa dari 18 variabel yang diduga berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang, ditemukan 6 variabel yang berhubungan secara signifikan yaitu variabel umur lansia, status tinggal lansia, biaya perawatan hipertensi, pengetahuan tentang hipertensi, dampak fisiologis dan dukungan lingkungan.

Tabel 5.12

Hasil uji interaksi variabel karakteristik lansia yang menderita hipertensi, persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi, petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	B	P Value	OR	CI 95%
Umur lansia				
- 60-74 tahun	2,372	0,009*	10,722	1,590 -71,306
- ≥ 75 tahun				
Status tinggal				
- Sendiri	2,246	0,033*	9,449	1,571 -56,839
- Bersama anak atau cucu				
Biaya Pengobatan				
- Mahal	4,115	0,003*	61,272	4,552 -828,772
- Murah				
Pengetahuan Hipertensi				
- Kurang	3,830	0,000*	46,051	5,954 -356,165
- Baik				
Dampak Fisiologis				
- Besar	2,410	0,010*	11,129	2,068 -59,881
- Kecil				
Dukungan lingkungan				
- Kurang	2,504	0,012*	12,231	1,858 -80,492
- Kuat				
Constant	-29,700	0,000	0,000	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.12 menggambarkan bahwa variabel – variabel dengan p value $< 0,05$ dan nilai OR yang tinggi adalah umur, status tinggal, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis dan dukungan lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia adalah variabel biaya pengobatan dengan $OR = 61,272$.

Umur lansia merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia dengan p value $< 0,009$ artinya ada hubungan yang bermakna antara umur lansia terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Analisis lanjut juga diperoleh nilai $OR = 10,722$ yang berarti bahwa umur lansia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang termasuk dalam kelompok umur > 75 tahun tahun berpeluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 10,722 kali dibandingkan dengan kelompok lansia 60-74 tahun. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa kelompok lansia umur 60-74 tahun dapat menurunkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi 10,722 kali dibandingkan dengan kelompok usia < 60 tahun. Dapat disimpulkan bahwa umur seseorang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi dan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan atau ketidakpatuhan, semakin usianya muda dari seseorang yang menderita hipertensi memiliki peluang untuk tidak patuh dalam perawatan hipertensi 10,7 kali.

Status tinggal lansia merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia dengan p value $< 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna antara status tinggal lansia terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dalam analisis lanjut juga diperoleh nilai $OR = 9,449$ yang berarti bahwa status tinggal lansia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang tinggalnya bersama anak dan cucu memiliki peluang meningkatkan kepatuhan

dalam perawatan hipertensi sebesar 9,449 kali dibandingkan dengan lansia yang tinggal sendirian atau tidak bersama kerabat keluarganya atau anak dan cucu. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa lansia yang tinggalnya serumah dengan anak atau cucunya atau semakin berdekatan tempat tinggal lansia dengan keluarga dan kerabat yang dekat, maka dapat meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 9,449 kali dibandingkan dengan lansia yang tinggal sendirian dan jauh dari anak atau cucu atau kerabat keluarganya. Dapat disimpulkan juga bahwa tempat tinggal lansia yang menderita hipertensi semakin jauh dari anak atau cucu atau kerabat keluarga memiliki peluang untuk kurang patuh dalam perawatan hipertensi sebesar 9,4 kali.

Biaya pengobatan hipertensi merupakan salah satu faktor berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia dengan $p \text{ value} < 0,05$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara persepsi biaya pengobatan hipertensi terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Analisis lanjut juga diperoleh nilai $OR = 61,272$ berarti bahwa biaya pengobatan merupakan faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang memiliki persepsi bahwa biaya perawatan hipertensi murah memiliki peluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 61,272 kali dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa biaya perawatan hipertensi mahal. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa lansia yang menyatakan biaya pengobatan hipertensi murah, dapat meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 61,272 kali dibandingkan dengan lansia yang menyatakan bahwa perawatan hipertensi mahal. Dapat disimpulkan juga bahwa pandangan lansia yang menyatakan biaya pengobatan hipertensi mahal, dapat diturunkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 61,3 kali dibandingkan dengan lansia yang menyatakan biaya pengobatan hipertensi murah.

Pengetahuan tentang hipertensi sebagai faktor yang berhubungan dengan perawatan hipertensi pada lansia dengan $p \text{ value} < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang sangat bermakna antara pengetahuan terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Analisis lanjut juga diperoleh nilai $OR = 46,051$ berarti

bahwa pengetahuan lansia tentang hipertensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi dan perawatannya di rumah memiliki peluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 46,051 kali dibandingkan dengan lansia yang kurang memiliki pengetahuan tentang hipertensi dan perawatannya di rumah. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa semakin baik pengetahuan lansia tentang hipertensi dan perawatannya di rumah, maka dapat menurunkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 46,051 kali dibandingkan dengan lansia yang memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi dan perawatannya di rumah.

Dampak fisiologis hipertensi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia dengan $p \text{ value} < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang signifikan antara dampak fisiologi akibat menderita hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Analisis lanjut juga diperoleh nilai $OR = 11,129$ berarti bahwa dampak fisiologis akibat menderita hipertensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang merasakan tanda dan gejala hipertensi berupa keluhan secara fisik sebagai dampak fisiologis menderita hipertensi memiliki peluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 11,129 kali dibandingkan dengan lansia yang menderita hipertensi tetapi tidak merasakan tanda dan gejala hipertensi atau sedikit merasakan keluhan secara fisik tanda dan gejala menderita hipertensi. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa semakin sedikitnya keluhan yang dirasakan secara fisik akibat menderita hipertensi atau tidak adanya keluhan secara fisik akibat menderita hipertensi pada seseorang lansia dapat menimbulkan ketidakpatuhan dalam perawatan sebesar 11,129 kali dibandingkan dengan lansia yang memiliki tanda dan merasakan tanda dan gejala hipertensi berupa keluhan secara fisik sebagai dampak fisiologis menderita hipertensi.

Dukungan lingkungan pada lansia yang menderita hipertensi menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada

lansia dengan $p \text{ value} < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang bermakna antara dukungan lingkungan terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Analisis lebih lanjut juga diperoleh nilai $OR = 12,231$ berarti bahwa dukungan lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari lingkungannya memiliki peluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 12,231 kali dibandingkan dengan lansia yang kurang memperoleh dukungan dari lingkungannya dalam perawatan hipertensi. Berdasarkan penelitian ini, disimpulkan bahwa semakin besar atau kuatnya dukungan yang diperoleh lansia yang menderita hipertensi dari lingkungannya, maka dapat menurunkan katidakpatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 12,2 kali.

Hasil akhir dari analisis multivariat ini akan menghasilkan persamaan regresi logistik yang dapat menjelaskan probabilitas kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Selanjutnya dibuat pemodelan uji regresi logistik.

$$Z = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6$$

Kepatuhan perawatan = $-29,802 + 2,372$ umur lansia + $2,246$ status tinggal + $4,115$ biaya pengobatan + $3,830$ pengetahuan hipertensi + $2,410$ dampak fisiologis + $2,504$ dukungan lingkungan.

Berdasarkan persamaan regresi logistik di atas, dapat disimpulkan bahwa proporsi kepatuhan perawatan hipertensi pada lansia yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang tahun 2011 adalah 2,372 poin dipengaruhi oleh faktor umur, 2,246 poin dipengaruhi oleh faktor status tinggal, 4,115 poin dipengaruhi oleh biaya pengobatan, 3,830 dipengaruhi oleh pengetahuan tentang hipertensi, 2,410 dipengaruhi oleh dampak fisiologis dan 2,504 dipengaruhi oleh dukungan lingkungan dengan konstanta sebesar -29,802.

BAB VI PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan pembahasan hasil penelitian yang mencakup hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, faktor yang paling berpengaruh dalam kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia yang dikaitkan dengan tujuan penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian bagi keperawatan. Pada bagian pembahasan, peneliti akan menginterpretasikan hasil penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan teori dan penelitian yang ada sebelumnya atau teori yang terkait dengan penelitian. Pada bagian keterbatasan penelitian, peneliti mengemukakan berbagai keterbatasan dengan membandingkan proses selama penelitian dilakukan dengan proses yang seharusnya dilakukan sesuai rencana atau konsep dan teori. Pada bagian akhir, menguraikan tentang implikasi penelitian bagi pengelola pelayanan kesehatan, profesi keperawatan, serta penelitian selanjutnya untuk masalah hipertensi pada lansia. Adapun secara lengkap pembahasan penelitian disajikan sebagai berikut:

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Bedasarkan analisis univariat diperoleh variabel karakteristik lansia yang proporsinya besar yaitu umur 60-74 tahun (76,7%), jenis kelamin wanita (67,4%), pendidikan lansia rendah 67,4%, status tinggal lansia bersama anak atau cucu (75,6%), penghasilan lansia baik (66,3%), tidak ada riwayat anggota menderita hipertensi (76,7%), IMT normal (65,1%), pengetahuan kurang (52,3%), lama menderita dan lama pengobatan hipertensi lebih dari 1 tahun (75,6%), memiliki pasangan hidup (51,2%). Analisis univariat terkait persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi diperoleh data persepsi hipertensi sebagai penyakit yang serius 54,7%, persepsi biaya pengobatan hipertensi murah 79,1%, persepsi

dampak fisiologis besar 53,5%, persepsi dampak psikososial positif 55,8% dan persepsi dampak spiritual rendah 51,2%. Analisis univariat terkait dengan petunjuk perilaku bertindak dalam perawatan hipertensi diperoleh proporsi sama kuatnya 52,3% antara lansia yang mendapat dukungan keluarga dan dukungan lingkungan kuat, manfaat terapi farmakologi sangat bermanfaat 64% dan pendidikan kesehatan kurang 54,7%. Analisis untuk kepatuhan dan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi diperoleh hasil bahwa lansia yang patuh dan yang tidak patuh memiliki proporsi yang sama 50%.

6.1.1 Karakteristik lansia dan kepatuhan dalam perawatan hipertensi

6.1.1.1 Hubungan umur lansia dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis bivariat tentang karakteristik umur lansia yang menderita hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang tahun 2011, adanya hubungan umur terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia yang menderita hipertensi. Kelompok lansia umur ≥ 75 tahun lebih besar 2 kali tingkat kepatuhannya dalam perawatan hipertensi dibandingkan kelompok umur 60-74 tahun. Menurut analisis peneliti, hal ini menunjukkan bahwa umur merupakan faktor resiko kuat yang tidak dapat dimodifikasi untuk kejadian hipertensi, tetapi dalam hal kepatuhan bukan menjadi patokan bahwa umur mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Penelitian ini kelompok umur lebih muda, lebih besar ketidakpatuhannya dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih tua. Ketidakpatuhan dalam perawatan ini, dapat disebabkan oleh persepsi individu terhadap dampak sakit yang dirasakan serta respon sakit yang bervariasi serta berbagai alasan yang setiap individu yang sangat bervariasi, antara lain: kesibukan, merasa sudah sembuh, tidak adanya gejala hipertensi yang dirasakan.

Kepatuhan minum obat secara umum menurut penelitian oleh Lin *et al.*, (2007), menggambarkan kepatuhan penggunaan obat hipertensi pada lanjut usia sebesar

57,6% dengan rata-rata kepatuhan penggunaan obat sebesar 39,3-44,4%. Dibandingkan penelitian sejenis oleh Kabir, Iliyasu, Abubakar dan Jibril (2004), tentang kepatuhan minum obat dalam kelompok umur 20-94 tahun mengkategorikan kepatuhan minum obat dalam kategori kepatuhan sedang sebesar 45,8%, kepatuhan baik sebesar 54,2%.

Hasil yang sama tentang umur dan kepatuhan, penelitian yang dilakukan oleh Lai *et al*, (2001) menyatakan bahwa lansia di Taiwan yang menderita hipertensi rata-rata usia 67,8-78,4 tahun (56,6%). Peningkatan tekanan darah bukan merupakan bagian normal dari ketuaan, dan berkaitan dengan tingginya insiden hipertensi pada lansia. Prevalensi hipertensi meningkat sampai 50% setelah umur 69 tahun (Kuswardhani, 2005). Bertambah usia juga berdampak pada sistem aorta dan arteri perifer menjadi kaku dan tidak lurus. Perubahan ini sebagai akibat peningkatan serat kolagen dan hilangnya elastisitas lapisan medial arteri. Lapisan intima menebal karena deposit kalsium. Kondisi ini berakibat meningkatkan kekakuan dan ketebalan arteri atau menjadi *arteriosklerosis*. Konsekuensi dari proses ini, aorta dan arteri mengalami vasodilatasi untuk menerima lebih banyak volume darah (Gerber, 1990 dalam Stanley & Beare, 2006).

Menurut analisis peneliti, perbedaan kepatuhan pada kelompok umur dan penyakit sangat berperan dalam kepatuhan dalam perawatan hipertensi dan perawatan atau pengobatan tuberkulosis paru. Lansia yang menderita hipertensi pada kelompok umur >75 tahun, secara empiris lansia tersebut memiliki pengalaman yang panjang dalam perawatan hipertensi yang lama, pengalaman berobat dan merasakan manfaat minum obat antihipertensi dapat mengurangi keluhan secara fisik. Pengalaman keberhasilan melakukan pengobatan tersebut menyebabkan lansia bertahan dalam kepatuhan perawatan hipertensi. Selain itu, faktor usia semakin bertambahnya usia seseorang, maka memiliki kecenderungan semakin meningkatnya tekanan darah karena faktor biologis. Peningkatan tekanan darah tersebut berdampak besarnya terhadap keluhan yang muncul secara fisik. Keluhan secara fisik dan besarnya resiko komplikasi yang dirasakan oleh lansia

yang lebih tua, menyebabkan meningkatnya perilaku patuh dalam perawatan hipertensi.

Kelompok lansia yang kurang dari 75 tahun biasanya secara fisik masih kuat sehingga biasanya tetap melakukan pekerjaan sehari-hari sesuai dengan kondisi yang dapat dilakukan atau dikerjakan oleh lansia, misalnya memasak, mencuci, mengasuh cucu dan sebagainya. Alasan kesibukan diri ini yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi. Disamping itu juga keluhan yang dirasakan akibat menderita hipertensi tidak seberat yang dirasakan oleh kelompok lansia yang lebih tua. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Kabir, Iliyasu, Abubakar & Jibril (2004) sebesar 1,8% lansia tidak patuh dalam pengobatan karena alasan sibuk.

Patuh adalah menuruti perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Lukman *et al*, (1999, dalam Suparyanto, 2010) menjelaskan bahwa seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas. Proses perubahan sikap dan perilaku bahwa perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi. Penerimaan menderita hipertensi sebagai penyakit yang wajar terjadi pada lansia juga mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam perawatan (Supriyanto, 2010). Stanley, Blair dan Beare (2005), menggambarkan kepatuhan dan ketidakpatuhan lanjut usia dalam mematuhi apa yang dianjurkan petugas kesehatan untuk merawat tekanan darah tinggi, dipengaruhi oleh faktor interaksi nilai, pengalaman hidup lansia, dukungan keluarga, kemampuan dari tenaga kesehatan, dan kompleksitas cara atau aturan hidup yang diterapkan lanjut usia.

Kaitannya dengan konsep HBM, bahwa umur seseorang merupakan variabel demografi yang mempengaruhi persepsi seseorang mengenai ancaman terhadap suatu penyakit, keseriusan suatu penyakit, pertimbangan keuntungan dan kerugian melakukan suatu tindakan untuk perawatan terhadap penyakit yang diderita

(Maulana, 2009). Jadi umur dapat mempengaruhi persepsi responden terhadap penyakit hipertensi sebagai penyakit yang mengancam keselamatan ataupun penyakit yang serius. Persepsi bahwa hipertensi sebagai penyakit yang serius mengancam kesehatan lansia dan keinginan untuk panjang umur hidup sehat sampai tua, sehingga umur lansia sangat berpengaruh pada kepatuhan dalam melakukan perawatan hipertensi.

6.1.1.2 Hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis bivariat tentang karakteristik jenis kelamin lansia yang menderita hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang tahun 2011, tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Diperoleh data 86 lansia hipertensi, bahwa jenis kelamin perempuan dan laki-laki yang patuh dalam perawatan hipertensi masing-masing 50% yang berarti jenis kelamin tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dalam penelitian ini jumlah responden lansia berjenis kelamin perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan lansia laki-laki.

Menurut analisis peneliti, bahwa faktor stress fisik dan psikologi serta respon yang muncul akibat menderita hipertensi pada lansia laki-laki dan perempuan juga berbeda. Tempat penelitian ini merupakan daerah urban, pada kelompok usia produktif lebih banyak yang bekerja sehingga menyerahkan keperluan sehari-harinya kepada orang tua. Pada lansia perempuan masih memiliki pekerjaan rutin yang banyak dalam kegiatan hidup sehari-hari seperti memasak, mencuci, mengasuh cucu, menjemput cucu sekolah dan sebagainya sehingga lupa untuk minum obat atau memiliki waktu yang sedikit untuk berobat atau berkunjung ke fasilitas kesehatan. Stress secara psikologis lebih banyak dialami oleh lansia wanita, sedangkan stress secara fisik lebih besar dialami oleh lansia laki-laki. Pengaruh stress secara fisik dan non fisik tersebut mempengaruhi peningkatan

tekanan darah pada lansia. Respon yang muncul dan reaksi bertindak untuk mengatasi penyakit hipertensi lebih banyak dilakukan oleh lansia wanita, sehingga kondisi ini yang menyebabkan lansia wanita lebih patuh dibandingkan dengan lansia laki-laki. Jumlah lansia perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan lansia laki-laki, karena secara konsep lansia perempuan lebih berumur panjang dibandingkan dengan lansia laki-laki. Black dan Hawk (2009) juga menyatakan bahwa kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada perempuan setelah usia 74 tahun.

