



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KARAKTERISTIK
LANSIA DENGAN KEJADIAN STROKE PADA LANSIA
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PERKOTAAN
BUKITTINGGI**

TESIS

**Yenni
0906594854**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KARAKTERISTIK
LANSIA DENGAN KEJADIAN STROKE PADA LANSIA
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PERKOTAAN
BUKITTINGGI**

TESIS

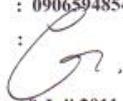
**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**Yenni
0906594854**

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yenni
NPM : 0906594854
Tanda Tangan : 
Tanggal : 8 Juli 2011



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Yenni
NPM : 0906594854
Program Studi : Pascasarjana Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Sigit Mulyono, S.Kp. MN



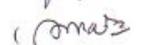
Pembimbing : dr. Luknis Sabri, M.Kes



Penguji : Etty Rekawati, S.Kp. MKM



Penguji : Ni Made Riasmini, S.Kp. M.Kep. Sp.Kom



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 8 Juli 2011



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah atas rahmat Allah SWT sehingga penyusunan tesis dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi” dapat diselesaikan dengan baik. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Terimakasih yang tak terhingga kepada Bapak Sigit Mulyono, S.Kp, MN selaku pembimbing I dan Ibu dr. Luknis Sabri, M.Kes selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih juga kepada:

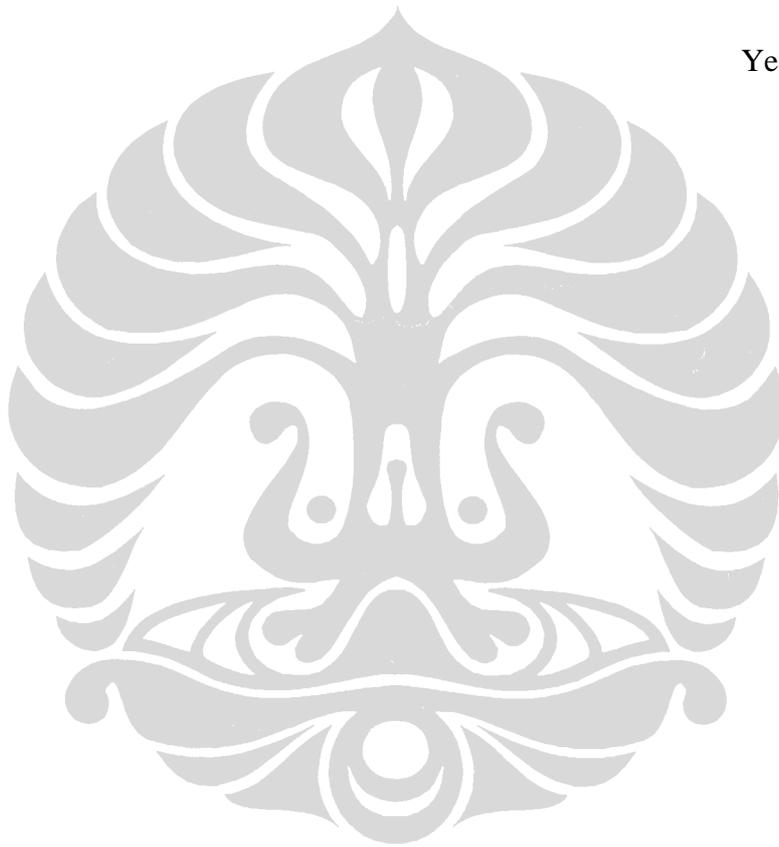
- (1) Dewi Irawaty, MA, PhD, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (2) Astuti Yuni Nursasi, MN, Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (3) Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, sebagai koordinator mata ajar tesis;
- (4) Kepala Kesbang Pol dan Linmas kota Bukittinggi yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian di wilayah kota Bukittinggi
- (5) Kepala Puskesmas Perkotaan Bukittinggi dan Kepala Puskesmas Guguk Panjang Bukittinggi beserta staf yang telah memfasilitasi peneliti dalam melakukan penelitian di wilayah kerja puskesmas Bukittinggi;
- (6) Mahasiswaku di Stikes Fort De Kock Bukittinggi yang telah banyak membantu dalam proses pengumpulan data;
- (7) Ibu-ibu kader diwilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi dan Puskesmas Guguk Panjang Bukittinggi yang juga membantu dalam proses pengumpulan data;
- (8) Suami, orang tua, dan anakku tercinta yang telah memberikan banyak bantuan dukungan dan doa yang tulus;

(9) Seluruh sahabat dan teman-teman seperjuangan yang telah banyak memberikan motivasi dan membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2011

Yenni



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

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

Nama : Yenni
NPM : 0906594854
Program Studi : Pascasarjana
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:
Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 8 Juli 2011
Yang menyatakan


(Yenni)

ABSTRAK

Nama : Yenni
Program Studi : Pascasarjana Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan 143 sampel yang diambil secara *simple random sampling*. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan, dengan $\alpha < 0,05$, ada hubungan antara dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental keluarga, suku dan pendidikan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Suku merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi setelah dikontrol oleh variabel dukungan keluarga dan pendidikan lansia. Dalam perawatan lansia hipertensi perlu memberdayakan keluarga dan pendekatan dengan tokoh adat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih optimal.

Kata kunci :

Dukungan keluarga, karakteristik lansia, stroke pada lansia hipertensi, keperawatan

ABSTRACT

Name : Yenni
Study Program : Master Program of Nursing Science
Title : The Correlation between Family Support and Characteristic of Elderly People with Stroke Incidence On Elderly People with Hypertension In Bukittinggi Perkotaan Health Centers Working Area

The purpose of this research was to identify the correlation between family support and characteristic of elderly people with stroke incidence on elderly people with hypertension in Bukittinggi Perkotaan health centers working area. This research is done by using cross sectional approach of 143 people taken randomly using *simple random sampling*. The data is analyzed by using *chi-square test*. From the data analysis, it has been recognized that there is a correlation between emotional support, appreciation, information, instrumental family support, ethnicity, and education with stroke incidence on elderly people with hypertension ($\alpha < 0,05$). Ethnicity is the dominant factor associated with stroke incidence on elderly people with hypertension after controlled by the family support and education of the elderly variables. This research concluded that elderly people with hypertension require the support of family, so it can lower the incidence of stroke. In providing nursing care on elderly people with stroke, it is important to do empower families and approach to the traditional leaders in order to achieve a more optimal health status of elderly people with stroke.