Reaksi bertindak dalam perawatan atau pengobatan yang berbeda tersebut menimbulkan perbedaan tingkat kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia perempuan dan laki-laki memiliki peluang yang sama untuk mengalami ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi, sehingga peluang untuk patuh dan kurang patuh antara lansia perempuan dan laki-laki dengan proporsi sama 50%. Hasil yang sama dalam penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009), jenis kelamin wanita dan laki-laki yang menderita hipertensi dengan proporsi yang sama yaitu 50%. Lansia perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda terhadap masalah kesehatan, laki-laki cenderung kurang peduli, tidak memperhatikan kesehatannya.

Sesuai dengan hasil penelitian tentang kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru, yang dilakukan oleh Erawatiningsih, Purwanta dan Subekti (2005) di Dinas Kesehatan kabupaten Dompu Nusa Tenggara Barat, diperoleh nilai koefisien korelasi parsial sebesar 1,000 dengan $p=0,323$ dan $> 0,05$ maka tidak ada pengaruh yang signifikan jenis kelamin terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru. Jenis kelamin laki-laki lebih banyak menderita TB paru (61,9%) dibandingkan penderita perempuan.

Jenis kelamin kaitannya dengan konsep HBM, merupakan variabel demografi yang mempengaruhi persepsi seseorang mengenai ancaman terhadap suatu penyakit, keseriusan suatu penyakit, pertimbangan keuntungan dan kerugian melakukan suatu tindakan untuk perawatan terhadap penyakit yang diderita

(Maulana, 2009). Jadi jenis kelamin dapat mempengaruhi persepsi terhadap penyakit hipertensi sebagai penyakit yang mengancam keselamatan ataupun penyakit yang serius. Persepsi bahwa hipertensi sebagai penyakit yang serius mengancam kesehatan lansia dan panjang umur hidup sehat sampai tua merupakan keinginan semua lansia baik laki-laki maupun perempuan sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor umur tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia.

6.1.1.3 Hubungan pendidikan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia yang berpendidikan rendah memiliki kepatuhan lebih besar 55,2% dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah dan berperilaku baik. Pendidikan rendah juga berisiko ketidakpatuhan pada lansia dalam mengontrol kesehatannya (WHO,2003). Zulfitri (2006) mengatakan bahwa lebih banyak lansia yang berpendidikan rendah 64,6% yang menderita hipertensi.

Berbeda dengan hasil penelitian Posted (2010) tentang efektifitas pendidikan kesehatan tentang gizi pada hipertensi pada lansia berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah bahwa lansia yang berpendidikan tinggi lebih efektif menerima pendidikan kesehatan dibandingkan dengan lansia yang berpendidikan rendah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) responden yang berpendidikan tingkat lanjutan sebesar 58,18% atau sebanyak 64 responden, sedangkan yang telah menyelesaikan pendidikan tingkat dasar sebanyak 46 responden (41,82%). Hasil analisis bivariat antara pendidikan dengan kepatuhan dalam melaksanakan terapi obat menunjukkan hubungan yang signifikan secara

statistik nilai $p < 0,05$, sehingga faktor pendidikan berhubungan dengan kepatuhan dalam minum obat.

Menurut analisis peneliti hasil penelitian ini menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan lansia tidak dapat menjadi menjadi suatu ukuran tentang patuh dan tidak patuh dalam perawatan dan bukan menjadi jaminan bahwa pendidikan yang tinggi menjadi identik dengan kepatuhan yang dilakukan oleh seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi tidak dapat diprediksi bahwa orang tersebut memiliki kepatuhan yang tinggi pula. Demikian juga pada seseorang yang berpendidikan rendah belum tidak dapat diprediksi bahwa orang tersebut lebih rendah kepatuhannya terhadap perawatan hipertensi. Oleh karena itu hasil penelitian ini menggambarkan bahwa tingkat pendidikan lansia tidak berhubungan dan mempengaruhi perilaku patuh atau kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi dipengaruhi misalnya faktor umur, keluhan secara fisik, dan status tinggal lansia bersama anak atau hidup sendirian.

Menurut data yang dikumpulkan Departemen Sosial Republik Indonesia (1996, dalam Hardywinoto, 2007) bahwa tingkat pendidikan penduduk lansia di Indonesia belum baik. Rendahnya tingkat pendidikan ini mengakibatkan mereka sulit menerima dan memahami penyuluhan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kondisi demikian akan berdampak pada pemahaman tentang suatu penyakit, perawatan yang harus dilakukan sebagai bagian hidupnya tanpa merasakan bahwa kegiatan perubahan perilaku menjadi beban hidupnya yang menyulitkan. Menurut Sani (2008), faktor yang menjadi hambatan dalam pengendalian perawatan hipertensi pada individu lansia di masyarakat adalah faktor ketidakpatuhan dan ketidakpatuan pasien minum obat antihipertensi berkaitan dengan tingkat pendidikan pasien yang rendah mengenai obat-obatan dan pengetahuan pasien yang rendah.

Pendidikan kaitannya dengan konsep HBM, bahwa pendidikan lansia dalam pendidikan formal berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk menerima pengetahuan yang baru dan merupakan variabel demografi yang mempengaruhi persepsi seseorang mengenai ancaman terhadap suatu penyakit, keseriusan suatu penyakit, pertimbangan keuntungan dan kerugian melakukan suatu tindakan untuk perawatan terhadap penyakit yang diderita (Maulana,2009).

6.1.1.4 Hubungan status pernikahan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kepatuhan lansia yang masih memiliki pasangan hidup lebih kecil (39,3%) dibandingkan dengan kepatuhan pada lansia yang janda atau duda sebesar (57,1%). Kelompok lansia menikah dengan status janda memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 0,570 kali dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia yang menikah dan masih memiliki pasangan hidup. Pada kelompok lansia yang menikah dan masih hidup dengan pasangannya mayoritas kurang patuh dalam perawatan hipertensi sebanyak 60,7%. Secara umum, kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih banyak dilakukan oleh lansia yang berstatus janda atau duda dibandingkan lansia yang masih memiliki pasangan.

Undang-undang No. 10 tahun 1992 menyebutkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari suami, istri atau suami dan isteri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Status perkawinan merupakan kondisi keterikatan seseorang laki-laki dan perempuan dalam ikatan perkawinan yang sah secara hukum dan agama sebagai pasangan suami dan isteri sebagai suatu keluarga. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, ikatan perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya

(Bailon dan Maglaya, 1989 dalam Setiadi, 2008). Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal (Setiadi, 2008).

Keluarga juga sebagai ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Sayekti, 1994 dalam Setiadi, 2008). Dalam tahap perkembangan keluarga lansia, salah satu tugas perkembangan adalah menyesuaikan tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup dan mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat serta menerima kematian pasangan hidupnya (Setiadi, 2008).

Analisis peneliti bahwa ada lansia yang masih berpasangan atau sudah menjadi janda atau duda terletak pada kesibukan dan pengaturan waktu yang berbeda. Peneliti belum menemukan penelitian sebelumnya terhadap kepatuhan dalam perawatan yang berkaitan dengan status pernikahan. Lansia yang masih memiliki pasangan kemungkinan kurang bisa mengatur waktu untuk dirinya sendiri dibandingkan dengan lansia yang hidup sendiri atau terpisah dengan keluarga besar. Kesibukan lebih banyak pada lansia yang masih memiliki pasangan hidup, daripada yang sudah menjadi janda atau duda. Tahap perkembangan keluarga lansia, tugas perkembangan keluarga adalah menyesuaikan tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup dan mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat serta menerima kematian pasangan hidupnya.

Apabila fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga ini belum berfungsi dengan baik atau dilakukan oleh keluarga, maka kegiatan saling merawat antar lansia atau anggota keluarga juga belum dilakukan secara optimal, sehingga kondisi ini akan berdampak pada kurangnya kepatuhan perawatan lansia yang menderita penyakit

termasuk hipertensi. Seharusnya, orang yang menikah akan memperhatikan pasangannya bila sedang sakit, ikut mengupayakan untuk kesembuhannya dengan merawat sendiri atau meminta pertolongan petugas kesehatan. Lansia yang sudah menjadi janda atau duda memiliki persepsi bahwa hidupnya tidak akan menggantungkan pada orang lain, atau merepotkan orang lain, serta memiliki rasa memiliki tanggungjawab untuk melakukan perawatan secara mandiri lebih besar. Hidupnya tidak mau merepotkan orang lain, dan juga lansia yang duda atau janda lebih fleksibel untuk mengatur dirinya sendiri tanpa harus mendapat persetujuan dari anggota keluarga yang lain. Sikap kemandirian dalam upaya kesehatan ini menjadi hal yang membedakan kepatuhan dalam perawatan hipertensi antara lansia janda/duda dengan lansia yang masih berpasangan. Jadi dapat disimpulkan bahwa status pernikahan tidak menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia.

6.1.1.5 Hubungan status tinggal dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status tinggal lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$ %. Kelompok lansia dengan status tinggal bersama anak atau cucu memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia yang menikah dan masih memiliki pasangan hidup. Kelompok lansia yang tinggal sendiri lebih kecil kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebanyak 17 responden (81%) dari 21 responden. Pada kelompok lansia yang tinggal bersama anak atau cucu lebih besar yang patuh dalam perawatan hipertensi sebanyak 39 responden (60%) dan 40% selebihnya (26) responden kurang patuh dalam perawatan hipertensi.

Menurut analisis peneliti pada lansia yang status tinggalnya menjadi satu dengan anak atau cucu dan membentuk keluarga besar, lebih besar memperoleh dukungan

dari keluarga dibandingkan lansia yang tinggal sendirian. Perbedaannya terletak pada dukungan secara fisik dan psikologis dari anak dan cucunya ataupun anggota keluarga yang lain sangat berpengaruh dalam kepatuhan perawatan, termasuk dukungan finansial. Bagi lansia yang tidak tinggal serumah dengan anggota keluarganya atau tinggal terpisah menjadi kurang mendapatkan perhatian atau dukungan dari keluarga menyebabkan lansia menjadi stress sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi. Dukungan keluarga berperan dalam kepatuhan lansia melakukan pengelolaan perawatan hipertensi dalam waktu yang lama atau jangka panjang misalnya mengingatkan minum obat atau kontrol tekanan darah (Miller, *et al.*,1979 dalam Stanley & Beare, 2006). Dapat disimpulkan bahwa, lansia yang tinggal bersama anak dan cucu lebih besar melakukan kepatuhan dalam perawatan hipertensi karena kemudahan mendapatkan dukungan dari keluarga secara fisik, psikososial dan juga finansial.

6.1.1.6 Hubungan sosial ekonomi atau penghasilan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan status sosial ekonomi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan sosial ekonomi atau berpenghasilan baik memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia dengan sosial ekonomi rendah atau berpenghasilan kurang. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat Indonesia dimana populasi lansia yang juga merupakan penduduk urban yang tinggal di perumahan yang padat penduduk dengan sosial ekonomi yang belum mapan. Penyakit hipertensi sebagai salah satu penyakit kronis berdampak pada aspek ekonomi bagi penderita dan keluarganya.

Menurut analisis peneliti faktor sosial ekonomi tidak berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang dalam hal perawatan hipertensi disebabkan kemampuan

untuk melakukan pengobatan atau kepatuhan dalam perawatan, biasanya seseorang menyesuaikan dengan tingkat sosial ekonomi mereka. Bagi lansia yang sosial ekonominya rendah atau penghasilannya sedikit mayoritas lebih memilih untuk berobat ke Puskesmas karena biayanya terjangkau. Bagi lansia yang memiliki penghasilan yang baik atau mendapatkan dukungan finansial dari anak atau cucu atau menggunakan uang pensiunnya banyak yang memilih untuk pengobatan hipertensi ke dokter praktik swasta atau rutin periksa kesehatannya ke rumah sakit. Kedua kondisi yang dilakukan secara berbeda pada tempatnya tersebut memiliki tingkat kepatuhan yang sama. Data yang diperoleh dalam penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata penghasilan dalam arti kepemilikan uang tanpa melihat dari mana sumber - sumber pendapatan lansia di wilayah ini sebesar Rp1.250.000,- sebulan. Pendapatan terendah sebesar Rp 110.000,- dan tertinggi sebesar Rp 2.500.000,- Sedangkan Upah Minimum Regional Kota Semarang sebesar kurang lebih Rp 900.000,- Hal ini sejalan dengan pernyataan WHO, bahwa peningkatan jumlah penderita hipertensi di negara berkembang termasuk Indonesia, dikaitkan dengan peningkatan status sosial ekonomi yang baik, serta selalu dihubungkan dengan prevalensi hipertensi lebih banyak pada golongan sosioekonomi yang lebih tinggi (WHO, 2001). Bila dihubungkan dengan tugas dalam tahap perkembangan keluarga lansia, salah satu tugas perkembangan adalah menyesuaikan tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup dan mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat serta menerima kematian pasangan hidupnya (Setiadi, 2008).

Dalam hal kepatuhan Carpenito (2000, dalam Suparyanto, 2010) berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya adalah tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, tetap ada pula penderita yang sudah pensiun dan tidak bekerja namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi

menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan (Power park C.E., 2002). Jadi berdasarkan pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa tingkat sosial ekonomi keluarga lansia tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia karena pendapatan atau finansial akan menentukan keputusan lansia melakukan tindakan pengobatan dan perawatan hipertensi sesuai kemampuan social ekonominya untuk memilih tempat pelayanan kesehatan yang sesuai.

6.1.1.7 Hubungan riwayat penyakit keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat penyakit keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan memiliki riwayat anggota keluarga menderita hipertensi memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia yang tidak memiliki riwayat anggota keluarga menderita hipertensi. Pada penelitian ini, sebagian besar lansia 76,7% tidak memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi.

Bebeda dengan konsep bahwa riwayat keluarga dengan hipertensi merupakan faktor risiko paling kuat bagi seseorang untuk mengidap hipertensi dimasa yang akan datang. Tekanan darah kerabat dekat utama (orang tua, saudara sekandung) yang dikoreksi terhadap umur dan jenis kelamin tampak ada pada semua tingkat tekanan darah dengan koefisien regresi 0,2-0,3 (WHO (1996, dalam Padmawinata, 2001). Penyebab hipertensi adalah adanya faktor-faktor yang secara alami telah ada pada seseorang sebagai faktor risiko tidak terkontrol (mayor) antara lain adalah umur, jenis kelamin dan pada akhirnya berpengaruh terhadap kondisi fisiologis tubuh sebagai faktor minor tidak dapat terkontrol (Fitriana, 2010). Hipertensi merupakan salah satu gangguan genetik yang bersifat kompleks (Sani, 2008). Seseorang yang memiliki riwayat keluarga sebagai pembawa (*carrier*)

hipertensi memiliki risiko dua kali lebih besar terkena hipertensi dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi.

Kepatuhan lanjut usia dalam perawatan hipertensi untuk mempertahankan status normotensi pada kondisi hipertensi sangat ditentukan oleh pengalaman lansia dalam melakukan perawatan hipertensi secara mandiri. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidakpatuhan (Tylor,1991 dalam Suparyanto, 2010). Sebagai contoh, di Amerika Serikat para wanita kaum kulit putih dan orang-orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter (Sarafino,1990, dalam Suparyanto, 2010). Jadi dapat disimpulkan bahwa riwayat keluarga yang termasuk dalam variabel demografis dalam penelitian ini sejalan dengan pendapat tersebut yaitu riwayat keluarga tidak dapat secara bermakna mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia dan kepatuhan lebih banyak dipengaruhi oleh kepribadian lansia tersebut.

Menurut analisis peneliti bahwa ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi banyak hal yang berperan. Beberapa hal yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan adalah terkait dengan suku dan budaya orang seseorang yang mudah menerima kondisi sakit sebagai suatu hal yang wajar. Sakit sebagai suatu hal yang wajar terjadi pada orang yang sudah berusia tua. Hal tersebut sesuai dengan hasil yang diperoleh saat studi pendahuluan terhadap lansia yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Sronдол, antara lain: a) akibat persepsi dan sikap permisif terhadap penyakit hipertensi sebagai masalah umum dan wajar terjadi pada lanjut usia; b) lansia merasa sudah sembuh karena keluhan berkurang atau tidak ada keluhan hipertensi; c) bisa juga karena persepsi bahwa hipertensi yang diderita tidak bisa disembuhkan. Menurut *Decision theory* (1985, dalam Supriyanto,2010) penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan. Perilaku ketat sering diartikan sebagai usaha penderita untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenal kesehatannya (Taylor,1991 dalam Suparyanto, 2010). Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degrest *et al*,1998).

6.1.1.8 Hubungan status gizi atau IMT dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status gizi atau IMT lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan status gizi atau IMT tidak normal (kurus, gemuk, dan obesitas) memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia dengan status gizi normal. Kepatuhan lansia yang memiliki status gizi tidak normal dalam perawatan hipertensi 56,7% lebih besar dibandingkan lansia yang status gizi normal 46,4%. Pada lansia yang IMT normal memiliki ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 53,6% proporsinya lebih besar dibandingkan dengan lansia yang IMT tidak normal sebesar 43,3%. Tekanan darah meningkat seiring dengan peningkatan berat badan dan juga sebaliknya (Sani, 2008).

Kegemukan merupakan salah satu risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler. Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensi, obesitas dengan penyakit jantung koroner (Azwar, 2004). Faktor gizi yang sangat berhubungan dengan terjadinya hipertensi melalui beberapa mekanisme. Aterosklerosis merupakan penyebab utama terjadinya hipertensi yang berhubungan dengan diet seseorang, walaupun faktor usia juga berperan, karena pada lansia, pembuluh darah cenderung menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang. Pembuluh yang mengalami sklerosis (aterosklerosis), resistensi dinding pembuluh darah tersebut akan meningkat. Hal ini akan memicu jantung untuk meningkatkan denyutnya agar aliran darah dapat mencapai seluruh bagian tubuh (Azwar, 2004).

Sejalan dengan hasil penelitian dari Retnowati (2010) tentang hubungan status gizi dengan hipertensi pada Pra lansia dan lansia di Posbindu Kelurahan Bantar Jati Bogor tahun 2010 diperoleh hasil uji statistik bahwa antara status gizi dengan

hipertensi disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antara responden yang status gizinya *overweight* dengan responden yang status gizinya tidak *overweight* (tidak ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan hipertensi).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di wilayah Puskesmas Sronдол Semarang juga diperoleh informasi bahwa alasan yang menyebabkan lansia kurang patuh dalam perawatan hipertensi antara lain a) lansia suka mengonsumsi makanan yang dibeli di warung sehingga sulit mengontrol asupan diet hipertensi; b) alasan kesibukan keluarga untuk mengurus lansia atau tidak ada yang mengantarkan berobat atau berkunjung ke posyandu lansia; c) lansia mengasuh cucu atau bertugas mengantarkan cucu ke sekolah; d) lansia usia sulit diingatkan untuk pantang rendah garam. Beberapa alasan tersebut menurut peneliti menyebabkan tingginya kejadian hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Sronдол ini, dan semua itu berkaitan dengan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi.

Menurut analisis peneliti persamaan hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa status gizi sebagai merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya hipertensi, tetapi bukan menjadi tolak ukur bila seseorang yang gemuk atau obesitas yang menderita hipertensi karena kurangpatuh dalam perawatan, atau sebaliknya. Kejadian hipertensi pada lansia lebih banyak faktor yang berperan termasuk faktor kesibukan lansia dalam aktifitas sehari-hari ataupun faktor genetika yang memiliki riwayat menderita hipertensi. Hal ini perlunya pemahaman bahwa kepatuhan dalam perawatan hipertensi menjadi pilihan perawatan yang harus dilaksanakan oleh lansia dan keluarganya. Kondisi tersebut apabila tidak ditangani secara baik melalui program pendidikan kesehatan yang berkesinambungan tentang pentingnya gizi seimbang bagi penderita hipertensi, maka berdampak pada meningkatnya kasus stroke dan penyakit kardiovaskuler yang lain di wilayah tersebut.

6.1.1.9 Hubungan lama menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan lama menderita hipertensi lebih dari satu tahun memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia lama menderita hipertensi kurang dari satu tahun.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) di RSUD H. Adam Malik Medan terhadap analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan diperoleh hasil bahwa gambaran karakteristik umur pada rentang umur 32 tahun sampai 80 tahun dan rata-rata menderita hipertensi lebih dari 5 tahun menunjukkan proporsi yang tidak beda jauh dengan yang menderita hipertensi kurang dari 5 tahun. Hasil analisis bivariat antara lamanya menderita hipertensi dengan kepatuhan dalam melaksanakan terapi obat menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik nilai $p < 0,05$, sehingga faktor lamanya menderita hipertensi berhubungan dengan kepatuhan dalam minum obat.

Menurut analisis peneliti bahwa lama menderita hipertensi pada lansia berkaitan dengan lamanya melakukan pengobatan hipertensi sehingga, lama menderita hipertensi bukan menjadi faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Faktor lain yang dominan adalah keluhan secara fisik akibat menderita hipertensi lebih besar pengaruhnya terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi dibandingkan lamanya menderita hipertensi. Patuh adalah menuruti perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. faktor lain yang menyebabkan lansia tidak patuh dalam perawatan hipertensi antara lain a) lanjut usia tidak teratur minum obat; b)

menghentikan pengobatan sendiri karena bosan minum obat; c) tidak ada keluhan hipertensi yang dirasakan lanjut usia tidak teratur minum obat; d) menghentikan pengobatan sendiri karena bosan minum obat; e) tidak ada keluhan hipertensi yang dirasakan; f) malas kontrol atau merasa sudah sembuh.

Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Lukman Ali *et al*,1999, dalam Suparyanto, 2010). Beberapa kondisi ketidakpatuhan lansia dalam perawatan hipertensi tersebut, pada gilirannya akan berdampak pada peningkatan jumlah lansia yang menderita hipertensi dan besarnya risiko komplikasi akibat hipertensi seperti penyakit stroke dan penyakit jantung yang lain. Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, perilaku yang tidak pantas (Dikson 1990, ley,1992, dalam Suparyanto, 2010).

6.1.1.10 Hubungan lama pengobatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara lama pengobatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan lama pengobatan hipertensi lebih dari satu tahun memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi lebih besar dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia lama pengobatan hipertensi kurang dari satu tahun.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) di RSUD H. Adam Malik Medan terhadap analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan diperoleh

hasil bahwa gambaran karakteristik umur pada rentang umur 32 tahun sampai 80 tahun dan rata-rata menderita hipertensi lebih dari 5 tahun menunjukkan proporsi yang tidak beda jauh dengan yang menderita hipertensi kurang dari 5 tahun.

Lamanya program pengobatan dan keparahan penyakit berperan dalam kepatuhan pasien hipertensi dalam minum obat. Penelitian Blackwell (2003) di USA terkait lamanya program pengobatan dan perawatan memicu terjadinya ketidakpatuhan terhadap program yang sedang dilaksanakan pasien 75%. Menurut penelitian Russel, Daly, Hughes dan O'P Hoo (2003) di Northcote, Victoria, Australia dalam *Journal of Advanced Nursing* bahwa ketidakpatuhan terjadi dalam berbagai tingkatan semua bidang kesehatan termasuk perawatan terkait lamanya program, sekitar 38% pasien menjalani pengobatan dalam jangka pendek dan 43% pengobatan jangka panjang. Dibandingkan penelitian sejenis oleh Kabir, Iliyasu, Abubakar dan Jibril (2004) ketidakpatuhan minum obat karena keparahan penyakit dan lamanya program pengobatan pada rentang umur 20-94 tahun sebesar 4.8% .

Menurut analisis peneliti bahwa lama melakukan upaya pengobatan hipertensi pada lansia berkaitan dengan lamanya menderita hipertensi sehingga, lama menderita hipertensi bukan menjadi faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Faktor lain yang dominan adalah keluhan secara fisik dan psikososial akibat menderita hipertensi lebih besar pengatuhnya terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi dibandingkan lamanya pengobatan hipertensi. Dalam penelitian Adriansyah tidak melakukan penelitian tentang lamanya pengobatan. Namun dalam penelitian yang dilakukan pada lansia yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Spondol Kota Semarang ini, lamanya menderita hipertensi sangat erat kaitannya dengan lamanya pengobatan hipertensi, dan hasilnya sangat relevan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lamanya pengobatan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Hal ini sejalan dengan pendapat dari WHO (1999) bahwa lama menderita hipertensi dan lama pengobatan mempunyai hubungan yang negatif dengan

kepatuhan sehingga semakin lama seseorang menderita suatu penyakit, semakin berkurangnya kepatuhan dalam menjalankan terapi yang telah direkomendasikan. Penelitian Ary (1986, dalam Delamater, 2006), bahwa pasien diabetes melitus menunjukkan kepatuhan yang lebih baik terhadap medikasi dibandingkan terhadap perubahan gaya hidup dan kepatuhan yang lebih baik pada penatalaksanaan yang sederhana dibandingkan dengan yang lebih kompleks. Lamanya program pengobatan dan perawatan memicu terjadinya ketidakpatuhan terhadap program yang sedang dilaksanakan oleh pasien.

6.1.1.11 Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan pengetahuan tentang hipertensi kurang baik memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 8,525 kali dibandingkan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada kelompok lansia dengan pengetahuan tentang hipertensi baik.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) tentang faktor pendidikan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai kebermaknaan sebesar 0,025 ($p < 0,05$), yang berarti bahwa sedikitnya pengetahuan yang dimiliki pasien tersebut mengenai penyakitnya, akibat pengetahuan yang tidak menyeluruh, pasien sering mengabaikan instruksi yang telah diberikan oleh dokter kepadanya dan sering menganggap penyakit hipertensi tidak begitu fatal bagi kesehatannya.

Menurut analisis peneliti bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi salah satu diantaranya adalah faktor pengetahuan

tentang perawatan hipertensi. Pengetahuan tentang penyakit hipertensi dan pengobatan serta perawatannya di rumah akan mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Rendahnya pengetahuan lansia tentang perawatan hipertensi menjadi salah satu hambatan untuk berhasilnya kepatuhan dalam perawatan hipertensi, karena penderita kurang mendapat penyuluhan dan informasi yang adekuat dari petugas kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian ini bahwa pengetahuan tentang hipertensi berkaitan erat dengan tingkat pendidikan lansia dan juga berkaitan dengan sering atau tidaknya lansia memperoleh pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi. Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan sangat berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Seseorang perlu mengetahui apa yang hendak dilakukan agar dapat melakukan tindakan dengan tepat dan benar (Morrow, Leiner & Sheikh, 1998 dalam Klein (2006).

6.1.2 Persepsi keseriusan ancaman penyakit hipertensi

6.1.2.1 Hubungan persepsi keseriusan ancaman penyakit dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Sronдол Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan ancaman tentang penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit yang serius memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 0,348 kali dibandingkan dengan lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit yang tidak serius. Sejauh ini peneliti belum menemukan hasil penelitian sebelumnya tentang faktor keseriusan ancaman penyakit hipertensi berkaitan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Menurut analisis peneliti bahwa semakin seseorang merasa terancam keselamatan atau terganggu kesehatannya, maka ada kecenderungan seseorang tersebut untuk

patuh melakukan tindakan yang dapat mempertahankan kondisi kesehatannya, meningkatkan status kesehatannya dengan upaya-upaya preventif dan promotif. Ancaman, keseriusan, kerentanan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian ini dipengaruhi oleh 1) variabel demografi yaitu usia, jenis kelamin, latar belakang budaya, 2) variabel sosiopsikologis yaitu kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial dan 3) variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah. Kebutuhan terhadap kesehatan seseorang terbagi dua yaitu kebutuhan obyektif dan kebutuhan subyektif. Kebutuhan obyektif yaitu diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaian professional. Sedangkan kebutuhan subyektif yaitu kebutuhan yang didasarkan pada individu menentukan sendiri apakah dirinya memiliki penyakit, berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri. Beberapa konsep model teori HBM telah dilakukan adaptasi, menurut Rosenstock (1982), Sarafino (1990) dan Glans (2002).

Berdasarkan konsep HBM seseorang akan bertindak bila ia merasakan suatu yang mengancam keselamatannya. Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauhmana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman meningkat maka akan terjadi perilaku pencegahan. Penilaian kedua adalah perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan atau tidak melakukan tindakan. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya komplikasi, tingginya kematian akibat penyakit, penurunan fungsi fisik dan mental, kecacatan dan dampaknya terhadap kehidupan sosial.

6.1.2.2 Hubungan biaya pengobatan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan biaya pengobatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara biaya pengobatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal

ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa pengobatan penyakit hipertensi murah memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 27,462 kali dibandingkan dengan lansia lansia dengan persepsi bahwa pengobatan penyakit hipertensi mahal.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) di RSUD H. Adam Malik Medan terhadap analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan diperoleh hasil bahwa gambaran karakteristik umur pada rentang umur 32 tahun sampai 80 tahun menyebutkan bahwa biaya untuk pengobatan penyakit hipertensi tidak mahal berjumlah 96 responden (87,27%), sedangkan yang menyatakan bahwa biaya pengobatan penyakit hipertensi mahal sebanyak 14 responden (12,73%). Hasil analisis bivariat menunjukkan hasil bahwa variabel mahal biaya pengobatan dengan kepatuhan minum obat menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik nilai $p = 0,043$, sehingga faktor ini berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam minum obat.

Kekurangan biaya menyebabkan penderita tidak patuh dalam minum obat. Penelitian Kabir, Iiyasu, Abubakar dan Jibril (2004) mengidentifikasi ketidakpatuhan minum obat karena kekurangan biaya pada rentang umur 20-94 tahun sebesar 32,7%. Penelitian oleh *US Department of Health And Human Services Public Health Services, Washington DC (2000)* bahwa ketidakpatuhan pengelolaan perawatan hipertensi berhubungan dengan biaya pengobatan, menunjukkan adanya faktor kekurangan biaya sebagai penyebab seorang penderita hipertensi menjadi tidak patuh dalam perawatan hipertensi.

Persamaan hasil penelitian ini menurut analisis peneliti bahwa faktor biaya pengobatan atau perawatan hipertensi berkaitan dengan penghasilan atau tingkat sosial ekonomi lansia atau keluarga. Lansia yang memiliki status sosial ekonomi yang mapan lebih leluasa untuk memilih tempat perawatan hipertensi, yang umumnya lebih banyak patuh berobat ke dokter atau rumah sakit. Sedangkan bagi lansia yang status ekonominya sedang, kepatuhan dalam perawatan atau

pengobatan lebih banyak datang ke Puskesmas dengan asumsi biaya yang murah dan terjangkau. Untuk itu, biaya pengobatan menjadi hal yang sangat mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Faktor biaya menjadi faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol ini, karena adanya kebijakan dari Pemerintah Kota Semarang bahwa semua penduduk yang memiliki Kartu Tnda Penduduk (KTP) Semarang bila berobat ke Puskesmas tanpa dipungut biaya atau gratis berobat. Apabila ada masyarakat di luar Kota Semarang yang berobat, hanya ditarik biaya sebesar lima ribu rupiah. Hal inilah yang menjadi alasan yang kuat dalam penelitian ini bahwa persepsi tentang biaya pengobatan hipertensi di Semarang khususnya yang berobat ke Puskesmas Srandol mayoritas mengatakan murah. Hal inilah yang menjadi penelitian ini menempatkan faktor biaya pengobatan menjadi salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

6.1.2.3 Hubungan dampak fisiologis dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan dampak fisiologis penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara dampak fisiologis penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak besar terhadap kondisi keluhan fisik memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 3,168 kali dibandingkan dengan lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak kecil terhadap kondisi keluhan fisik.

Dalam penelitian kepatuhan minum obat antihipertensi yang dilakukan oleh Pujiyanto (2008) yang dimuat dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 3 No 3 Desember 2008, berkaitan dengan keteraturan minum obat ada penderita hipertensi yang dengan penuh kesadaran sendiri minum obat meskipun tidak

merasakan gejala sakit, sebaliknya ada yang minum obat ketika merasa sakit. Bila ada tekanan darah naik yang disertai gejala sakit membuat penderita patuh minum obat, dan sebaliknya, jika tidak ada gejala sakit penderita menjadi tidak minum obat antihipertensi.

Analisis peneliti bahwa dampak fisiologi yang besar yaitu berupa keluhan yang dirasakan oleh lansia yang menderita hipertensi. Semakin besar keluhan yang dirasakan maka semakin besar pula niat seseorang untuk menghilangkan keluhan yang mengganggu fisiknya tersebut. Patuh dalam perawatan atau pengobatan yang telah dijalani serta memberi penilaian atas tindakan tersebut dapat mengurangi keluhan juga berdampak terhadap kepatuhan dalam perawatan. Semakin seseorang merasakan manfaat dari tindakan pengobatan atau perawatan dan perubahan gaya hidup terhadap berkurangnya keluhan yang dirasakan akibat menderita hipertensi, akan semakin patuh untuk melakukan tindakan yang menguntungkan tersebut.

Ketidakpatuhan minum obat selain dipicu oleh faktor kelupaan, juga disebabkan oleh faktor subyektif merasa kondisi badannya sehat, bebas dari gejala tekanan darah tinggi. Faktor motivasi agar terhindar dari sakit kurang memiliki efek yang kuat dalam mendorong penderita untuk patuh minum obat. Hal itu terbukti sikap yang tidak konsisten dalam kepatuhan, bila ada gejala baru minum obat dan bila tidak merasakan gejala hipertensi tidak minum obat anti hipertensi. Jika merasa sakit patuh minum obat dan jika tidak merasa sakit tidak patuh minum obat. Penderita yang memiliki motif yang positif ingin badan merasa enak dan nyaman, ingin panjang umur lebih kuat pengaruhnya terhadap sikap patuh minum obat anti hipertensi dibandingkan dengan motif negatif atau menghindari rasa sakit. Hal ini dapat menjadi hambatan umum terhadap keberhasilan pengobatan hipertensi di masyarakat (Pujiyanto, 2008).

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari

hidupnya (Suparyanto, 2010). Proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau tokoh merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri.

Sesuai dengan konsep dalam HBM, bahwa seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena adanya ancaman yang dirasakan dari penyakitnya. Jadi dapat disimpulkan bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien setiap saat yang dapat mengganggu aktivitas fisiknya, maka ada kecenderungan seseorang untuk melakukan tindakan perawatan dan pengobatan sesuai dengan persepsi mereka, sehingga faktor dampak fisiologi penyakit hipertensi yang dirasakan oleh lansia sangat mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi secara teratur.

6.1.2.4 Hubungan dampak psikososial dengan kepatuhan lansia dalam Perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan dampak psikososial penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dampak psikososial penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak negatif terhadap kondisi psikososial memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 1,208 kali dibandingkan dengan lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak positif terhadap kondisi keluhan psikososial.