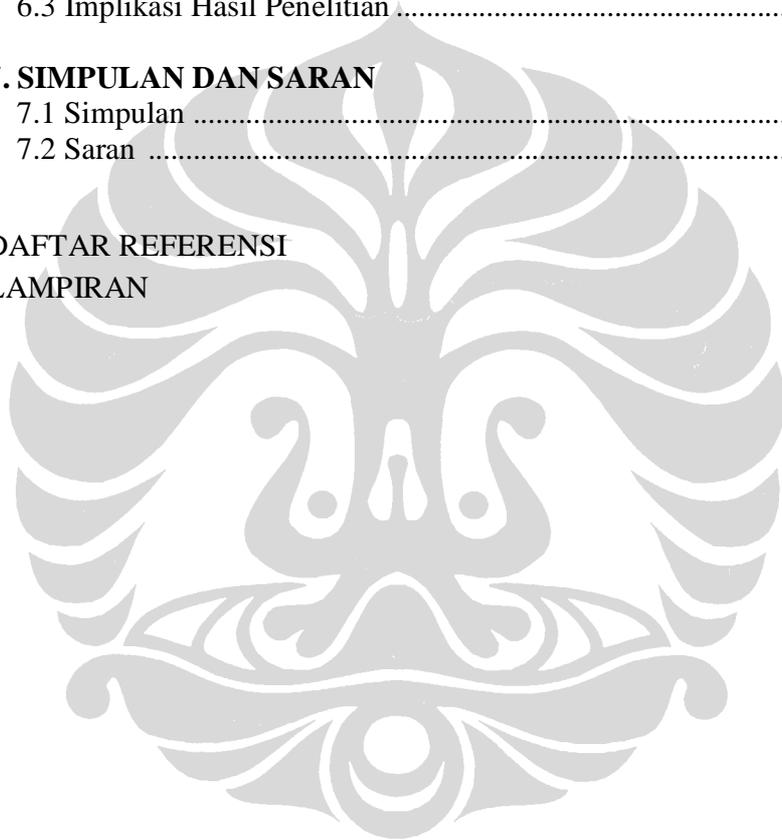
Keywords :

Family support, the characteristics of elderly, stroke on elderly people with hypertension, nursing.

DAFTAR ISI

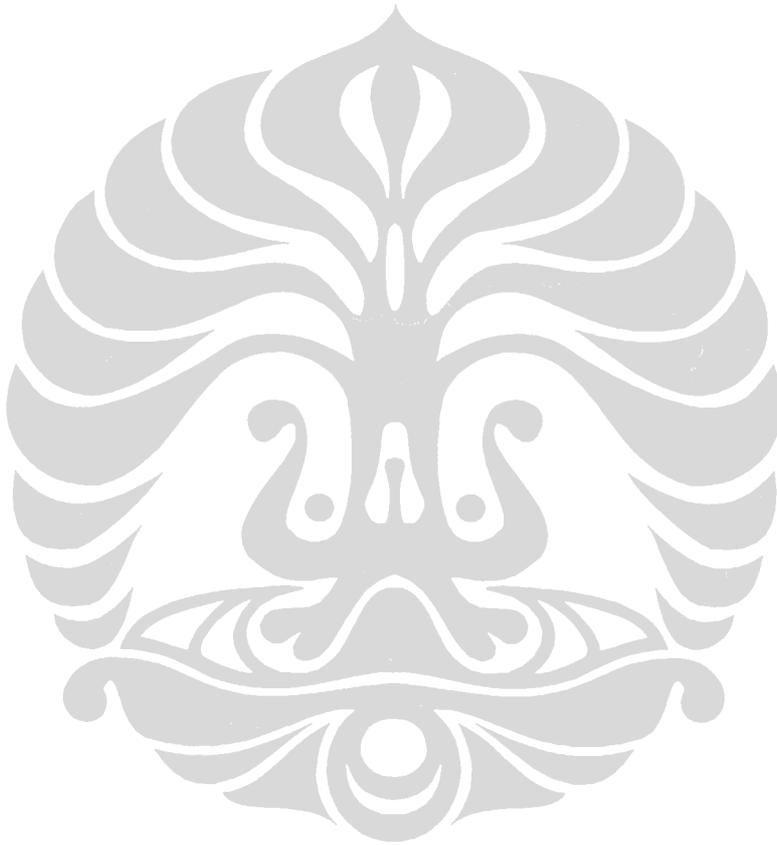
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	13
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Lansia Hipertensi Sebagai Populasi Rentan (<i>Vulnerable</i>)	14
2.2 Hipertensi dan Stroke	20
2.3 Keluarga dan Status Kesehatan Anggotanya	39
2.4 Dukungan Keluarga terhadap Lansia Hipertensi	42
2.5 Karakteristik Lansia sebagai Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Lansia	50
2.6 Kerangka Teori	52
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	54
3.2 Hipotesis.....	55
3.3 Definisi Operasional.....	57
4. METODE PENELITIAN	
4.1 Disain Penelitian	60
4.2 Populasi dan Sampel.....	60
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	62
4.4 Etika Penelitian	63
4.5 Instrumen Pengumpulan Data.....	64
4.6 Uji Instrumen	66
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	67

4.8 Pengolahan dan Analisis Data	68
5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	71
5.2 Analisis Bivariat	74
5.3 Analisa Multivariat	79
6. PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	84
6.2 Keterbatasan Penelitian	105
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	105
7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	107
7.2 Saran	109
DAFTAR REFERENSI	
LAMPIRAN	