Menurut Hymovich dan Hagopian (1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) penyakit kronis menjadikan ketidakmampuan dalam jangka waktu lama atau permanen yang mengganggu fungsi fisik, psikologis, atau sosial.

Menurut analisis peneliti, bahwa semua responden dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi sehingga tidak ada serorangpun yang mengalami hambatan untuk melakukan hubungan sosial dengan orang lain, walaupun lansia tersebut menderita hipertensi. Pada kondisi lansia yang menderita hipertensi yang parah dan mengalami gangguan perfusi jaringan otak, dengan keluhan pusing yang hebat, kemungkinan dampak psikososial ini baru akan terjadi, karena lansia tersebut tidak dapat melakukan hubungan sosial dengan orang lain maupun tetangganya. Sejauh ini peneliti belum menemukan hasil penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan dampak psikososial terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia atau sejenisnya.

6.1.2.5 Hubungan dampak spiritual dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan dampak spiritual penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara dampak spiritual penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak positif terhadap spiritualitas memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 3,867 kali dibandingkan dengan lansia dengan persepsi bahwa penyakit hipertensi berdampak negatif terhadap spiritualitas.

Penelitian spiritualitas sebagai coping untuk penyakit kronis (Rowe dan Allen, 2004) ditemukan ada hubungan yang positif signifikan antara kemampuan coping individu dengan spiritualitas yang tinggi. Spiritualitas yang tinggi juga membuat individu menjadi lebih kuat dan memiliki gaya coping yang lebih bervariasi, serta cenderung mampu menggunakan coping yang lebih positif. Miller (2000, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) menjelaskan bahwa sistem kepercayaan klien melibatkan spiritualitas sebagai sumber kekuatan. Beberapa individu mendapatkan makna dari penyakit kronis yang dideritanya melalui agama dan

keimanan. Spiritualitas sebagai coping untuk penyakit kronis (Rowe & Allen, 2004). Penelitian Koenig (1998) tentang hubungan antara aktivitas religius dan tekanan darah pada lanjut usia melaporkan, subyek yang melakukan kegiatan religius sekali seminggu atau lebih, dan berdoa serta mempelajari alkitab sehari sekali atau lebih, berpotensi tekanan darah diastoliknya lebih rendah 40% daripada yang lebih sedikit melakukan ibadah dan berdoa, setelah dikontrol dengan umur, jenis kelamin, ras, merokok, penyakit kronis, dan *Body Mass Index*.

Menurut analisis peneliti bahwa semua responden dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi sehingga tidak ada serorangpun yang mengalami hambatan untuk melakukan hubungan kegiatan spiritual termasuk melakukan ibadah keagamaan, walaupun lansia tersebut menderita hipertensi. Pada kondisi lansia yang menderita hipertensi yang parah dan mengalami gangguan perfusi jaringan otak, dengan keluhan pusing yang hebat, kemungkinan dampak spiritual ini baru akan terjadi, karena lansia tersebut tidak dapat melakukan kegiatan keagamaan sebagai sumber kekuatan selama sakit hipertensi. Semua responden dalam penelitian ini belum mengalami *spiritual distress*.

6.1.3 Hubungan faktor petunjuk perilaku bertindak dan kepatuhan dalam perawatan

6.1.3.1 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara dampak dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan dukungan keluarga yang kuat memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi

sebesar 4,308 kali dibandingkan dengan lansia dengan dukungan keluarga yang kurang kuat.

Costa dan Noguera (2005), menggambarkan hasil penelitiannya terhadap 146 referensi dikelompokkan dalam dua kategori yaitu yang memperoleh dukungan keluarga sebagai faktor positif sebanyak 58 dan kategori yang tidak mendapatkan dukungan sebanyak 88. Faktor yang positif diartikan mendapat dukungan keluarga merupakan faktor yang positif untuk perbaikan hipertensi dan faktor yang negatif diartikan bahwa kurangnya dukungan keluarga merupakan faktor yang negatif untuk perbaikan hipertensi bahwa dukungan keluarga berperan dalam penyembuhan hipertensi. Penelitian yang sejenis tentang hubungan sosial keluarga dan hipertensi terkontrol di Puskesmas Rangkah Surabaya oleh Kusumaning (2009), disimpulkan bahwa yang mendapat dukungan sosial keluarga dengan kategori baik memiliki hipertensi sebesar 14,17 kali untuk terkontrol dibandingkan dengan yang memiliki dukungan sosial keluarga dengan kategori kurang.

Dukungan keluarga pada penderita hipertensi berperan besar dalam upaya mempertahankan status normotensi pada penderita hipertensi. Faktor yang positif diartikan mendapat dukungan keluarga merupakan faktor yang positif untuk perbaikan hipertensi dan faktor yang negatif diartikan bahwa kurangnya dukungan keluarga merupakan faktor yang negatif untuk perbaikan hipertensi bahwa dukungan keluarga berperan dalam penyembuhan hipertensi. Keharmonisan keluarga, keuangan keluarga merupakan faktor positif untuk mendukung perbaikan kondisi pasien hipertensi.

Menurut Pujiyanto (2008), keluarga sebagai motivator, hasil penelitian menunjukkan bahwa anggota keluarga yang menunjukkan sikap *caring* kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi berperan penting dalam kepatuhan minum obat antihipertensi. Perhatian anggota keluarga mulai dari mengingatkan minum obat, menyiapkan obat pada waktunya, terbukti lebih patuh minum obat dibandingkan dengan anggota keluarga yang kurang mendapatkan perhatian dari

anggota keluarannya.

Suparyanto (2010) menjelaskan bahwa dukungan Keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Seseorang yang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan. Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan contoh yang sederhana, jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi kecemasan yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan ketidakpatuhan dan dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan (Suparyanto, 2010).

Menurut analisis peneliti, hasil penelitian ini terdapat 66,7% lansia telah mendapatkan dukungan yang kuat dari keluarganya dalam kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dukungan keluarga erat kaitannya dengan status tinggal lansia. Status tinggal lansia yang menderita hipertensi memiliki kepatuhan yang besar terhadap kepatuhan. Dukungan secara fisik, mental, dan finansial serta kebutuhan lain yang diperlukan lansia dalam mempertahankan status normotensi. Dukungan tersebut meliputi penyediaan diet, mengantarkan lansia berobat atau kontrol tekanan darah, dukungan kehadiran secara fisik dan psikologis akan menurunkan tingkat kecemasan lansia saat tekanan darahnya naik. Dukungan yang besar dari keluarga sangat memberikan makna yang besar pula terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Jadi dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional, dukungan keuangan, dukungan kehadiran secara fisik dan dukungan dalam bentuk apapun sangat mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia.

6.1.3.2 Hubungan dukungan lingkungan dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan dukungan lingkungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dampak dukungan lingkungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p > 0,05$. Kelompok lansia dengan dukungan lingkungan yang kuat memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 2,344 kali dibandingkan dengan lansia dengan dukungan lingkungan yang kurang kuat.

Dukungan lingkungan merupakan salah satu bentuk sumber daya eksternal yang ada disekitar individu sebagai bentuk dukungan sosial yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia (Lee,1999). Salah satu bentuk dukungan lingkungan adalah dukungan dari pelayanan kesehatan serta fasilitas yang diberikan untuk mengingatkan pasien terhadap jadwal kontrol selanjutnya (Haynes,1979 dalam Delamater, 2006). Melakukan kontak yang teratur dan sering dengan pasien melalui telepon mampu meningkatkan kepatuhan pada penderita Diabetes Mellitus dan mencapai kemajuan dalam kontrol glikemik, begitu juga keadaan tekanan darah dan lemak (Delamater, 2006 dalam Bangun, 2009).

Dukungan lingkungan termasuk dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Tenaga kesehatan Puskesmas dan dokter puskesmas atau fasilitas kesehatan untuk memberikan motivasi yang tepat, bagi penderita hipertensi dan keluarganya agar mau dan mampu berperan serta secara aktif sebagai motivator diri sendiri dan keluarganya yang menderita hipertensi untuk mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan. Upaya ini bermakna untuk penyakit kronis seperti hipertensi yang memerlukan pengobatan jangka panjang bahkan seumur hidupnya (Pujiyanto, 2008).

Menurut analisis peneliti, faktor sosiodemografi di wilayah penelitian ini mempengaruhi dukungan lingkungan terhadap kepatuhan perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol Semarang. Faktor kesibukan dalam kegiatan kerja sehari-hari merupakan hal yang umum dilakukan oleh lansia. Secara sosiodemografi, wilayah Puskesmas Srandol kelurahan banyumanik, kelurahan Srandol Kulon dan Kelurahan Srandol wetan merupakan daerah urban, dimana penduduk usia muda dan produktif pada pagi sampai siang hari bekerja. Mayoritas lansia mempunyai tanggungjawab menjaga rumah, mengasuh cucu, dan melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengasuh cucu, mencuci, memasak, mengantar cucu ke sekolah dan menjemput cucu dari sekolah. Hal ini yang juga berkontribusi lingkungan tempat tinggal lansia kurang memberikan dukungan terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Hasil penelitian ini terdapat 61% lansia kurang mendapatkan dukungan dari lingkungannya dalam kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dukungan lingkungan seperti mengantar berobat, periksa kesehatan ke posyandu atau fasilitas kesehatan menjadi kurang.

Hasil penelitian ini berbeda dengan konsep HBM, bahwa seseorang dapat meningkatkan penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan, perlu adanya isyarat atau petunjuk dari orang lain, misalnya; media massa, nasehat petugas kesehatan atau anggota keluarga. Jadi sejalan dengan pendapat tersebut bahwa adanya dukungan lingkungan yang berasal dari teman, tetangga, dan petugas profesional kesehatan sangat mempengaruhi perilaku kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Dukungan profesi kesehatan dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan lansia, misalnya saat perawat puskesmas melakukan perkesmas dan kunjungan rumah, maka kesempatan itu bisa menjadi berkesan bagi keluarga dan lansia untuk menjadi patuh. Dukungan mereka terutama berguna pada saat penderita menghadapi kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru itu merupakan hal yang penting dan menjadi suatu keharusan yang tidak dapat ditawar lagi. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku penderita dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan keperawatan tertentu, dan secara terus menerus memberikan yang positif bagi

penderita yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Meichhenbaum, 1997 dalam Suparyanto, 2010).

6.1.3.3 Hubungan manfaat terapi farmakologi dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan manfaat terapi farmakologi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara dampak manfaat terapi farmakologi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan persepsi bahwa terapi farmakologi sangat bermanfaat memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 3,958 kali dibandingkan dengan lansia dengan persepsi bahwa terapi farmakologi kurang bermanfaat. Hasil penelitian ini terdapat 61,8% lansia telah memiliki keyakinan dan merasakan manfaat dari terapi farmakologi yang dapat menurunkan dan mengurangi keluhan hipertensi sehingga meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) di RSUD H. Adam Malik Medan terhadap analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan diperoleh hasil bahwa gambaran karakteristik umur pada rentang umur 32 tahun sampai 80 tahun menyebutkan bahwa banyaknya pasien yang merasakan reaksi obat yang merugikan sebanyak 41 responden (37,27%), sedangkan pasien yang tidak merasakan efek terapi yang merugikan sebanyak 69 responden (62,27%). Hasil analisis bivariat menunjukkan hasil bahwa variabel reaksi obat yang merugikan dengan kepatuhan minum obat menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik nilai $p = 0,048$, sehingga faktor ini berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam minum obat. Identik dengan penelitian yang dilakukan Adriansyah (200) tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penelitian ini ada faktor manfaat terapi farmakologi mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia.

Sarafino (1990) di kutip oleh Smet B. (1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain (Suparyanto, 2010). Timbulnya hipertensi tidak selalu disertai dengan gejala. Hal ini berdampak terhadap kepatuhan berobat penderita hipertensi. Kepatuhan berobat diukur dari frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan obat antihipertensi dan keteraturan minum obat. Dalam hal keteraturan berkunjung ke fasilitas kesehatan, hasil penelitian menunjukkan ada secara rutin melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan, tetapi ada yang tidak teratur, hanya jika muncul gejala sakit hipertensi baru kontrol ke fasilitas kesehatan (Pujiyanto, 2008).

Penelitian Lin et al (2007), penelitian *Adherence to Antihypertensive Medications among the Elderly: A Community-based Survey in Tainon City, Southern Taiwan*, penelitian yang berkaitan kepatuhan pasien lansia hipertensi dalam penggunaan obat hipertensi sebesar 57,6% dan rata-rata kepatuhan penggunaan obat sebesar 39,3–44,4%. Sebagai *review literature* menunjukkan bahwa rata-rata kepatuhan penggunaan obat pada lanjut usia dengan hipertensi sebesar 25- 85%. Penelitian ini menunjukkan bahwa hipertensi yang dikontrol dengan baik secara efektif dapat menurunkan penyakit serebrovaskuler dan penyakit kardiovaskuler khususnya pada lanjut usia dan keuntungannya dua kali lebih efektif pada orang dewasa sehingga lanjut usia hipertensi tidak dapat dikategorikan sebagai proses yang normal tetapi sebaiknya diobati secara lebih intensif. Pembandingan dari penelitian ini adalah penelitian *The American National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)*, selama 30 tahun penelitiannya untuk meningkatkan kontrol hipertensi diperoleh hasil peningkatan rata-rata 10 - 30%.

Perilaku sehat dapat di pengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku tetapi juga dapat mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut (Dinicola dan Dimatteo, 1984 dalam Suparyanto, 2010).

Menurut analisis peneliti bahwa manfaat terapi obat antihipertensi menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi adalah lansia merasakan dampak atau manfaat yang langsung dapat dirasakan secara fisik setelah minum obat. Menurunnya atau berkurangnya atau hilangnya keluhan secara fisik, menyebabkan bertambahnya pengalaman lansia yang bermakna dalam mempertahankan kesehatannya. Pengalaman keberhasilan inilah yang menyebabkan lansia berkeinginan melakukan kembali hal yang sama. Selain itu faktor ketersediaan obat, harga yang terjangkau juga menjadi faktor pemicu kepatuhan tersebut. Hal ini sesuai dengan teori dalam HBM bahwa seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena adanya manfaat yang dirasakannya dalam mengambil tindakan tersebut bagi penyakitnya. Jadi sesuai dengan pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa seseorang lansia akan melakukan kepatuhan dalam perawatan hipertensi apabila lansia tersebut merasakan manfaat dari tindakan pengobatan yang dilakukan secara teratur.

6.1.3.4 Hubungan pendidikan kesehatan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang Bulan Juni 2011

Hasil uji statistik hubungan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan kesehatan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, hal ini dapat dilihat dari nilai kebermaknaannya $p < 0,05$. Kelompok lansia dengan pendidikan kesehatan yang baik memiliki kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 2,877 kali dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan pendidikan kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 64,1% lansia telah mendapatkan pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan yang berdampak terhadap peningkatan kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriansyah (2009) di RSUD H. Adam Malik Medan terhadap analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan diperoleh hasil bahwa gambaran karakteristik umur pada rentang umur 32 tahun sampai 80 tahun menyebutkan bahwa variabel pendidikan berhubungan dengan kepatuhan pasien minum obat dengan nilai kebermaknaan sebesar 0,025.

Penelitian McCallum (1989 dalam Stanley & Beare,1999) melaporkan bahwa pesan pendidikan untuk pasien hipertensi yang sedang dalam pengobatan mengakibatkan klien lebih patuh, percaya, dan berkaitan dengan kepribadian pasien. Kurangnya pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan pengelolaan hipertensi menyebabkan ketidakpatuhan penderita hipertensi dalam program pengobatan. Penelitian yang sama oleh Costa dan Nogueira (2005) di Teresina, Brazil, terhadap pasien hipertensi yang terdaftar pada program hipertensi di pusat integrasi kesehatan, bahwa keberhasilan penyembuhan hipertensi tergantung dari dukungan perawatan yang profesional dari petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan komunitas pasien. Kurangnya pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan pengelolaan hipertensi menyebabkan ketidakpatuhan penderita hipertensi dalam program pengobatan. Penelitian yang sama oleh Costa dan Nogueira (2005) di Teresina, Brazil, terhadap pasien hipertensi yang terdaftar pada program hipertensi di pusat integrasi kesehatan, bahwa keberhasilan penyembuhan hipertensi tergantung dari dukungan perawatan yang profesional dari petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan komunitas pasien. Faktor lain yang berperan yaitu pengetahuan yang kurang terhadap isu-isu yang berkembang terkait dengan hipertensi, biaya pengobatan, dukungan sistem dari keluarga, penemuan kasus atau lamanya sakit hipertensi dan derajat hipertensi (*US Departement Of Health,2000*).

Menurut analisis peneliti, bahwa ketidakpatuhan perawatan hipertensi, salah satunya adalah kurangnya program pendidikan kesehatan. Kecukupan frekuensi pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan pengelolaan atau perawatan hipertensi sangat besar dampaknya pada tingkat pengetahuan lansia yang

menderita hipertensi. Jadi dapat disimpulkan bahwa kepatuhan dalam perawatan hipertensi salah faktor yang mempengaruhi adalah jumlah dan swringnya dilakukan pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan termasuk perawat.