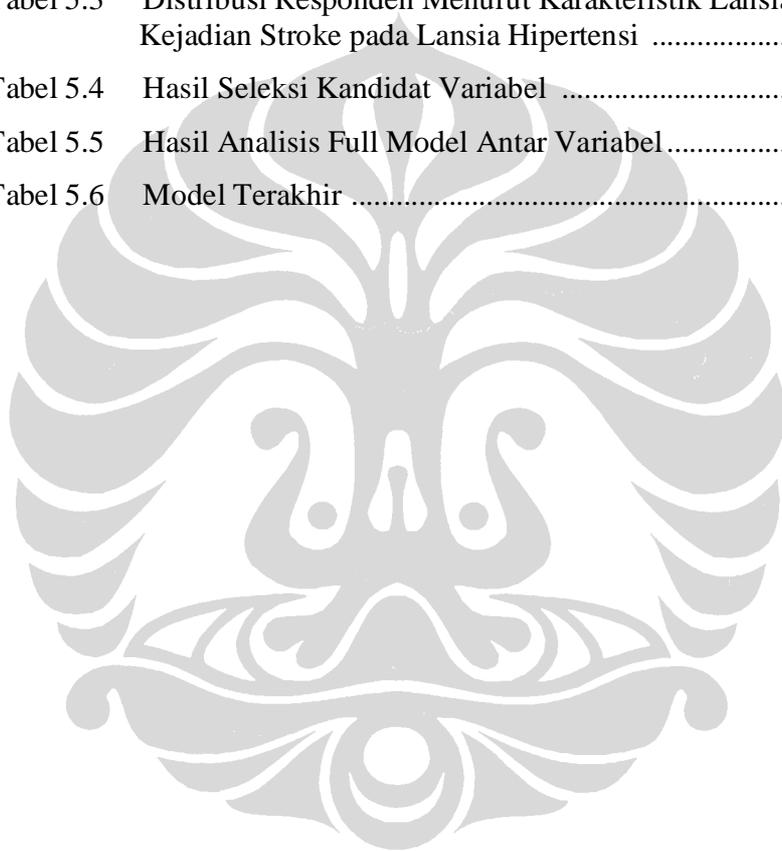
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori.....	52
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	55



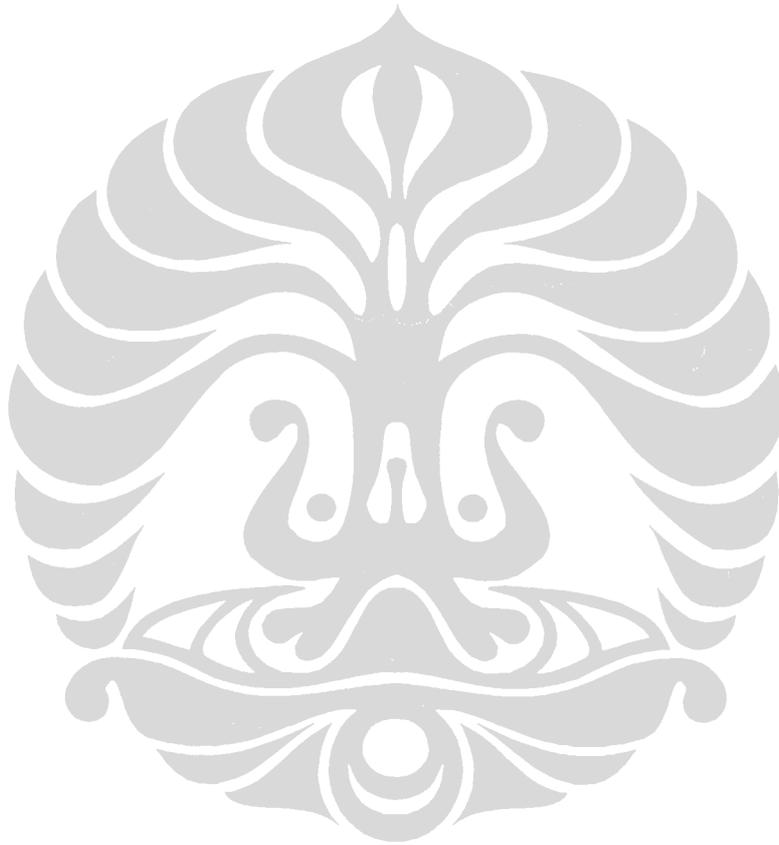
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	57
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lansia Hipertensi	74
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga dan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi	75
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lansia dan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi	77
Tabel 5.4	Hasil Seleksi Kandidat Variabel	80
Tabel 5.5	Hasil Analisis Full Model Antar Variabel.....	81
Tabel 5.6	Model Terakhir	83



DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Distribusi Responden Menurut Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi	71
Gambar 5.2	Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga pada Lansia Hipertensi	72



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Kuesioner
- Lampiran 3 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penuaan merupakan suatu proses yang terjadi secara alamiah yang akan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik itu sosial, ekonomi, dan terutama kesehatan karena dengan semakin bertambahnya usia, fungsi organ tubuh akan semakin menurun baik karena faktor alamiah maupun karena suatu proses penyakit. Menurunnya fungsi organ tubuh, lansia akan menjadi rentan untuk mengalami berbagai masalah kesehatan. Proses ini berdampak negatif terhadap kesehatan dan kualitas hidup lansia, baik dalam skala ringan, sedang, maupun berat (Akhmadi, 2009; <http://www.menegpp.go.id>, 2009)

Penggolongan lansia menurut WHO meliputi: *middle age* (45-59 tahun), *elderly* (60-74 tahun), *old* (75-90 tahun), *very old* (diatas 90 tahun) (Nugroho, 2000). Diperkirakan mulai tahun 2010 akan terjadi ledakan jumlah penduduk lansia. Hal ini dapat dilihat dari proyeksi data demografi tahun 2010, presentase penduduk lansia akan mencapai 9,77% dari total penduduk dan menjadi 11,34% pada tahun 2020 (<http://www.menegpp.go.id>, 2009).

Proses menua adalah keadaan yang tidak dapat dihindarkan. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Contantinides, 1994 dalam Nugroho, 2000). Ini berarti lansia identik dengan menurunnya daya tahan tubuh dan mengalami berbagai macam penyakit. Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), prevalensi penyakit kronik cukup tinggi pada populasi lansia. Stanhope & Lancaster (2004) menyebutkan bahwa lansia yang berusia 70 tahun ke atas, mengalami arthritis sebanyak 58,1%, hipertensi 45,0%, gangguan hati 21,4%, kanker 19,4%, diabetes 12,0%, dan stroke 8,9% Berdasarkan profil penduduk lansia 2009, jenis keluhan kesehatan yang paling banyak dialami lansia adalah keluhan

yang merupakan efek dari penyakit kronis seperti asam urat, hipertensi, rematik, darah rendah dan diabetes yaitu 32,30% (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010).

Kelompok lansia dengan hipertensi termasuk dalam populasi rentan (*vulnerable populations*). Flaskerud dan Winslow (1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) mengatakan bahwa populasi rentan adalah kelompok sosial yang mempunyai risiko atau kerentanan yang tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan. Populasi rentan adalah populasi yang lebih besar kemungkinannya untuk mengalami masalah kesehatan akibat paparan berbagai risiko dari pada populasi yang lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa populasi rentan adalah kelompok yang memiliki risiko lebih besar untuk terjadinya masalah kesehatan dibandingkan populasi lain akibat dari kondisi atau gangguan kesehatan sebelumnya.

Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal. Klasifikasi tekanan darah yang dikemukakan oleh JNC VII (*The seventh report of Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure*) 2003, adalah normal jika memiliki tekanan darah sistolik < 120 mmHg dan tekanan darah diastolik < 80 mmHg. Dikatakan Prehipertensi adalah yang memiliki tekanan darah sistolik 120-139 mmHg atau tekanan darah diastolik 80-89 mmHg. Hipertensi derajat 1 memiliki tekanan darah sistolik 140-159 mmHg atau diastolik 90-99 mmHg, derajat 2 memiliki tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 100 mmHg (Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis et al., 2007; Burke & Laramie, 2000; Lumbantobing, 2008; Riskesdas, 2007). Ini menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg sudah dikatakan mengalami hipertensi.

Hipertensi pada lansia mempunyai prevalensi yang tinggi, pada usia di atas 65 tahun didapatkan antara 60-80%. Lima puluh juta warga Amerika mempunyai

hipertensi. Lansia Amerika mempunyai prevalensi tertinggi untuk hipertensi. Penelitian NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) menemukan antara usia 60 ke atas yang mengalami hipertensi ditemukan 65% kasus dengan *isolated systolic hypertension* (ISH) yaitu seseorang yang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg digabung dengan tekanan darah diastolik < 90 mmHg (Black & Hawks, 2009; Lewis et al., 2007; Springhouse, 2002; Mugie, 2009; <http://id.wikipedia.org>). Temuan ini juga didukung oleh Roesma dari divisi nefrologi ilmu penyakit dalam FKUI-RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, hipertensi yang sering terjadi pada lansia umumnya adalah hipertensi dengan sistolik terisolasi (ISH) yang berhubungan dengan hilangnya elastisitas arteri (Mugie, 2009).

Seseorang yang mengalami hipertensi yang terus menerus dan tidak mendapatkan pengobatan dan pengontrolan secara tepat, menyebabkan jantung seseorang bekerja ekstra keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Tekanan darah yang selalu tinggi adalah salah satu faktor risiko untuk terjadinya stroke, serangan jantung, gagal jantung dan aneurisma arterial (<http://id.wikipedia.org>).

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker (Pinzon, 2009). Menurut Mansjoer (2000), stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya mendadak, cepat, berupa defisit neurologis yang berlangsung 24 jam atau lebih, bisa juga langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Lebih kurang 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke setiap tahunnya. Lima juta orang meninggal dunia dan 5 juta yang lain mengalami kecacatan sehingga masalah ini akan berdampak pada individu itu sendiri, keluarga, masyarakat dan pemerintahan (Mackay & Mansah, 2004, dalam Lawrence, 2009).

Berbagai faktor risiko terjadinya stroke seperti hipertensi, diabetes mellitus, kenaikan kadar kolesterol, merokok, pemakaian alkohol, penyakit jantung,

diet dan nutrisi, aktifitas fisik, kegemukan dan *drug abuse*, usia, jenis kelamin, ras dan faktor keturunan (Mackay & Mansah 2004 dalam Lawrence, 2009; Lewis et al., 2007; Black & Hawks, 2009; *Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke*, 2006 dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008). Meskipun stroke sering juga dipengaruhi oleh beberapa faktor lain, hipertensi yang ekstrem, dapat menjadi penyebab terjadinya stroke tanpa dipengaruhi faktor lain (Kowalski, 2010). Hal ini juga didukung oleh Lewis, et al. (2007), yang menyatakan bahwa hipertensi adalah sebagai faktor risiko yang kuat terhadap kejadian stroke. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kristiyawati (2008), yang menganalisis faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kejadian stroke dengan hipertensi ($p= 0,007$) dan hipertensi merupakan faktor risiko dominan yang berhubungan dengan kejadian stroke. Begitu juga dengan hasil penelitian Siregar (2005) yang menemukan 90,9% dari 110 penderita stroke rawat inap di RSUP Haji Adam Malik Medan, mempunyai riwayat hipertensi. Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan faktor terpenting untuk terjadinya stroke.

Menurut Prijoyo dari Nusantara Medical Center dalam Wijaya (2010), penanggulangan hipertensi amat penting dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler pada lansia. Hal ini didukung oleh Miller (1995), yang mengatakan bahwa tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah untuk mengontrol tekanan darah, mencegah morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Menurut Hardi dalam Wijaya (2010), hal terpenting dalam penanggulangan hipertensi pada lansia dimulai dari perubahan gaya hidup, diet rendah garam, penurunan berat badan pada obesitas dan untuk lansia dengan ISH, modifikasi gaya hidup merupakan langkah pertama dalam pengobatan (Miller, 1995).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kusugiharjo (2003) pada 250 orang yang berusia 55 tahun ke atas, didapatkan 40% responden yang menderita hipertensi berada pada status gizi gemuk (obesitas), 33% responden

dengan status perokok, 58,3% responden minum alkohol tiap hari, 32,3% responden minum kopi setiap hari, 43,8% responden dengan kadar garam tinggi tiap hari, 38,5% responden tidak melakukan aktifitas fisik serta 38,2% responden hipertensi memiliki riwayat stres. Ini menunjukkan bahwa orang yang menderita hipertensi masih ada yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat, sehingga akan berisiko untuk mengalami stroke karena gaya hidup seperti ini termasuk ke dalam faktor risiko untuk terjadinya stroke.

Untuk menghindari terjadi komplikasi pada lansia hipertensi, perlu adanya pengontrolan tekanan darah dan perubahan perilaku gaya hidup. Lansia yang sudah mengalami penurunan fungsi baik itu fisiologis maupun psikologis dan memiliki penyakit kronik sangat membutuhkan dukungan dan bantuan dari orang lain. Menurut Campbell (2000, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), keluarga merupakan penyedia pelayanan kesehatan utama bagi pasien yang mengalami penyakit kronik. Keluarga merupakan satu-satunya tempat yang sangat penting untuk memberikan dukungan, pelayanan serta kenyamanan bagi lansia (Depkes RI, 2003) dan anggota keluarga juga merupakan sumber dukungan dan bantuan paling bermakna dalam membantu anggota keluarga yang lain dalam mengubah gaya hidupnya (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Hal ini didukung juga oleh penelitian Zulfitri (2006), yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya.