6.1.4 Hasil analisis faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi.

Hasil analisis multivariat regresi logistik model prediksi, menyimpulkan bahwa ada 18 variabel yang diduga berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Sronol Kota Semarang. Hasil analisis lebih lanjut menemukan bahwa hanya ada 5 variabel yang memiliki nilai $OR > 10$ yaitu umur lansia=10,722; biaya pengobatan = 1,272; pengetahuan hipertensi =46,051; dampak fisiologis=11,129 dan dukungan lingkungan = 12,231 serta status tinggal lansia=9,449 dimasukkan dalam pemodelan karena dianggap sebagai substansi yang penting. Hasil uji interaksi variabel diatas ditemukan tidak adanya interaksi antara variabel umur, status tinggal lansia, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi, dampak fisiologis, dampak spiritual dan dukungan lingkungan. Kesimpulan yang diperoleh dalam uji interaksi adalah faktor-faktor tersebut diatas merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Sronol Semarang tahun 2011. Faktor yang paling dominan adalah biaya pengobatan memiliki nilai OR yang paling besar sehingga menggambarkan bahwa faktor biaya pengobatan memiliki peluang meningkatkan kepatuhan atau ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 61,272 kali.

Faktor biaya pengobatan sebagai faktor yang paling dominan terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, lebih mengarah pada besarnya peranserta Pemerintah Kota Semarang dalam membuat kebijakan bahwa berobat ke Puskesmas gratis bagi warganya yang memiliki Kartu Penduduk Kota Semarang. Murah nya persepsi biaya pengobatan ini bukan karena faktor sosial ekonomi masyarakat yang sudah tinggi atau mapan, tetapi lebih pada kemampuan masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dengan memanfaatkan

Puskesmas sebagai tempat untuk mempertahankan status kesehatannya. Kondisi ini kemungkinan yang membedakan dengan biaya pengobatan hipertensi dengan tempat lain yang dirasakan mahal. Setiap kali berobat ke Puskesmas lansia mendapatkan obat antihipertensi untuk dikonsumsi selama 10 hari, sehingga setiap bulannya bila lansia tersebut bisa berkunjung ke Puskesmas minimal 2 – 3 kali. Hal ini juga yang memberikan kontribusi besarnya lansia dalam kepatuhan terhadap perawatan hipertensi dari sudut pandang biaya pengobatan.

Kepatuhan perawatan hipertensi menurut peneliti sebenarnya bukan hanya dilihat dari seberapa rajin lansia berobat atau minum obat. Minum obat anti hipertensi diperlukan untuk menurunkan tekanan darah sampai status normotensi, tetapi bila tidak diimbangi dengan terapi yang bersifat non farmakologi kekambuhan akan terjadi lagi. Oleh karena itu, seharusnya terapi farmakologi yang dilakukan sudah baik perlu diimbangi dengan perubahan gaya hidup sehat dengan diet hipertensi, melakukan olah raga secara teratur dan melakukan manajemen stress bagi lansia.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Kesulitan memperoleh sumber pustaka dari penelitian maupun jurnal penelitian yang berkaitan dengan kepatuhan karakteristik lansia yang terkait dengan kepatuhan dalam perawatan dalam perawatan hipertensi. Adapun sumber pustaka yang diperoleh tentang kepatuhan karakteristik lansia seperti umur, jenis kelamin, IMT, riwayat penyakit keluarga yang berkaitan dengan faktor risiko hipertensi, karakteristik lansia terhadap kepatuhan minum obat atau berkunjung ke fasilitas kesehatan banyak diperoleh. Sebagian besar sumber pustaka yang diperoleh berkaitan dengan kepatuhan minum obat atau terapi farmakologi.

Peneliti tidak dapat mengetahui lebih banyak respon responden yang dapat dilihat secara langsung oleh peneliti, karena dalam pengambilan data peneliti melibatkan perawat puskesmas sebagai asisten dalam penelitian ini dan kader kesehatan dari masing-masing RW di tiga kelurahan yang menjadi tempat penelitian wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang.

6.3 Implikasi terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian

6.3.1 Bagi praktik keperawatan

Mayoritas lansia yang hipertensi tinggal di komunitas bersama keluarganya, bersama anak atau cucu maupun yang tinggal sendirian. Tingginya kejadian hipertensi pada lansia pberkaitan dengan ketidakpatuhan merawat diri sendiri maupun mendapat bantuan dari keluarganya. Hal ini menyebabkan jumlah lansia yang menderita hipertensi akan semakin banyak sehingga perlu mendapat perhatian dari perawat komunitas untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga terutama bagi lansia yang menderita hipertensi.

Dampak fisiologis yang sering muncul akibat menderita hipertensi dapat muncul setiap saat sesuai dengan waktu atau kondisi tekanan darah naik. Mayoritas lansia mengatakan bahwa penyakit hipertensi sebagai penyakit yang serius. Ada lansia yang tekanan darahnya 240/120 mmHg, umur 61 tahun tidak merasakan gejala menderita hipertensi, mengendarai sepeda motor sendiri saat berobat ke Puskesmas, telah melakukan pengukuran tekanan darah dalam sehari pada tiga tempat yang berbeda menunjukkan hasil yang hampir sama. Hipertensi juga ada yang tidak menimbulkan dampak yang dirasakan secara fisik oleh lansia. Kedua kondisi tersebut sama bahayanya bagi kesehatan lansia dan memberikan gambaran bahwa hipertensi tidak selalu menimbulkan keluhan fisik yang menyebabkan lansia harus berkunjung ke posyandu atau instansi kesehatan. Tingkat kematian akan menjadi lebih tinggi pada kelompok lansia yang menderita hipertensi.

Lansia yang tidak mempunyai gejala hipertensi, tetapi menderita hipertensi dampaknya sama buruknya dengan lansia yang menderita hipertensi dan merasakan tanda dan gejala hipertensi. Keluhan secara fisik akibat menderita hipertensi perlu direspon secara baik serta ditindaklanjuti untuk dilakukan perawatan. Ini penting karena tidak semua lansia yang menderita hipertensi merasakan tanda dan gejala hipertensi, sehingga akan terjadi lonjakan kejadian

stroke yang banyak di wilayah ini. Tindakan yang dapat dilakukan untuk meyakinkan kembali pemahaman lansia dapat dilakukan dengan meningkatkan program kesehatan lansia yang menderita hipertensi melalui upaya preventif sekunder, promotif dan preventif. Upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat hipertensi, perlu ditekankan agar dampaknya tidak menjadi lebih buruk dari kondisi saat ini terhadap masalah kesehatan, sosial dan ekonomi keluarga.

Perawat atau petugas kesehatan beranggapan bahwa lansia hipertensi yang penting patuh minum obat, patuh datang ke institusi pelayanan kesehatan, namun kurang memperhatikan perannya sebagai edukator dan fasilitator. Pendidikan kesehatan dilakukan secara individual bagi lansia setiap berobat akan dapat memberikan dampak yang besar terhadap kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Peningkatan kegiatan perkesmas dan melakukan kunjungan rumah bagi lansia yang menderita hipertensi akan berdampak terhadap kepatuhan. Pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi secara non farmakologi termasuk perubahan gaya hidup, secara rutin dan berkesinambungan dan melakukan evaluasi dampaknya terhadap tekanan darah lansia harus dilakukan dengan melibatkan peranserta lansia dan keluarga secara aktif. Tingginya kejadian hipertensi pada lansia berkaitan dengan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebagai akibat kurangnya pengetahuan tentang perawatan hipertensi.

Keluarga sebagai dukungan utama terhadap kepatuhan perawatan hipertensi menurut bukan hanya sekedar mengantarkan lansia berkunjung ke posyandu, mengantarkan berobat ke Puskesmas atau petugas kesehatan, tetapi juga harus memberikan dukungan secara totalitas dalam bentuk dukungan fisik, mental, spiritual dan rekreasi serta kebutuhan diet bagi lansia yang menderita hipertensi. Sebagian besar lansia berpendapat bahwa hipertensi merupakan penyakit yang umum dan wajar dan sulit untuk menurunkan tekanan darah. Pemahaman tentang seberapa normalnya tekanan darah pada lansia yang hipertensi sangat penting. Status normotensi pada lansia yang satu dengan yang lainnya sangat berbeda. Prinsip yang sederhana yaitu seberapa besar tekanan darah lansia yang

dirasakan paling nyaman dan tidak menimbulkan gangguan atau keluhan secara fisik. Untuk mengantisipasi dampak yang lebih buruk terhadap komplikasi, diperlukan kesadaran dari lansia untuk rutin mengukur tekanan darah serta melakukan modifikasi gaya dan perilaku hidup sehat bagi lansia yang sudah didiagnosa menderita hipertensi.

Ada sebagian lansia yang menjadi responden yang mengatakan bahwa di wilayahnya kegiatan yang sering digunakan untuk interaksi dengan lansia baru sebatas kegiatan di Posyandu lansia. Kader yang aktif juga mengatakan bahwa perlunya orang-orang yang peduli terhadap kesehatan lansia terutama yang menderita hipertensi dalam suatu kelompok yang mendukung kegiatan lansia di wilayahnya.

6.3.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan dibidang keperawatan komunitas khususnya keperawatan keluarga yang berkaitan dengan peran keluarga dan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di rumah. Dukungan berupa keterlibatan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan mutlak diperlukan dan membantu lansia memiliki semangat hidup. Perawat komunitas memandang populasi lansia dengan hipertensi sebagai fokus praktek keperawatan. Modifikasi terapi farmakologi dan terapi non farmakologi yang berupa terapi herbal juga sangat membantu mempertahankan status normotensi bagi lansia hipertensi. Perawat komunitas dalam merumuskan perencanaan keperawatan, perlu mengintegrasikan proses asuhan keperawatan hipertensi pada lansia di dalam perawatan di rumah atau keluarga. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi.

6.3.3 Bagi kebijakan pengembangan program lansia

Hasil penelitian ini mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi, yang dapat memberikan masukan bagi penentu kebijakan dalam rangka mengembangkan program kesehatan lansia, khususnya lansia yang menderita hipertensi. Kebijakan pengendalian hipertensi sebagai penyakit yang tidak menular harus menjadi prioritas, mengingat hipertensi ada yang merasakan keluhan tanda dan gejalanya dan ada yang tidak merasakan keluhan hipertensi. Hipertensi banyak menimbulkan komplikasi stroke dan kematian yang mendadak sehingga hipertensi mendapat julukan "*the silent killer*".

Diperlukan terobosan yang inovatif dalam skala yang luas dari pemegang kebijakan kesehatan terutama yang berkaitan dengan kesehatan lansia yang menderita hipertensi. Terobosan tersebut misalnya Wilayah Puskesmas Srandol dijadikan sebagai *pilot project* perawatan hipertensi di masyarakat untuk wilayah Semarang. Pendataan lansia yang hipertensi perlu dilakukan dengan cara melakukan *screening* hipertensi. Tindak lanjut dari kegiatan ini adalah membentuk desa *pilot project* tentang perawatan hipertensi pada lansia yang dikelola secara komprehensif, pembinaan yang berkesinambungan yang melibatkan pern serta keluarga, lansia dan kader kesehatan terlibat aktif dalam program tersebut. Pengobatan dipantau oleh dokter dan petugas Puskesmas. Keperluan diet hipertensi keluarga sudah mendapatkan pelatihan dari ahli gizi. Olah raga dilakukan seminggu 3 kali dan diikuti oleh seluruh lansia yang bisa melakukan olah raga sesuai kemampuannya. Pemantauan kesehatan setiap minggu selalu dievaluasi dan progresnya dievaluasi sehingga hasil dari *pilot project* ini bisa menjadi masukan yang bermakna untuk menurunkan kasus hipertensi pada semua umur dan khususnya pada lansia.

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini menjelaskan tentang simpulan hasil penelitian dan saran yang terkait dengan pembahasan yang telah dilakukan dalam penelitian.

7.1 Simpulan

Berdasarkan analisis univariat bahwa kepatuhan dan ketidakpatuhan lansia dalam perawatan hipertensi memiliki proporsi yang seimbang yaitu 50%. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi berdasarkan karakteristik lansia dipengaruhi oleh faktor umur, status tinggal lansia, biaya pengobatan dan pengetahuan lansia tentang hipertensi. Persepsi lansia tentang biaya pengobatan murah sangat mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Sedangkan faktor yang menjadi isyarat sebagai petunjuk untuk bertindak dalam perawatan hipertensi adalah dampak fisiologis dan dukungan lingkungan. Faktor yang berhubungan dan paling dominan pengaruhnya terhadap kepatuhan adalah faktor biaya pengobatan.

- 7.1.1 Berdasarkan umur, ada hubungan antara umur lansia terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Umur lansia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi 5,778 kali.
- 7.1.2 Berdasarkan jenis kelamin, tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Proporsi antara lansia wanita dan laki-laki sama besarnya.
- 7.1.3 Berdasarkan pendidikan, tidak ada hubungan antara pendidikan lansia dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Lansia yang berpendidikan tinggi lebih besar proporsi kepatuhan dalam perawatan

hipertensi dibandingkan yang berpendidikan lebih rendah. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi dapat ditingkatkan sebesar 2,877 kali.

- 7.1.4 Berdasarkan status pernikahan, tidak ada hubungan antara pendidikan lansia dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi justru lebih besar pada kelompok lansia yang berstatus duda maupun janda.
- 7.1.5 Berdasarkan status tinggal lansia, ada hubungan antara status tinggal lansia dan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Status tinggal lansia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Kedekatan tempat tinggal lansia dalam suatu keluarga atau kelompok yang memiliki hubungan kekerabatan yang dekat, dapat meningkatkan kepatuhan sebesar 6,375 kali dalam perawatan hipertensi pada lansia yang menderita hipertensi.
- 7.1.6 Berdasarkan penghasilan, tidak ada hubungan dan tidak ada pengaruhnya terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Sosial ekonomi lansia dapat meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 2,095 kali. Salah satu faktor yang menyebabkan lansia termasuk dalam *vulnerable population* adalah status sosial ekonomi yang rendah, kurang pengalaman dalam perawatan hipertensi, kurang mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan serta kesulitan mendapatkan fasilitas pelayanan yang memadai.
- 7.1.7 Berdasarkan riwayat anggota keluarga, tidak ada hubungan antara riwayat anggota keluarga menderita hipertensi dan tidak mempengaruhi dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi dapat ditingkatkan sebesar 2,229 kali. Ada atau tidak

ada riwayat anggota keluarga yang menderita hipertensi bukan menjadi ukuran untuk menilai kepatuhan seseorang dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi, bergantung kepada persepsi individu untuk mengartikan sakit dan kemampuan memutuskan melakukan perawatan penyakitnya atau membiarkan penyakitnya tetap ada.

- 7.1.8 Berdasarkan IMT, tidak ada hubungan antara IMT dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Hipertensi ditentukan oleh faktor risiko yang minor yaitu kebiasaan makan dan perilaku atau gaya hidup. Faktor stres emosional juga dapat menstimulasi sistem saraf simpatis, yang menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan berakibat tekanan darah meningkat. Kepatuhan memerlukan disiplin yang tinggi yang harus dilakukan seseorang sesuai tujuan yang diinginkan. Orang obesitas akan mengalami kesulitan yang lebih besar dibandingkan yang memiliki IMT normal dalam hal diet atau menurunkan berat badan sebagai upaya untuk menurunkan tekanan darahnya.
- 7.1.9 Berdasarkan lama menderita hipertensi, tidak ada hubungan antara lama menderita hipertensi dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi dapat ditingkatkan sebesar 2,483 kali. Individu memiliki motivasi berbeda, kondisi yang bervariasi terhadap status kesehatan mempengaruhi kehidupan seseorang, tetapi membutuhkan tuntutan serta komitmen yang berbeda, dan kekuatan serta dukungan keluarga dan lingkungannya dimiliki seseorang, meliputi tenaga profesional kesehatan dan sistem pendukung lainnya.
- 7.1.10 Berdasarkan lama pengobatan hipertensi, tidak ada hubungan antara lama menderita hipertensi dan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam perawatan hipertensi dapat ditingkatkan

sebesar 2,483 kali. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas. Lamanya program pengobatan dan harapan untuk segera sembuh yang dirasakan cepat atau merasakan sakitnya tidak cepat sembuh akan mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan.

- 7.1.11 Berdasarkan pengetahuan, ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dan ada pengaruhnya terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Pengetahuan tentang hipertensi sebagai faktor yang memiliki pengaruh kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Dapat disimpulkan bahwa semakin meningkatnya pengetahuan lansia tentang hipertensi dan perawatannya di rumah, maka dapat menurunkan ketidakpatuhan dalam perawatan hipertensi sebesar 8,525 kali..
- 7.1.12 Berdasarkan persepsi keseriusan ancaman penyakit, tidak ada hubungan antara persepsi ancaman keseriusan penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Lansia yang memiliki persepsi bahwa penyakiupakan penyakit yang serius memiliki peluang meningkatkan kepatuhan dalam perawatan hipertensi 0,348 kali dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi bahwa hipertensi bukan penyakit yang serius.
- 7.1.13 Berdasarkan persepsi biaya pengobatan, ada hubungan antara persepsi biaya perawatan penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Pandangan bahwa biaya perawatan penyakit hipertensi murah berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 27,462 kali dibandingkan lansia memiliki persepsi bahwa biaya perawatan penyakit hipertensi mahal.