Banyak teori perubahan perilaku kesehatan menunjukkan bahwa keluarga adalah pengaruh utama baik pada status kesehatan maupun pada perilaku kesehatan anggota keluarga. Selain itu, Glanz, Lewis & Rimer (1997, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah unsur penting dalam keberhasilan individu anggota keluarga dalam melakukan dan mempertahankan perilaku kesehatan baru, seperti berhenti merokok atau memperbaiki pola makan. Menurut Green & Kreuter (1991, dalam McMurray 2003), dukungan keluarga termasuk dalam faktor penguat (*enabling factors*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang. Selain dukungan keluarga, karakteristik seseorang juga dapat

mempengaruhi status kesehatannya karena karakteristik lansia termasuk dalam *predisposing factor* yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya.

Individu yang mempunyai dukungan keluarga yang kuat untuk mengubah perilaku kesehatannya jauh lebih cenderung untuk mengadopsi dan mempertahankan perilaku kesehatan yang baru dari pada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Wing dan Jeffrey (1997, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003), menemukan bahwa peserta dalam program penurunan berat badan yang melibatkan keluarga dan teman dalam aktifitas di rumah jauh lebih baik dalam menurunkan berat badan dan mempertahankan penurunan berat badannya selama lebih dari enam bulan dari pada kelompok lain. Ini menunjukkan bahwa peran keluarga dapat merubah perilaku anggota keluarganya kearah yang lebih baik atau sehat.

Keluarga secara tradisional terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal di dalam suatu rumah tangga yang sama. Keluarga adalah sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat sehingga keluarga dapat menjalankan sebuah peran pendukung yang penting selama periode pemulihan dan rehabilitasi klien. Jika dukungan ini tidak tersedia, keberhasilan pemulihan/ rehabilitasi menurun secara signifikan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Dalam keluarga juga terdapat sebuah keterkaitan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya, sehingga peran keluarga sangat penting dalam setiap aspek pelayanan kesehatan individu anggota keluarganya mulai dari tahap promosi kesehatan hingga tahap rehabilitasi. (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian di bidang kesehatan keluarga secara jelas menunjukkan bahwa keluarga berpengaruh besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam Friedman, 2003).

House dan Kahn (1985, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003); House (1981, dalam Kaakinen et al., 2010); Bomar (2004), membagi dukungan

keluarga dalam empat tipe yaitu berupa perhatian dan kasih sayang (dukungan emosional), menghargai dan saling memberikan umpan balik (dukungan penghargaan), memberikan saran, nasehat dan informasi terkait dengan penyakit yang dialami (dukungan informasi), maupun dalam bentuk bantuan tenaga, uang, dan waktu (dukungan instrumental). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa dengan adanya dukungan keluarga yang efektif diharapkan akan sangat membantu lansia untuk melakukan perawatan hipertensi secara optimal sehingga dapat menurunkan risiko untuk terjadinya stroke.

Disamping dukungan keluarga, kejadian stroke dapat juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan. Menurut Lewis et al. (2007), usia, jenis kelamin dan ras juga termasuk ke dalam faktor risiko terjadinya stroke. Stroke diketahui lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding perempuan. Makin bertambah usia makin tinggi kemungkinan untuk mendapatkan stroke (*Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006 dalam Bethesda stroke center literature, 2008; Lewis et al., 2007*). Sosial budaya juga mempengaruhi status kesehatan klien dan perilaku dalam melakukan perawatan kesehatan (Blais et al., 2001). Begitu juga dengan tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mendengar, menyerap informasi, menyelesaikan masalah, perilaku serta gaya hidup (Lueckenotte, 2000).

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menunjukkan prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Indonesia adalah sebesar 31,7%. Prevalensi tertinggi di Kalimantan Selatan (39,6%) dan terendah di Papua Barat (20,1%). Sumatera Barat memiliki prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas adalah sebesar 31,2%. Hipertensi termasuk dalam urutan keempat pada sepuluh penyakit terbanyak di kota Bukittinggi, yaitu berjumlah 5.179 jiwa (Dinkes kota Bukittinggi, 2009). Kota Bukittinggi merupakan salah satu kota yang ada di Sumatera Barat. Jumlah penduduk lansia (60 tahun ke atas) kota Bukittinggi tercatat sebanyak 11.585 jiwa, sedangkan lansia (60 tahun ke atas) yang mengalami hipertensi berjumlah 4.989 jiwa (43%) (Dinkes kota Bukittinggi, 2010).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, Sumatera Barat juga termasuk salah satu dari 11 provinsi yang memiliki prevalensi stroke di atas prevalensi nasional (0,8%). Sumatera Barat memiliki Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) sebagai rumah sakit rujukan bagi penderita stroke. Rumah Sakit ini terletak di Kota Bukittinggi. Berdasarkan data yang diperoleh dari RS. Stroke Nasional Bukittinggi, pada tahun 2009 jumlah penderita stroke di unit rawat inap berjumlah 1.020 orang dan di tahun 2010 terjadi peningkatan jumlah kasus stroke menjadi 1.230 orang. Di unit rawat jalan, angka kunjungan pasien stroke pada tahun 2009 adalah 6.228 dengan rincian, 4.972 (79,8%) pasien lama dan 1.256 (20,2%) pasien baru sedangkan ditahun 2010 jumlah kunjungan pasien stroke berjumlah 9.627 dengan rincian, 7.320 (76%) pasien lama dan 2.307 (24%) pasien baru. Dilihat dari data kunjungan rawat jalan pada bulan Desember 2010, dari 50 lansia pasca stroke yang berdomisili di Bukittinggi, sekitar 70% mengalami hipertensi sebelumnya.