- 7.1.14 Berdasarkan dampak fisiologis, bahwa ada hubungan antara dampak fisiologis akibat menderita hipertensi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dampak fisiologis hipertensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Dapat disimpulkan bahwa semakin besar keluhan yang dirasakan secara fisik akibat menderita hipertensi pada lansia dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi 3,168 kali.
- 7.1.15 Berdasarkan dampak psikososial, tidak ada hubungan antara persepsi dampak psikososial menderita penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Penyakit hipertensi menimbulkan dampak secara psikososial yang negatif berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,867 kali.
- 7.1.16 Berdasarkan dampak spiritual, tidak ada hubungan antara persepsi biaya perawatan penyakit hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Dampak spiritual yang tinggi akibat menderita penyakit hipertensi memiliki peluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,867 kali dibandingkan lansia memiliki persepsi bahwa dampak spiritual yang kecil akibat menderita penyakit hipertensi.
- 7.1.17 Berdasarkan dukungan keluarga, disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari keluarga berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 4,308 kali dibandingkan lansia kurang mendapatkan dukungan dari keluarga.
- 7.1.18 Berdasarkan analisis bivariat variabel dukungan lingkungan, tidak ada hubungan dukungan lingkungan dengan kepatuhan dalam perawatan

hipertensi. Lansia yang memiliki dukungan yang kuat dari lingkungan berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,344 kali dibandingkan lansia kurang mendapatkan dukungan dari lingkungan. Hasil penelitian ini 61% lansia kurang mendapat dukungan dari lingkungan memiliki kepatuhan rendah dibanding yang mendapat mendapatkan dukungan kuat dari lingkungan.

7.1.19 Berdasarkan manfaat terapi farmakologi, ada hubungan manfaat terapi farmakologi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Lansia yang memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi sangat bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 3,958 kali dibandingkan lansia memiliki kepercayaan bahwa terapi farmakologi kurang bermanfaat dalam perawatan penyakit hipertensi.

7.1.20 Berdasarkan pendidikan kesehatan, ada hubungan pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi. Lansia yang pernah menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi baik berpeluang dapat ditingkatkan kepatuhannya dalam perawatan hipertensi sebesar 2,877 kali dibandingkan yang kurang menerima pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi.

7.1.21 Berdasarkan ke-6 faktor yang paling berhubungan ($\alpha = 0,000$) dan mempengaruhi dalam kepatuhan dalam perawatan hipertensi adalah faktor pengetahuan tentang hipertensi dan perawatan hipertensi (OR = 46,051). Sedangkan faktor yang berhubungan ($\alpha = 0,003$) dan paling mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi adalah faktor biaya pengobatan (OR = 61,272).

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

- a. Pengelola pelayanan kesehatan, yaitu puskesmas, posyandu, praktek mandiri, dan rumah sakit, sebagai tempat berobat perlu memfasilitasi kebutuhan lansia yang menderita hipertensi yang melakukan kontrol atau pengobatan dan perawatan secara rutin dengan menggunakan pendekatan yang menyeluruh atau holistik. Lansia yang patuh dalam perawatan hipertensi secara beragam dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, baik puskesmas atau rumah sakit maupun dokter praktik swasta. Setiap lansia yang berobat atau memeriksakan tekanan darah ke Puskesmas harus mendapatkan penyuluhan kesehatan yang sesuai dengan kondisi masing-masing pasien.
- b. Pengelola pelayanan kesehatan puskesmas, perlu mengoptimalkan peran tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas untuk lebih banyak melakukan Perkesmas dan pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan perawatan hipertensi pada lansia dan khususnya perawatan hipertensi di rumah. Melalui pendidikan kesehatan yang melibatkan penanggungjawab perawatan lansia dari keluarga dapat mempercepat dilaksanakannya peningkatan kepatuhan dalam perawatan hipertensi di rumah. Melalui Perkesmas, tenaga kesehatan dapat melakukan kunjungan rumah secara berkala dalam upaya memandirikan lansia dan keluarga serta berpartisipasi secara aktif dalam melakukan kepatuhan perawatan hipertensi. Kegiatan yang dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan terkait dengan perawatan hipertensi pada setiap kesempatan yang melibatkan peranserta lansia seperti dalam kegiatan posyandu lansia.

7.2.2 Bagi Profesi Keperawatan, Perawat di komunitas

- a. Upaya memandirikan lansia yang menderita hipertensi dan keluarga dalam hal kepatuhan dalam perawatan hipertensi, perlu melibatkan

kader kesehatan untuk membentuk *support group* lansia yang dapat menjadi kelompok peduli dan kelompok pendukung bagi lansia yang menderita hipertensi.

- b. Mengembangkan suatu strategi yang dapat lebih mempermudah lansia dalam melakukan kepatuhan mengontrol tekanan darah, yaitu melalui upaya pelayanan dan perawatan hipertensi di wilayah kerja puskesmas sebagai program unggulan. Meningkatkan frekuensi pelayanan hipertensi yang bersifat promotif dan preventif seperti pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi di rumah secara berkala dan berkesinambungan.
- c. Mengembangkan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bagi keluarga (*caregiver*) tentang perawatan hipertensi dan pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan perawatan hipertensi di rumah yang diikuti oleh keluarga terhadap perawatan lansia dan juga membuat panduan perawatan hipertensi yang praktis untuk perawatan hipertensi untuk lansia di rumah.

7.2.3 Bagi Perawat

- a. Peran perawat dalam upaya memandirikan kemampuan keluarga dan lansia dalam perawatan hipertensi di rumah. Kemandirian lansia dan keluarga dapat diwujudkan bila kemampuan melakukan perawatan dan ketrampilan perawatan di rumah harus ditingkatkan. Peningkatan ketrampilan perawatan tersebut dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan yang berkesinambungan dan terprogram terkait dengan perawatan dan pengobatan hipertensi. Lansia dan keluarga diharapkan dapat secara aktif berusaha mendapatkan informasi terkait perawatan hipertensi pada lansia di rumah serta melakukan modifikasi gaya hidup sehat.

- b. Lansia dapat mengenali dampak fisiologis berupa keluhan tanda dan gejala yang dirasakan sebagai akibat menderita hipertensi, dampak psikososial yang dirasakan akibat menderita hipertensi berkaitan dengan hubungan sosial dengan orang lain. Melakukan *checkup* kesehatan secara berkala terutama untuk hipertensi, melakukan pemeriksaan tekanan darah seminggu sekali, mengubah gaya hidup, terutama lansia yang memiliki riwayat anggota keluarga menderita hipertensi, gemuk atau bahkan obesitas, dan lansia yang kurang olah raga.

7.2.4 Penelitian selanjutnya

- a. Perlu adanya penelitian selanjutnya yang menganalisa faktor-faktor dalam penelitian ini, dilengkapi dengan metode kualitatif atau quasi eksperimen atau eksperimen yang berkaitan dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi. Bisa juga melakukan penelitian yang berkaitan dengan status pernikahan dengan kepatuhan perawatan hipertensi, analisis faktor usia yang lebih tua lebih patuh dalam perawatan hipertensi, IMT yang tidak normal dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi, adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi dengan kepatuhan perawatan, lama lansia yang tinggal sendirian/duda/janda terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi.
- b. Melakukan replikasi penelitian ini pada tatanan yang berbeda, sehingga dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif yang berkontribusi terhadap kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia. Dapat juga melakukan penelitian quasi eksperimen pada lansia yang menderita hipertensi terkait dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi non farmakologi dengan mengembangkan terapi herbal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2009). Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan. Depkes RI.
- Adriansyah. (2009). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi pada pasien rawat jalan di RSUD H. Adam Malik Medan*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20926/1.appendix.pdf>. Diperoleh tanggal 27 Juni 2010.
- Anderson, E., & McFarlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arjatmo T, Hendra U. 2001. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ayu, Y.K. (2010). *Hubungan antara dukungan sosial keluarga dan hipertensi terkontrol di Puskesmas Rangkah Surabaya*. <http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php?mod>. diperoleh tanggal 4 Juli 2010
- Bangun, AV., (2009). Faktor-faktor yang Berkontribusi terhadap Kepatuhan Pasien DM type 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Poli Endokrine di Rumah Sakit Hasan Sadikin. Bandung.
- Bambang H. (2011). Hipertensi Pembunuh Diam-Diam. Harian Kompas, Senin, 16 Mei 2011. Halaman 7.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et.al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2008; 359: 1887-98.
- Black, J, M., & Hawks, J, K. (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management For Positive Outcomes, Eight edition*, Singapore: Saunders Elseiver.
- BPS, (2009). Data Statistik Indonesia. 14 Maret 2011. <http://www.datastatistik.indonesia.com>.
- Christensen, Barbara Lauritsen (2006). *Adult health nursing*. 3rd edition. Philadelphia: Mosby

- Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., & Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregate, & Community Practice*, 6th edition. St. Louis: Mosby, Inc.
- Dahlan, S., (2004). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Depok: Bina Mitra Press.
- Dahlan S.,(2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta. Sagung Seto.
- Delamater, Alan M.,(2006). *Improving Patient Adherence*. <http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full>
- Depkes RI (2001). *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Dekes RI (2003). *Pedoman Tata Laksana Gizi Lansia Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. <http://nurlaelyn07.student.ipb.ac.id/2010/10/19/hipertensi-pada-lansia>
- Depkes RI (2007). *Inash menyokong penuh penanggulangan hipertensi*. April 7, 2010.<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2406&itemid=2>
- Depkes RI.(2009). *Sistem Kesehatan Nasional Bentuk dan Cara Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Deputi I Menkokesra.(2009). *Lansia Kini dan Mendatang*. <http://www.menkesra.go.id> diperoleh 30 Maret 2011
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2010). *Profil kesehatan provinsi jawa tengah 2008*. April 7, 2010. <http://www.dinkesjatengprov.go.id>.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang (2010). *Profil kesehatan tahun 2010*. April 7, 2010. <http://www.dinkes.kotasemarang.go.id/7p=halaman-profil>
- Dinas Kota/Kab. Semarang (2009). *Profil Kabupaten/Kota Semarang 2009*. Mart7,2011.<http://www.ciptakarya.pu.go.id/profil/barat/jateng/semarang.pdf>.
- Dosh SA. (2001). *The diagnosis of essential and secondary hypertension in adults*. *J.Fam Pract*;50:707-712
- Erawatiningsih, Purwanta, dan Subekti.(2005). *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru. di Dinas Kesehatan kaupaten Dompu Nusa Tenggara Barat*. Diperoleh tanggal 6 Juli 2011.

- Eschleman, M.M.(1996). *Introduction Nutrition and Theraphy* (3th ed). New York. Lippincott.
- Gondodiputro, S. (2007). *Perencanaan promosi kesehatan pencegahan penyakit tidak menular di puskesmas*. Februari 2, 2010. www.akademik.unsri.ac.id.
- Haryono, S.(2010). Ledakan Lansia menjadi tantangan segera. Gemari Tahun XI/ Edisi 113/ Juni 2010 <http://www.haryono.com> diperoleh 23 Maret 2011
- Hartono.(2001). Kiat-kiat Hidup Sehat. [http://www. geocities.com/aguscht/tipdua.html](http://www.geocities.com/aguscht/tipdua.html) Diperoleh tanggal 30 April 2011.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Hayes *et al.*(1992). <http://www.entrepreneur.com>, diakses tanggal 10 Maret 2011.
- HBM Aplications.[Http://faculty.mercer.edu/flomas-bm/classes/641/Health Belief Model.pdf](http://faculty.mercer.edu/flomas-bm/classes/641/Health%20Belief%20Model.pdf). diperoleh tanggal 30 Maret 2011.
- He J et al. *Long-Term Effects Of Weight Loss And Dietary Sodium Reductio On Incidence Of Hypertension*. *Hypertension* 2000;35:544-549
- Hitchcock J.E., Schubert P.E., and Thomas S.A., (1999). *Community health nursing: caring in action*. Washington: Delmar Publishers.
- Hyman DJ et al. *Characteristic Of Patients With Uncontrolled Hypertension In The United States*. *NEJM* 2001;345:479-486
- Negara-negara dengan Usia Harapan Hidup Terlama di Dunia.[http://www. manggasiang.co.cc/2011/01/negara-dengan-usia-harapan-hidup.html](http://www.manggasiang.co.cc/2011/01/negara-dengan-usia-harapan-hidup.html) diperoleh tanggal 14 Februari 2011
- IMT .[http://www. Jurnal.pdfii lipi.go.id](http://www.jurnal.pdfii.lipi.go.id).. diperoleh 30 Maret 2011
- Jiu, Z., Tian, W., Liu, W., Cao. Y, Yan, J., & Shun, Z. (2010). Are elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquakes. *BMC Public Health* 2010. vol 10:172. April 8, 2010. <http://www.biomedical.com/1471-2458/10/172>.
- Kabir, Iliyasu, Abubakar dan Jibril. (2004). *Journal of Community Medicine & Primary Health Care Departement of Commmunity Medicine, Aminu Kano Teaching Hospital, Kano, and Departement of Community and Primary Health Care, Bayero University, Kano, Nigeria*
- Kannel.B.W.(2003). *Prevalence and implications of uncontrolled systolic hypertension. Drug Aging* 20 (4). Hal. 277-286.

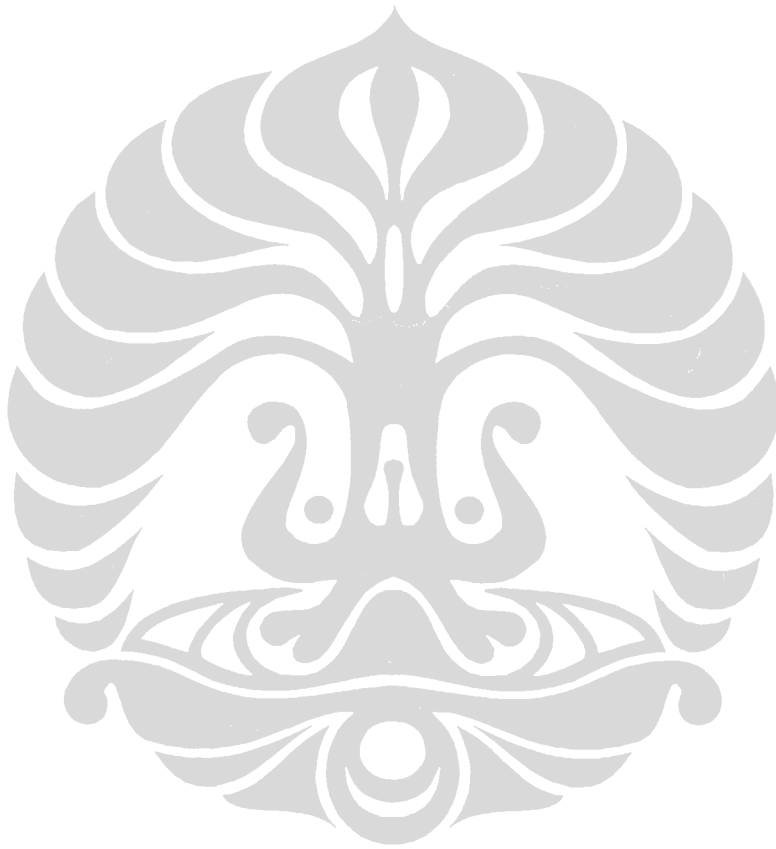
- Kaplan, N.M. (2004). Lifestyle modifications for prevention and treatment of hypertension. April 6, 2010. <http://www.medscape.com/viewarticle/497725>.
- Khan M.T., Sulaiman.A.S., Hassali M.A., Anwar M., Wasif G., Khan A.H., (2009). Community knowledge, attitudes and beliefs toward depression in state of Penang, Malaysia. *Community Mental Health Journal* 2010;46:87-92
- Klein, et al (2006) Medication Adherence Many Conditions, a Common Problem. <Http://www.proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh 21 Oktober 2008.
- Koenig, H.G. et.al. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adult. *International journal of psychiatry in medicine*. Vol 28. 189 – 213. April 7, 2010. <http://www.ncbi.nih.gov/pub.med/9724889>.
- Kunjtoro (2002). *Dukungan sosial pada lansia*. <http://www.epsikologi.com/usia>
- Leight, Susan Bragg (2003). The application of a vulnerable populations conceptual model to rural health. *Public health nursing* 20 No.6, 440-448. April 6, 2011. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1525-1446.2003.20604>. journalCode=phn
- Lee E.R.,(1999). Environment, resources, depression and competence of community base older adult. Disertasi: University of Washington.
- Lin, et al (2007) Adherence to Antihypertensive Medication among the Elderly : A Community-based Survey in Tainan City, Southern Taiwan.
- Litbang, Depkes (2007). *Hipertensi (Riskasdes 2007)*. Oktober 28, 2009. www.litbang.depkes.go.id/simnas/Day_2/Hipertensi.pdf
- Litbang Kompas. (2011). Bahagia di Masa Tua, Koran Kompas dari Sumber Profil Kesehatan Indonesia tahun 2009.Minggu 25 Mei 2011. Halaman 23.
- Lueckenotte, Annete G (2000). *Gerontologic nursing*. 2nd edition. Philadelphia: Mosby
- Lueckenotte, Annette G, Meiner, E., Sue (2006). *Gerontologic Nursing*. Third edition, Philadelphia: Mosby
- Macbeth, H. & Shetty, P. (2001). Health and Ethnicity : Society for Study of Human Biology Series. New York: Taylor & Francis.
- Mauk K.L., (2009). *Gerontological nursing: competencies for care*. (2nd ed).