Menurut Sunarya (2000), hampir 70% lansia dengan hipertensi belum bisa terkontrol dengan baik. Sifat dari hipertensi yang tidak menimbulkan gejala berkontribusi besar terhadap rendahnya angka kepedulian dan keteraturan berobat pasien. Hanya kurang dari 30% pasien hipertensi yang berobat secara teratur dan terkendali tekanan darahnya (Angeli, 2010 dalam Pinzon, 2010). Berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Fitriani (2005), didapatkan bahwa tidak banyaknya perubahan gaya kebiasaan makan lansia Minangkabau yang menderita hipertensi sebelum dan setelah sakit. Lansia Minangkabau sering mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung lemak seperti daging dan santan, cara pengolahan makanan yang sering mereka lakukan adalah gulai dan goreng. Fitriani juga mengatakan bahwa, selain gaya kebiasaan makan, ada juga faktor gaya hidup seperti kurang beraktifitas karena telah lansia dan tidak bekerja lagi, kebiasaan merokok terutama lansia laki-laki, kebiasaan minum kopi, dan stres.

Sebagian besar lansia Minangkabau yang menderita hipertensi menyatakan sulit untuk mengubah kebiasaan mereka yang lama (Fitriani, 2005). Hal ini didukung juga oleh pernyataan dari Sahim, kepala pusat jantung regional

rumah sakit Dr M Djamil Padang, yang menyatakan bahwa masyarakat Sumatera Barat memiliki potensi paling besar di Sumatera, bahkan di Indonesia untuk menderita penyakit stroke. Hal ini dikaitkan dengan budaya makan atau kebiasaan masyarakat Sumatera Barat yang mengonsumsi makanan berkolesterol lebih tinggi dibanding propinsi lainnya di pulau Sumatera (Chaniago, 2003).

Pada saat ini, kota Bukittinggi telah melaksanakan pelayanan pengembangan program kesehatan khusus kepada kelompok lansia di puskesmas melalui Posyandu Lansia dengan kegiatan diantaranya adalah senam lansia, pengajian dan pemeriksaan kesehatan (Dinkes kota Bukittinggi, 2009). Hasil wawancara dengan salah seorang petugas Puskesmas Perkotaan yang merupakan salah satu Puskesmas di Bukittinggi yang memiliki jumlah lansia hipertensi terbanyak, mengatakan bahwa pelaksanaan Posyandu Lansia biasanya rutin dilakukan setiap bulannya, namun kegiatannya masih berfokus pada individunya saja tanpa melibatkan keluarga dari lansia tersebut. Petugas juga mengatakan bahwa sebagian besar lansia tinggal bersama keluarganya. Hal ini didukung oleh beberapa studi yang menyimpulkan bahwa proporsi lansia yang tinggal bersama keluarga masih sangat tinggi, walaupun proporsi tersebut sedikit menurun di beberapa negara maju (Depkes RI, 2003). Petugas juga mengatakan bahwa terdapat lebih kurang 10% dari lansia hipertensi yang mengalami stroke. Berdasarkan hasil wawancara dengan dua orang lansia hipertensi yang datang berkunjung ke Puskesmas Perkotaan Bukittinggi, mengatakan bahwa anggota keluarga telah memberikan informasi-informasi terkait dengan apa saja yang tidak boleh dimakan, namun lansia masih saja tidak merubah perilakunya seperti merokok, meminum kopi, memakan makanan yang terbuat dari santan.

Keperawatan lansia adalah keperawatan yang berfokus dengan pengkajian status kesehatan dan fungsional lansia, perencanaan dan implementasi pelayanan dan perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan evaluasi keefektifan perawatan yang diberikan (Lueckenotte, 2000 dalam Stanhope & Lancaster 2004). Sebagai perawat komunitas, dalam melakukan

asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi, perawat tidak dapat hanya melihat lansia sebagai individunya saja tetapi lansia juga merupakan bagian dari suatu keluarga dan keluarga membentuk unit dasar dalam masyarakat. Dalam sebuah unit keluarga, setiap gangguan (penyakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu anggota keluarga atau lebih, dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan juga mempengaruhi unit tersebut secara keseluruhan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Ini berarti ada keterkaitan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya, sehingga peran keluarga amat penting dalam setiap aspek pelayanan kesehatan individu anggota keluarganya mulai dari tahap promosi kesehatan hingga tahap rehabilitasi. Dapat dikatakan bahwa, keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik bagi individu maupun keluarga (Gilliss & Davis 1993, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Dengan adanya dukungan keluarga terhadap perubahan pola hidup kearah yang lebih sehat dan pengontrolan kesehatan secara teratur, diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan lansia. Berdasarkan hal itu, penting bagi perawat komunitas untuk memberikan pendidikan atau informasi yang cukup kepada keluarga sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh keluarga tersebut, sehingga keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan penuh pada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan khususnya lansia dengan hipertensi yang sudah mengalami penurunan fungsi.

Berdasarkan fenomena di atas, peneliti merasa tertarik untuk meneliti bagaimana hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

1.2 Rumusan Masalah

Penyakit Hipertensi dapat menyerang berbagai kelompok usia namun lebih banyak ditemukan pada lansia. Bila seseorang yang mengalami hipertensi dan tidak mendapatkan pengobatan dan pengontrolan secara teratur, maka hal ini dapat membawa si penderita ke dalam kasus-kasus yang lebih serius bahkan

bisa menyebabkan kematian. Tekanan darah yang selalu tinggi adalah salah satu faktor risiko untuk terjadinya stroke. Faktor-faktor terjadinya stroke antara lain meliputi hipertensi, merokok, kurang aktivitas, obesitas, diet yang tidak sehat, konsumsi alkohol, dan stres psikologis.

Untuk menghindari terjadinya masalah yang lebih serius pada lansia hipertensi, perlu adanya dukungan dalam mengontrol perubahan gaya hidup, diet rendah garam, penurunan berat pada obesitas, sehingga lansia dapat termotivasi untuk merubah perilaku kearah yang lebih baik. Anggota keluarga diketahui sebagai sumber dukungan dan bantuan paling signifikan dalam membantu anggota keluarga yang lain untuk mengubah perilaku dan gaya hidupnya. Jika dukungan ini tidak tersedia, keberhasilan pemulihan/rehabilitasi akan menurun secara signifikan.

Banyak teori perubahan perilaku kesehatan menunjukkan bahwa keluarga adalah pengaruh utama baik pada status kesehatan maupun pada perilaku kesehatan anggota keluarga. Sesuai dengan penelitian Zulfitri tahun 2006 yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Ini berarti, dengan adanya dukungan dari keluarga, lansia dengan hipertensi dapat mengontrol kondisi kesehatannya dan diharapkan tidak akan berlanjut menjadi stroke.

Masih tingginya angka kejadian stroke pada lansia hipertensi di Bukittinggi, menunjukkan masih kurangnya pengontrolan tekanan darah dan pengaturan pola hidup sehat lansia selama di rumah. Sebagian besar lansia di Sumatera Barat tinggal bersama keluarga, jika ada anggota keluarga yang sakit, biasanya anggota keluarga dan keluarga yang lain saling membantu dan memberikan dukungan namun apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kejadian stroke belum pernah diteliti. Berdasarkan fenomena yang ditemukan maka peneliti tertarik untuk mengetahui “ apakah ada hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuainya hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

1.3.2 Tujuan Khusus, teridentifikasi:

- a. Kejadian stroke pada lansia hipertensi.
- b. Dukungan emosional keluarga pada lansia hipertensi
- c. Dukungan penghargaan keluarga pada lansia hipertensi
- d. Dukungan informasi keluarga pada lansia hipertensi
- e. Dukungan instrumental keluarga pada lansia hipertensi
- f. Karakteristik: jenis kelamin, usia, suku, pendidikan lansia hipertensi
- g. Hubungan dukungan emosional keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- h. Hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- i. Hubungan dukungan informasi keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- j. Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- k. Hubungan jenis kelamin dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- l. Hubungan usia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- m. Hubungan suku dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- n. Hubungan pendidikan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- o. Faktor yang dominan berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada pelayanan keperawatan komunitas. Dapat meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam hal dukungan yang diberikan keluarga terhadap lansia hipertensi khususnya dalam mencegah terjadinya stroke pada lansia hipertensi. Pengetahuan tersebut dapat menjadi dasar bagi perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada lansia hipertensi terkait dengan penyakit dan resiko terjadinya stroke. Penelitian ini juga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi karakteristik lansia yang berkaitan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dapat meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap lansia hipertensi sehingga diharapkan perawat komunitas dapat memberikan informasi kepada keluarga, dukungan yang dapat diberikan pada lansia untuk mencegah terjadinya stroke pada lansia hipertensi

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan dan Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbang saran terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan komunitas dalam mengembangkan metode untuk meningkatkan dukungan keluarga terhadap lansia hipertensi sehingga dapat mencegah terjadinya stroke dan penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Lansia Hipertensi Sebagai Populasi Rentan (Vulnerable)

2.1.1 Definisi dan Batasan Usia Lansia

Proses menua (*aging*) adalah suatu proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Kuntjoro, 2002) sedangkan menurut Contantinides (1994, dalam Nugroho, 2000) menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua adalah perubahan yang dialami individu yang terkait dengan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang kecepatan perubahan tersebut berbeda untuk setiap individu. Jenis kelamin, ras, kelas sosial dan keimanan menciptakan interaksi yang kompleks yang berkontribusi dalam proses penuaan setiap individu (Tyson, 1999). Berdasarkan penjelasan tersebut dapat dikatakan bahwa penuaan adalah proses alami yang ditandai dengan adanya penurunan fungsi baik fisik, psikologis maupun sosial yang percepatan perubahannya berbeda untuk setiap individu.

Batasan umur lansia menurut WHO dibagi menjadi 4 yaitu: *middle age* (45-59 tahun), *elderly* (60-74 tahun), *old* (75-90 tahun), *very old* (di atas 90 tahun) (Nugroho, 2000). Ada lagi yang membagi ke dalam: *young old* (65-74 tahun), *middle old* (75-84 tahun), *Old-old* (usia 85 tahun ke atas) (Mauk, 2010; Miller, 1995). Menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (<http://www.menegpp.go.id>). Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa batasan umur lansia dimulai dari 60 tahun keatas.

2.1.2 Perubahan yang terjadi pada lansia

Lansia merupakan periode akhir dari kehidupan seseorang dan setiap individu akan mengalami proses penuaan (Akhmadi, 2009). Proses penuaan ini bukan suatu penyakit tetapi merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan internal dan eksternal tubuh (Miller, 1995). Setiap lansia harus dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik seiring terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi (Potter & Perry, 2005). Perubahan yang terjadi ini merupakan sesuatu yang normal tetapi dapat membawa berbagai dampak dan tantangan serta stresor tertentu (Akhmadi, 2009). Miller (1995) menjelaskan bahwa perubahan struktur dan fungsi yang terkait dengan penuaan adalah perubahan fisiologis, perubahan psikologis dan sosial.

Lansia harus beradaptasi pada perubahan psikososial yang terjadi pada penuaan. Meskipun perubahan tersebut bervariasi, tetapi beberapa perubahan biasanya terjadi pada sebagian besar lansia. Adapun perubahan yang terjadi diantaranya adalah pensiun, isolasi sosial baik itu isolasi sikap, isolasi penampilan, isolasi perilaku dan isolasi geografis, lalu perubahan seksualitas, tempat tinggal, lingkungan dan kematian (Potter & Perry, 2005). Tempat tinggal dan lingkungan merupakan hal yang penting karena mempunyai dampak pada kesehatan lansia. Lingkungan dapat mendukung atau mengganggu fungsi fisik dan sosial, melengkapi atau memperberat perubahan fisik yang ada.

Selain itu, Miller (1995) juga mengatakan bahwa peristiwa yang biasanya menuntut penyesuaian psikososial pada lansia adalah menjadi janda/duda, konfrontasi dengan penuaan, penarikan diri, penyakit kronik dan kelemahan fungsi, keputusan tentang mengendarai mobil, kematian teman dan keluarga, dan pindah dari rumah keluarga. Ketika menjadi janda/duda, konsekuensi yang terjadi meliputi, kehilangan pasangan seksual; persahabatan dan keintiman; merasakan kesedihan, kesepian; meningkatnya tanggung jawab; meningkatnya ketergantungan pada orang

lain; kehilangan pemasukan dan pengaturan keuangan; dan perubahan hubungan dengan anak, teman yang masih punya keluarga, dan anggota keluarga yang lain. Bagi lansia yang adaptif, dapat berfungsi lama terhadap peran ini, namun ada juga yang lansia yang tidak sanggup menerima peran sebagai janda/duda sehingga berpengaruh terhadap kehidupannya (Miller, 1995).