- Maurier F.A, and Smith C.M.,(2005). *Community public health nursing practice:health for families and population*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Maulana, Heri D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*.EGC. Jakarta.
- Marsh, P. (2007). Case studt: myth busting frail aged: exploring age-related vulnerability in elderly community care client. *Tasmanian Council of Social Service*. April 8, 2010. <http://www.tascoss.org.au/.../myth-busting-frail-aged/Marsh.pdf>.
- Martuti.A. (2009). *Merawat dan Menyembuhkan Penyakit Tekanan darah Tinggi Kreasi Wacana*. Kasihan, Bantul.
- Miller C.A., (1995). *Nursing care of older adult: theory and practice* (2th ed). Philadelphia:JB Lippincott Company.
- National Academy on an Aging Society (2000) *At risk:developing chronic condition later life*.<http://www.agingsociety.org>.
- National Heart, Lung and Blood Institute (2008). *What is high blood pressure*. 29 Maret 2011. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Hbp/HBP-whatis.html>
- National Institute of Health (2003). *JNC 7 Express: The 7th Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Mart 11, 2011. <http://hnz11.wordpress>.
- Negara-negara dengan Usia Harapan Hidup Terlama di Dunia.<http://www.manggasiang.co.cc/2011/01/negara-dengan-usia-harapan-hidup.html> diperoleh tanggal 14 Februari 2011
- Nurlaely F.(2010). *Hipertensi pada Lanjut Usia*.<http://nurlaelyn07.student.ipb.ac.id/2010/10/19/hipertensi-pada-lansia>
- Pender N.J., Murdaugh,C.L.,Parsons M.A.,(2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed).New Jersey:Pearson Education.
- Pollit, Beck & Hungler. (2001). *Essential of Nursing research : Methods, Appraisal, and Utilization*. (5th ed). Philadelphia:New York. Baltimore.
- Pollit and Hungler. (2005). *Nursing research;principle and method* (6th ed). Philadelphia:Lippincott.
- Posted. (2010). *Hipertensionin elderly in the community Health Education Western analysis of nutritional KAP*. <http://eng.hi138.com/?1255618> Hipertensionin elderly in the community Health Education Western analysis of nutritional KAP.9-9 10.25.00.29710.

- Pujiyanto. (2007). Faktor Sosio Ekonomi yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Antihpertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol.3 No. 3. Desember 2008.
- Rowe, M., & Allen, R., G. (2004). *Spirituality as a mean of coping with chronic illness. American journal of health studies*. April 7, 2010. <http://findarticles.com/p/articles/mi.mo CTG/15 1 1 9/ain6072019>.
- Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuamedika.
- Russel, Daly, Hughes & O'P Hoo (2003) dalam *Journal of Advanced Nursing Northcote, Victoria, Australia*.
- Sacks FM et al. *Effects On Blood Pressure Of Reduced Dietary Sodium And The Dietary Approaches To Stop Hypertension (Dash) Diet*. DASH Collaborative Research Group. *NEJM* 2001;344:3-10
- Sani, A. (2008). *Clinical Practice Pocket Book Caradiovascular Disease Series: Hypertension Current Perspective*. Medya Crea. Jakarta.
- Sarafino, P. Edward (1994). *Biopsychosocial interaction*, 2nd. Canada: John Wiley & Sons
- Sastroasmoro.S & Ismael S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Sherina, M.S., Rampal,L., & Mustaqim, A. (2004). Factors associated with chronic illness among the elderly in a rural community. *Asia pasific journal of public health*. Vol 16. no. 2. April 6, 2010. <http://aph.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/2/109>.
- Smeltzer, S.C & Bare, BG (2002). *Buku ajar keperawatan medical-bedah (terjemahan)*. edisi 8. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Soejono,dkk.(2000). *Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*. Jakarta.
- Spradley, B.W. & Alleder, J.A. (1997). *Reading in community health nursing. Fifth edition*. Philadelphia: Lippincott
- Stanhope, M. & Lancaster, J (2004). *Community and public health nursing*. 6th edition. USA: Mosby
- Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: promoting successful aging with older adult*. Philadelphia

- Stanley & Beare (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik (terjemahan). Edisi 2. Alih Bahasa : Eny Meiliya dan Monica Ester. Jakarta, Penerbit buku kedokteran : EGC
- Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: promoting successful aging with older adult*. Philadelphia
- Smeltzer, S.C & Bare, BG (2002). *Buku ajar keperawatan medical-bedah* (terjemahan). edisi 8. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Spradley, B.W. & Alleder, J.A. (1997). *Reading in community health nursing. Fifth edition*. Philadelphia: Lippincott
- Sugiyono. (2007). *Metode Statistik untuk Penelitian*. Bandung. Alfabeta.
- Sugiyono. (2008). *Metode penelitian pendidikan; pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Jogjakarta. Alfabeta.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian Kuantitati, Kualitatif Dan R &D.; Bandung*. Alfabeta.
- Supriyanto. (2010). Konsep Kepatuhan <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html>. diperoleh tanggal, 06 Juli 2010.
- US Departement of Health And Human Services Public Health Services, (2000). *Washington DC*
- Vollmer WM et al. *Effects Of Diet And Sodium Intake On Blood Pressure:Subgroup Analysis Of The Dash-Sodium Trial* . Ann Intern Med 2001;135:1019-1028
- Vulnerability. (n.d). Maret 29, 2010. www.wikipedia.org/wiki/vulnerability
- Whelton SP et al. *Effect Of Aerobic Exercise On Blood Pressure*. Ann Intern Med 2002;136:493-503
- World Health Organization (2001). *Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 . Hypertension Study GroupV. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladeshand India: a multicentre study*
- WHO. (2001). *Hypertension study group :Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh & India: a multicentre study.Buletin* Vol. 1. no. 6. Maret 30, 2011. http://www.scielops.org/sciele.php?script=sci_arttex_pid=30042.

Yuliarti D. (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Hipertensi pada usia lanjut di Posbindu Kota Bogor. Tesis Peminatan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.



RANCANGAN KEGIATAN PENYUSUNAN TESIS

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011																							
		FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Penyusunan Proposal Penelitian																								
2	Seminar Proposal Penelitian																								
3	Perbaikan Proposal Penelitian																								
4	Pengurusan Ijin Penelitian																								
5	Uji Validitas dan Reliabilitas																								
6	Pelaksanaan Penelitian																								
7	Pengolahan Data Hasil Penelitian																								
8	Seminar Hasil Penelitian																								
9	Penyusunan Laporan Tesis																								
10	Sidang Tesis																								
11	Perbaikan Laporan Tesis																								
12	Penyerahan Tesis																								

**KUISIONER FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN LANSIA
DALAM PERAWATAN HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS SRONDOL
KOTA SEMARANG JAWA TENGAH**

=====

Nomer Responden :..... Kode Responden:.....

Alamat Responden :RW..... Kelurahan

Tanggal Pengumpulan Data :.....Juni 2011

KUISIONER A KARAKTERISTIK RESPONDEN

PETUNJUK PENGISIAN KUISIONER			
Jawablah pertanyaan berikut dengan <u>mengisi jawaban</u> dan atau memberikan tanda Check (√) pada kotak yang tersedia pada kuisioner berikut !			
No	Berikan tanda centrang (√) dan atau mengisi		
1.	Umur : tahun	Tekanan darah:	mmHg
2.	Tinggi badan: Cm	Berat badan: Kg	IMT ^{**}) =
3.	Penghasilan sebulan :		rupiah
4.	Biaya berobat sebulan rata-rata :		rupiah
5.	Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
6.	Status perkawinan	Menikah bersama pasangan	Janda/duda
7.	Pendidikan	Tdk sekolah/ tdk lulus SD	Lulus SMA
		Lulus SD	Lulus Perguruan Tinggi
		Lulus SMP	
8.	Status tinggal lansia	Sendirian / terpisah dg keluarga inti	
		Bersama, anak-cucu/ kelarga besar lain	
9.	Lama menderita	Bulan	tahun
10	Lama pengobatan	Bulan	tahun
11	Riwayat keluarga yang menderita hipertensi	Tidak ada	
		Ada, → siapa?	Orangtua kandung
			Saudara sekandung
			Anggota keluarga

Catatan IMT^{}) Diisi oleh Peneliti**

KUISIONER PENGETAHUAN TENTANG HIPERTENSI			
	Berikan tanda Check (√) pada jawaban Benar atau Salah yang dipilih !		
No	Menurut pendapat saya tentang hipertensi	B	S
1.	Menyebabkan penyakit jantung, ginjal dan stroke.		
2.	Gejalanya : pusing, sakit kepala dan rasa kaku di tengkuk		
3.	Stres dapat meningkatkan tekanan darah.		
4.	Merokok dan minum alkohol, meningkatkan tekanan darah.		
5.	Orang yang gemuk mudah menderita hipertensi		
6.	Kurang olah raga dapat mudah terkena tekanan darah tinggi		
7.	Minum obat dapat menurunkan tekanan darah		
8.	Mengurangi makanan berkolesterol seperti sate daging kambing, gulai kambing dapat menurunkan tekanan darah.		
9.	Olahraga teratur minimal 30 mnt, menurunkan tekanan darah		
10.	Istirahat siang hari membantu menurunkan tekanan darah		
11.	Tidur teratur dapat menstabilkan tekanan darah.		
12.	Mengurangi penggunaan vetsin (penyedap rasa) dapat menurunkan tekanan darah.		
13.	Mengurangi makan makanan awetan seperti ikan asin, telur asin dapat menurunkan tekanan darah.		
14.	Memperbanyak konsumsi sayuran dan kacang- kacangan seperti kacang hijau dapat menurunkan tekanan darah.		

KUISIONER B. ANCAMAN PENYAKIT HIPERTENSI

KUISIONER PERSEPSI KESERIOUSAN PENYAKIT			
	Ya : Jika pernyataan ini sesuai dengan persepsi bapak/ibu		
	Tidak : Jika pernyataan ini tidak sesuai dengan persepsi bapak/ibu		
	Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang dipilih!		
No	Persepsi saya tentang bahaya penyakit hipertensi adalah:	Ya	Tidak
1	Penyakit yang umum dan wajar terjadi pada lanjut usia		
2	Penyakit yang tidak berbahaya		
3	Penyakit yang sulit disembuhkan		
4	Penyakit yang terjadi karena banyak pikiran atau stress		
5	Penyakit yang memerlukan perawatan yang lama		
6	Menimbulkan penyakit stroke atau lumpuh		
7	Menimbulkan kematian mendadak		
8	Menimbulkan gangguan fisik dan merasa tidak berdaya		
9	Menimbulkan banyak masalah		
10	Menimbulkan sulit bepergian atau bertemu tetangga		
KUISIONER PERSEPSI BIAYA			
No	Menurut saya tentang biaya hipertensi :	Ya	Tidak
1	Pengobatan hipertensi : murah		
2	Perlengkapan keperluan olahraga : murah		
3	Bahan makanan untuk diet hipertensi :murah		
4	Cara perawatan hipertensi di rumah : murah		
5	Ongkos atau biaya perjalanan berobat : murah		

KUISIONER DAMPAK FISIOLOGIS					
Berikan tanda Check (✓) pada jawaban yang dipilih!					
Tidak pernah	Jika pernyataan ini tidak pernah Bapak /ibu rasakan				
Jarang	Jika pernyataan ini jarang Bapak /ibu rasakan				
Sering	Jika pernyataan ini sering Bapak /ibu rasakan				
Selalu	Jika pernyataan ini selalu Bapak /ibu rasakan				
No	Keluhan fisik yang saya rasakan adalah:	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Merasakan keluhan hipertensi				
2.	Sakit kepala				
3.	Kepala menjadi pusing				
4.	Sulit tidur				
5.	Mudah marah				
6.	Telinga berdengung				
7.	Berat dan kaku di tengkuk				
8.	Pandangan mata menjadi kabur				
9.	Mudah lelah				
10.	Deg-degan / berdebar-debar				
KUISIONER DAMPAK PSIKOSOSIAL					
No	Keluhan psikososial yang saya rasakan adalah:	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Merasakan gejala, jika sedang kambuh				
2.	Merasakan bertambah berat/ buruk				
3.	Bisa meramalkan kondisi kesehatannya				
4.	Menjadi mudah lelah				
5.	Merasa takut bepergian sendirian				
6.	Merasa mudah putus asa				
7.	Merasa sulit mengontrol emosi				
8.	Merasa malas melakukan perawatan				
9.	Merasa jarang bertemu dengan tetangga				
10.	Merasa banyak aturan hidup yang dijalani				
KUISIONER DAMPAK SPIRITUAL					
No	Keluhan spiritual yang saya rasakan yaitu:	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Mimpi buruk				
2.	Mengalami gangguan tidur				
3.	Menangis				
4.	Merasa cemas				
5.	Agama sebagai sumber kekuatan				
6.	Berdoa mohon kesembuhan dari Tuhan				
7.	Berserah diri pada Tuhan				
8.	Membaca ayat-ayat dalam Kitab Suci				
9.	Melakukan kegiatan keagamaan				
10.	Melakukan sholat jumat di masjid(Islam) atau ibadat hari minggu di gereja(Kristen)				

KUISIONER PETUNJUK PERILAKU BERTINDAK

KUISIONER DUKUNGAN KELUARGA					
Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang dipilih!					
Tidak pernah	Jika pernyataan ini tidak pernah Bapak /ibu alami dan rasakan				
Jarang	Jika pernyataan ini jarang Bapak /ibu alami dan rasakan				
Sering	Jika pernyataan ini sering Bapak /ibu alami dan rasakan				
Selalu	Jika pernyataan ini selalu Bapak /ibu alami dan rasakan				
No	Dukungan keluarga terhadap perawatan hipertensi saya :	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Mengantar ke posyandu				
2.	Mengantar kontrol ke puskesmas				
3.	Memberikan perawatan bila kambuh				
4.	Menyediakan makanan untuk diet hipertensi				
5.	Membiayai perawatan dan pengobatan				
6.	Mengingatkan teratur kontrol tekanan darah				
7.	Mengingatkan teratur melakukan olah raga				
8.	Mengingatkan untuk makanan yang dipantang				
9.	Mengantarkan saya berobat				
10.	Mengingatkan berpantang rendah garam				
KUISIONER DUKUNGAN LINGKUNGAN					
Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang dipilih!					
No	Dukungan lingkungan terhadap perawatan hipertensi saya:	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Kader mengajak melakukan senam				
2.	Kader mengingatkan melakukan senam				
3.	Perawat puskesmas mengingatkan untuk kontrol tekanan darah setiap bulan				
4.	Perawat puskesmas memberi tahu supaya memperhatikan diet hipertensi				
5.	Perawat puskesmas memberitahu hasil pengukuran tekanan darah saat kontrol				
6.	Perawat Puskesmas memberitahu kapan harus kontrol ke puskesmas				
7.	Berobat hipertensi di Puskesmas gratis				
8.	Mudah mendapatkan askeskin				
9.	Petugas puskesmas memberikan pelayanan dengan ramah				

KUISIONER MANFAAT TERAPI FARMAKOLOGI					
Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang dipilih!					
Tidak pernah	Jika pernyataan ini tidak pernah Bapak /ibu alami dan rasakan				
Jarang	Jika pernyataan ini jarang Bapak /ibu alami dan rasakan				
Sering	Jika pernyataan ini sering Bapak /ibu alami dan rasakan				
Selalu	Jika pernyataan ini selalu Bapak /ibu alami dan rasakan				
No	Minum obat Anti hipertensi :	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Menjadi lebih tenang				
2.	Mengurangi kecemasan				
3.	Merasa terhindar dari komplikasi				
4.	Merasa bisa mengatasi penyakitnya				
5.	Menghilangkan pusing				
6.	Mengurangi rasa kaku di tengkuk				
7.	Menghilangkan “deg-degan”				
8.	Menurunkan tekanan darah saya				
9.	Merasa mudah tidur				
10.	Merasakan badan lebih nyaman				
KUISIONER PENDIDIKAN KESEHATAN					
No	Memperoleh penyuluhan kesehatan tentang hipertensi:	tidak pernah	jarang	sering	selalu
1.	Penyuluhan kesehatan tentang hipertensi				
2.	Penyuluhan kesehatan ttg hipertensi dalam waktu enam bulan terakhir				
3.	Mendapat informasi penyuluhan kesehatan hipertensi secara lisan atau tertulis				
4.	Pemberitahuan penyuluhan dari petugas/ kader kesehatan				
5.	Menghadiri penyuluhan kesehatan				
6.	Perawat Puskesmas memberikan penyuluhan hipertensi saat kegiatan posyandu				
7.	Mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang hipertensi saat berobat di Puskesmas				
8.	Mendapatkan brosur, leaflet hipertensi				
9.	Mendapatkan penyuluhan kesehatan dari perawat Puskesmas				
10.	Mendapatkan penyuluhan kesehatan dari dokter Puskesmas				

KUISIONER D. PERAWATAN HIPERTENSI

Berikan tanda <u>Check</u> (√) pada jawaban yang dipilih!					
Tidak pernah = TP	Jika pernyataan ini tidak pernah Bapak /ibu lakukan				
Jarang = Jrg	Jika pernyataan ini jarang Bapak /ibu lakukan				
Sering = Srg	Jika pernyataan ini sering Bapak /ibu lakukan				
Selalu = Sll	Jika pernyataan ini selalu Bapak /ibu lakukan				
Kuisisioner Terapi Farmakologi dan Terapi Non Farmakologi					
No	Kepatuhan minum obat :	TP	Jrg	Srg	Sll
1.	Lupa minum obat				
2.	Enggan minum obat				
3.	Menghentikan pengobatan sendiri				
4.	Merasa sudah sembuh				
5.	Merasa tidak ada keluhan hipertensi				
6.	Setiap periksa tekanan darah hasilnya normal				
7.	Tidak bisa membeli obat				
8.	Kehabisan obat di rumah				
9.	Lupa membeli obat				
10.	Makan makanan kalengan: <i>sarden, ikan kalengan, Asinan</i>				
11.	Makan yang instan : mie instan				
12.	Makan makanan yg diawetkan : <i>ikan asin, telur asin</i>				
13.	Makan sayuran diberi penyedap masakan: <i>vetsin</i>				
14.	Makan makanan bersantan : sayur lodeh, masakan padang, rendang				
15.	Membatasi makan berlemak : <i>daging kambing, jerohan</i>				
16.	Banyak makan sayuran hijau : <i>sawi, bayam, brokoli</i>				
17.	Mengonsumsi kacang hijau dan kacang merah				
18.	Makan dengan lauk: tahu, tempe, ikan teri tawar				
19.	Makan buah durian				
20.	Makan buah-buahan : <i>jeruk, pepaya, mangga, nanas, tomat, belimbing manis, rambutan, sirsak, srikaya, pisang, jeruk, mentimun, belawah, melon, semangka, bengkoang, dan alpukat</i>)				
21.	Minum minuman mengandung alkohol (<i>bir, vodka</i>)				
22.	Minum minuman bersoda sprite, fanta				
23.	Minum kopi				
24.	Merokok				
25.	Begadang malam hari				
26.	Olahraga teratur minimal 30 menit sehari				
27.	Menimbang berat badan sekali sebulan				
28.	Pengukuran tekanan darah secara rutin				

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth. Bapak/Ibu
Di
Wilayah Kerja Puskesmas Srandol
Di
Semarang

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI Jakarta:
Nama : S u h a d i
NPM : 0906594803

Akan mengadakan penelitian dengan judul "**Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengelolaan Perawatan Hipertensi pada Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Semarang**"

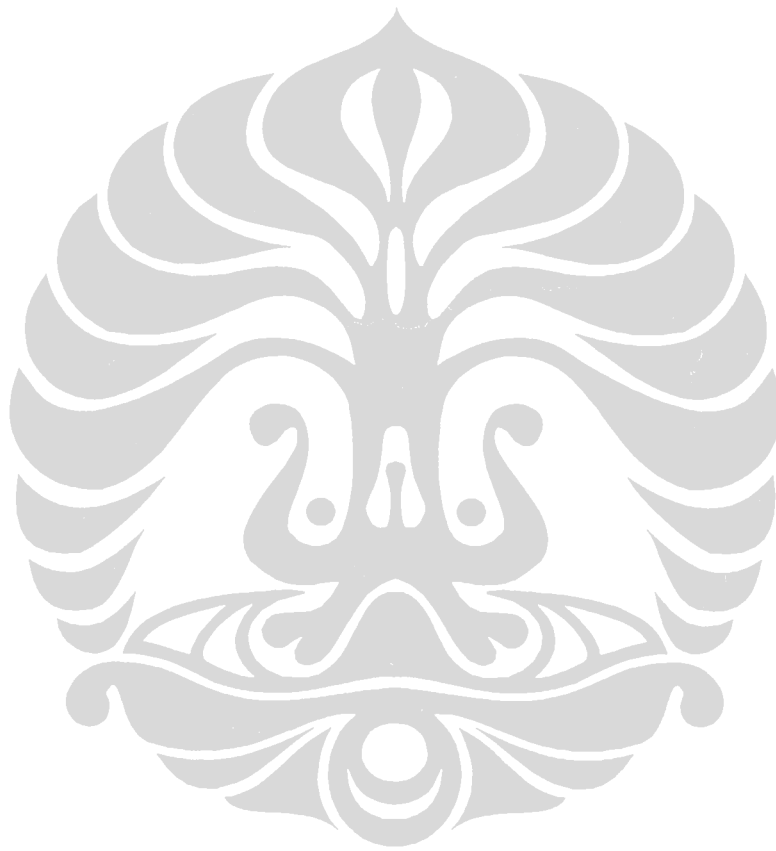
Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia.

Penyakit hipertensi merupakan salah satu penyakit degeneratif sistem kardiovaskuler yang sering muncul pada lanjut usia sebagai akibat perubahan fungsi fisiologis. Faktor usia sebagai salah satu faktor terjadinya peningkatan tekanan darah pada lanjut usia yang menempatkan lanjut usia sebagai kelompok *at risk*. Lanjut usia dengan penyakit hipertensi menjadi kelompok *vulnerable*. Kondisi ini memerlukan perawatan secara komprehensif dengan melibatkan lanjut usia, keluarga dan masyarakat supaya tekanan darah lanjut usia selalu dalam status normotensi. Beberapa faktor menyebabkan status normotensi pada lanjut usia tidak dapat dipertahankan. Kurangnya program pendidikan kesehatan, kurangnya pengetahuan hipertensi, biaya pengobatan, dukungan keluarga, lamanya menderita hipertensi dan derajat hipertensi sebagai pemicu ketidakpatuhan dalam pengelolaan hipertensi. Ketidakpatuhan pengelolaan perawatan hipertensi sebagai salah satu faktor yang menyebabkan tekanan darah lanjut usia tidak bisa dipertahankan dalam status normotensi atau berisiko menjadi hipertensi. Kondisi tersebut berdampak pada besarnya jumlah kejadian hipertensi pada lanjut usia. Diperlukan upaya-upaya yang memerlukan kepatuhan dalam pengelolaan perawatan hipertensi dan dapat diketahui melalui penelitian tentang faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia.

Saya sebagai peneliti berterima kasih Bapak/ibu bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner yang disertakan dalam lembaran ini dan jawaban dari Bapak/ Ibu akan dijamin kerahasiaannya. Besar harapan saya sebagai peneliti atas jawaban dalam kuisisioner yang Bapak/Ibu berikan, hasilnya dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi pengembang kebijakan dalam pengambilan keputusan mengupayakan peningkatan kepatuhan dalam pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia. Mudah-mudahan amal baik Bapak/ibu mendapat balasan yang setimpal dari Tuhan. Terima kasih.

Semarang, Juni 2011
Peneliti

S u h a d i



**FORMAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (inisial)

Umur : tahun

Jenis kelamin : L / P *)

Alamat :
.....

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, dengan ini menyatakan **Bersedia/ Tidak Bersedia*)** untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI yang bernama **Suhadi,S.Kp.,Ns.** dengan judul "**Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Srandol Semarang**"

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Juni 2011

Hormat saya,

(.....)

Keterangan :

*) = coret yang tidak perlu

**FORMAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (inisial)

Umur : tahun

Jenis kelamin : L / P *)

Alamat :
.....

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, dengan ini menyatakan **Bersedia/ Tidak Bersedia*)** untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI yang bernama **Suhadi,S.Kp.,Ns.** dengan judul **"Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengelolaan perawatan hipertensi pada lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Srandol Semarang"**

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Juni 2011

Hormat saya,

(.....)

Keterangan :

*) = coret yang tidak perlu



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia dalam Perawatan Hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang.

Nama peneliti utama : **Suhadi**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 31 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : *FSH*/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

11 Mei 2011

Yth. Kepala
Puskesmas Srandol
Kota Semarang

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

Sdr. Suhadi
0906594803

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengelolaan Perawatan Hipertensi Pada Lanjut Usia di Wilayah Puskesmas Srandol Semarang"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Srandol Semarang.

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

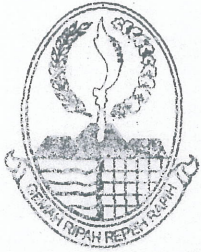
Wakil Dekan,



Dra. Junarti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH**

Jalan Supratman No. 44 Telp. 720674 – 7106286
BANDUNG

Kode Pos 40121

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/ 964 /MHS/HAL

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

**Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah
Provinsi Jawa Barat.**

Berdasarkan surat dari : Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Nomor : 1734/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 Tanggal, 11 Mei 2011.

Menerangkan bahwa :

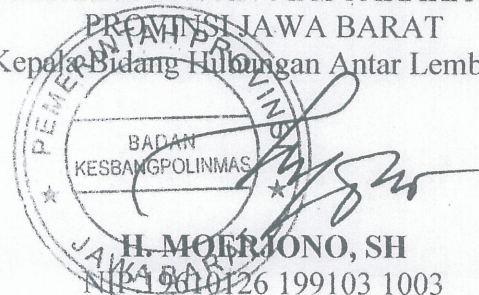
a.	N a m a	:	SUHADI
b.	HP/E-Mail	:	0247464800006 / suhadi9264@yahoo.com
c.	Tempat/tgl lahir	:	Kulon Progo, 5 Pebruari 1964
d.	Agama	:	Katholik
e.	Pekerjaan	:	Mahasiswa
f.	Alamat	:	Jl. Grefika I/19 Rt. 007/003 Padang Sari Banyumanik Semarang
g.	Peserta	:	-
h.	Maksud	:	Penelitian
i.	Untuk Keperluan	:	Penelitian dengan judul " Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengelolaan Perawatan Hipertensi pada Lanjut Usia di Wilayah Puskesmas Srandol Semarang"
j.	Lokasi	:	Provinsi Jawa Tengah
k.	Lembaga/Instansi Yang Dituju	:	Kesbangpollinmas Provinsi Jawa Tengah.

2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan/ fasilitas yang diperlukan.
3. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan berlaku sampai dengan tanggal, **30 Juni 2011**

Bandung, 31 Mei 2011

An.KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH

PEMERINTAH PROVINSI
JAWA BARAT
Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga,



H. MOERJONO, SH
NIP.19610126 199103 1003



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

JL. A. YANI NO. 160 TELP. (024) 8454990 FAX. (024) 8414205, 8313122

SEMARANG - 50136

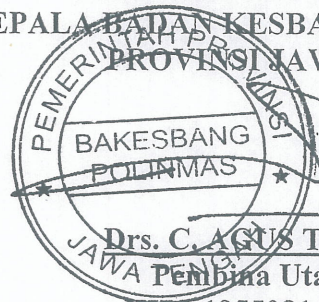
SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET
Nomor : 070 / 1286 / 2011

- I. **DASAR** : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.
 Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Pebruari 2004.
- II. **MEMBACA** : Surat dari Gubernur Provinsi Jawa Barat. Nomor
 070 / 964 / MHS / HAL. Tanggal 31 Mei 2011.
- III. Pada Prinsipnya kami **TIDAK KEBERATAN** / Dapat Menerima atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : SUHADI.
 2. Kebangsaan : Indonesia.
 3. Alamat : Jl. Grafika I / 19 Padang Sari Banyumanik Semarang.
 4. Pekerjaan : Mahasiswa.
 5. Penanggung Jawab : Wiwin Wiarsih, MN.
 6. Judul Penelitian : Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia Dalam Perawatan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Sron dol Kota Semarang.
 7. Lokasi : Kota Semarang.
- V. **KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT** :
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
 2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan / atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Juni s.d September 2011
- VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 07 Juni 2011

an. GUBERNUR JAWA TENGAH
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
PROVINSI JAWA TENGAH



Drs. C. AGUS TUSONO, MSi
Pembina Utama Muda
NIP. 195508141983031010



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Lampiran 9

Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax. 3584045

Nomor : 070/VI/2011 Semarang, 07 Juni 2011
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Ijin penelitian

Kepada
Yth.... Kepala Dinas
..... Kesatuan Kota
di-
SEMARANG

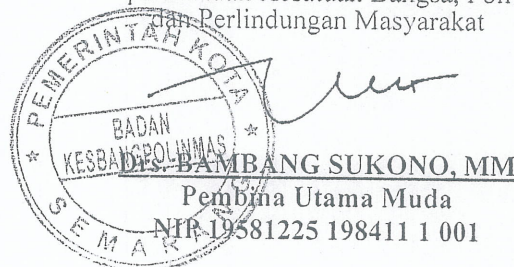
1. Menunjuk:
 - a) Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 - b) Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
 - c) Surat dari : Kepala Badan Kesbangpol & Linmas Provinsi Jawa Tengah
Nomor : 070/1286/2011
Tanggal : 07 Juni 2011
2. Bersama ini diberitahukan bahwa :

Nama : SUHADI
Alamat : Jl. Grafika I/19 Padangsari Banyumanik Semarang
Pekerjaan : Mahasiswa
Kebangsaan : Indonesia
Bermaksud mengadakan Penelitian/Riset/Survey/KKN/KKL dll.
Judul : "Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan lansia Dalam perawatan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas sronдол Kota Semarang"
Penanggung jawab : Wiwin Wiarsih, MN
Peserta : 1 (satu) orang
Lokasi : Kota Semarang
Waktu : 07 Juni s/d 07 September 2011

Pada prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN memberikan ijin untuk mengadakan kegiatan penelitian / riset / survey / KKN / KKL dan lain-lain, selama yang bersangkutan wajib mentaati peraturan, tata tertib dan norma-norma yang berlaku di wilayah Kota Semarang.

3. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

A.n. WALIKOTA SEMARANG
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik
dan Perlindungan Masyarakat



TEMBUSAN: Kepada Yth.
1. Walikota Semarang (sebagai laporan);
2. Pertinggal

d/wala'surat/ijinriset



PEMERINTAH KOTA SEMARANG

DINAS KESEHATAN

Jl. Pandanaran 79 Telp. (024) 8415269 - 8318070 Fax (024) 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Nomor : 071/ 4614
 Sifat :
 Lampiran :
 Perihal : Ijin Penelitian

Semarang, 08 JUN 2011

Kepada,

Yth. 1.Ka.Puskesmas Srandol
 2.Ka.Puskesmas Padangsari
 di -

SEMARANG

Dasar surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Semarang tanggal 07 Juni 2011. Nomor; 070/VI/2011. Perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan hal tersebut diatas, bersama ini kami beritahukan kepada Saudara bahwa pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa Universitas Indonesia FIK Depok

Nama : SUHADI
 Nim : 0906594803
 Judul : "Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan lansia Dalam Perawatan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang.

yang akan melaksanakan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Saudara, mulai bulan Juni s/d Juli 2011. Dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut harus mentaati peraturan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang serta melaporkan hasil penelitian dimaksud.

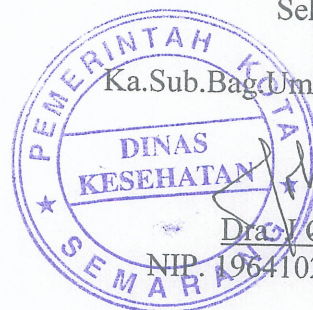
Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

A.n.KEPALA DINAS KESEHATAN

Sekretaris

U.b

Ka.Sub.Bag. Umum dan Kepegawaian



Dr. HANA

NIP. 19641025 198503 2 008

TEMBUSAN, Kepada Yth. :
 1. Dekan FIK-UI Depok Jakarta
 2. Yang bersangkutan;
 3. Arsip



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SRONDOL

Jl. Setyabudi 209 Telp. (024) 7472852 Semarang

Nomor : 440 / 208
Lamp. :
Perihal : Pelaksanaan Penelitian

Semarang, 20 Juni 2011

Kepada :
Yth Dekan Fakultas Ilmu Keperawa
tan Universitas Indonersia
Jakarta

di-
JAKARTA

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Srandol Kota Semarang menerangkan bahwa :

Nama : SUHADI

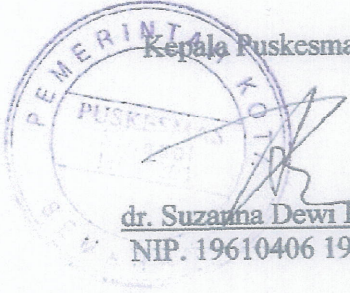
NIM : 0906594803

Jurusan : Program Magister Ilmu Keperawatan Keperawatan Komunitas
(FIK-UI) Jakarta.

Judul : "Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam perawatan Hipertensi Pada Lanjut Usia di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang "

Telah benar-benar melakukan pengambilan data untuk penelitian di Puskesmas Srandol Kota Semarang mulai tanggal 10 Juni 2011.

Demikian Surat Keterangan ini , agar digunakan sebagaimana mestinya .

Kepala Puskesmas Srandol

dr. Suzanna Dewi Ratih M Kes
NIP. 19610406 198908 2 001

Tembusan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang ;
2. Yang bersangkutan
3. Pertinggal .



DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG
PUSKESMAS PADANGSARI
Jl.Meranti Raya, Banyumanik Semarang Telp.(024) 7472460

Semarang , 15 Juni 2011

No. : 071 / 63
Lamp :
Perihal : Penelitian

K e p a d a :
Yth. Ka Dinas Kesehatan
Kota Semarang
di –
Semarang

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Puskesmas Padangsari Kota Semarang,
Menyatakan bahwa saudara

N a m a : SUHADI
NIM : 0906594803
Mahasiswa Universitas Indonesia FIK Depok Jakarta.

Betul betul telah melaksanakan Penelitian di Puskesmas Padangsari dan telah selesai
melakukan Pengambilan Data.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Puskesmas Padangsari
Kota Semarang



TEMBUSAN, Kepada Yth :

1. Dekan FIK-UI Depok Jakarta
2. Yang bersangkutan
3. Arsip

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Suhadi
Tempat/Tanggal lahir : Kulon Progo, 05 Februari 1964
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat Rumah : Jl. Grafika I/19 RT.007 RW.003 Padangsari
Banyumanik, Semarang, Jawa Tengah
Alamat Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan St. Elisabeth Semarang

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Purwosari (1971 – 1976)
2. SMP Kanisius Balong Banjarsari (1977 – 1980)
3. SMA Sanjaya Naggulan Kulon Progo (1981 – 1983)
4. SPK St. Elisabeth Semarang (1984 – 1986)
5. Akademi Keperawatan Depkes RI Yogyakarta (1992 – 1995)
6. Program Studi Ilmu Keperawatan FK Undip (2000 – 2002)
7. Program Profesi Ners FK Undip (2002 – 2003)

Riwayat Pekerjaan

1. Perawat pelaksana di RS St. Elisabeth Semarang (1987 – 1991)
2. Perawat pelaksana Ruang Bedah RS St. Elisabeth Semarang (1981 – 1992)
3. Staf Pengajar SPK St. Elisabeth Semarang (1992 – 1996)
4. Staf Pengajar Akademi Keperawatan St. Elisabeth Semarang (1996 – 2007)
5. Staf Dosen STIKES St. Elisabeth Semarang (2007 – sekarang)