Penyesuaian yang lain pada lansia adalah koping dengan penyakit kronik dan keterbatasan fungsi, yang membatasi kemandirian lansia. Penyakit kronik tidak dapat dielakkan dari proses penuaan, 85% lansia yang berusia 65 tahun memiliki satu penyakit kronik, dan 50% mempunyai dua atau lebih penyakit kronik. Beberapa lansia yang memiliki penyakit kronik kadang membutuhkan sedikit bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari namun, lansia dengan keterbatasan gerak dan gangguan sensorik akan sangat bergantung terhadap orang lain. Konsekuensi lain terkait dengan penyakit kronik meliputi perubahan konsep diri, perubahan gaya hidup, harus menjalani pengobatan, pengeluaran untuk pengasuh, obat-obatan, dan perawatan rumah sakit, mengalami efek obat yang merugikan yang kadang-kadang menyebabkan terjadinya pelemahan fungsi. Orang yang mengalami pelemahan fungsi juga menjadi lebih rentan untuk mengalami kejahatan. Hal ini menyebabkan lansia menjadi rentan untuk perlakuan buruk dan merasa sangat takut dengan kejahatan (Miller, 1995).

Perubahan psikososial yang terjadi terkait dengan timbulnya stres tingkat tinggi dan koping yang jelek pada lansia sehingga dapat mengganggu kesehatan fisik dan mental bagi lansia. Beberapa penelitian yang meneliti tentang hubungan antara stres dan kesehatan lansia menyimpulkan bahwa ada hubungan antara kejadian yang dapat menyebabkan stres pada lansia dengan status kesehatan lansia (Miller, 1995).

Dapat dikatakan bahwa pengalaman hidup yang penuh dengan stres yang dihubungkan dengan kejadian penyakit fisik, yang berefek pada kesehatan psikososial dan fungsi yang negatif. Perubahan yang terjadi pada lansia

perlu mendapatkan dukungan dari orang disekitarnya. Dengan adanya dukungan sosial yang baik dapat mengurangi terjadinya stres karena dukungan sosial dapat menjadi penahan untuk terjadinya stres, terutama sekali berefek positif pada harga diri dan pengontrolan diri (Miller, 1995).

Menurut Kuntjoro, pada umumnya lansia akan mengalami penurunan fungsi kognitif yang meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat (Kuntjoro, 2002). Contoh kerusakan fungsi intelektual adalah demensia yang dikarakteristikan oleh adanya penurunan fungsi intelektual, perubahan kepribadian dan kerusakan penilaian akibatnya komunikasi menjadi lebih sulit. Lansia mudah salah menerima lingkungan dan merasa terancam. Respon perilaku khas lansia yang merasa terancam meliputi tingkah laku agresif, volume suara meningkat, gelisah dan permusuhan (Potter & Perry, 2005).

Selain perubahan psikologis, Miller (1995) juga menjelaskan perubahan-perubahan fungsi fisiologis pada lansia. Diantaranya yaitu lansia akan mengalami perubahan pada fungsi pendengaran, fungsi penglihatan, fungsi pencernaan, fungsi eliminasi urine, fungsi kardiovaskuler, fungsi pernafasan, mobilitas dan keamanan. Menurut Stanhope & Lancaster (2004), perubahan fisiologis yang terjadi pada sistem tubuh akibat perubahan usia diantaranya adalah kulit, pernafasan, kardiovaskuler, gastrointestinal, genitourinari, neuromuskular, dan sensori.

Perubahan pada sistem kardiovaskuler seringkali menyebabkan nilai dasar tekanan darah lansia meningkat. Hal ini merupakan akibat perubahan vaskuler dan akumulasi plak sklerotik sepanjang dinding pembuluh darah, sehingga menyebabkan kakunya vaskulatur secara menyeluruh (Potter & Perry, 2005). Faktor risiko yang mempengaruhi fungsi kardiovaskuler adalah atherosklerosis. Atherosklerosis adalah suatu proses penyakit yang dapat dihubungkan dengan beberapa faktor risiko: obesitas, diabetes, herediter, hipertensi, gender, usia, aktifitas fisik, merokok dan diet.

Banyak data dari penelitian Framingham menunjukkan bahwa peningkatan usia sangat berisiko untuk terjadinya penyakit kardiovaskuler dan hipertensi (*isolated systolic hypertension*) merupakan faktor risiko terpenting pada lansia (Miller, 1995). Di Amerika Serikat, penyakit kardiovaskuler adalah penyebab tertinggi dari kematian dan kecacatan di usia tua. Penyakit kardiovaskuler yang termasuk adalah hipertensi, penyakit jantung koroner, gagal jantung dan *peripheral vascular disease* (Stanley, Blair, & Beare, 2005).

Akibat perubahan-perubahan yang terjadi baik itu psikologis dan fisiologis, lansia akan mudah mengalami berbagai macam penyakit degeneratif yang menimbulkan kelemahan dan kemunduran fungsi tubuh, kelemahan sensori, kognitif, serta emosional (Akhmadi, 2009). Hampir 80% dewasa di atas usia 65 tahun mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis (Potter & Perry, 2005). Dampak lain dari perubahan tersebut juga dapat menimbulkan stres pada lansia (Akhmadi, 2009).

Lansia dikatakan sukses adalah lansia yang mempunyai kemampuan untuk beradaptasi pada proses penuaan baik itu fisik, mental dan aktifitas sosial. Lansia yang sukses adalah lansia yang bisa memelihara kemampuannya disepanjang hidupnya (Tyson, 1999). Menurut Stanley, Blair & Beare (2005), ada beberapa faktor penting yang dapat mempengaruhi kesehatan mental lansia, yaitu: kesehatan fisik, kemampuan aktifitas fisik, kemampuan psikologis, kemampuan aktifitas sosial, dan kekuatan dari dukungan sosial.

Menurut Kraus (1987, dalam Miller, 1995), beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat mengurangi stres. Penelitian lain menemukan sumber sosial mempunyai hubungan untuk mengurangi stres (Ensel & Lin, 1991 dalam Miller, 1995). Dengan adanya dukungan sosial yang cukup dapat meningkatkan kesehatan mental lansia, sehingga, lansia yang memiliki kesehatan mental yang baik akan dapat

mempengaruhi pembentukan perilaku positif lansia terkait dalam menjaga kesehatannya.

2.1.3 Lansia hipertensi sebagai kelompok rentan (*vulnerable*)

Kelompok lansia hipertensi termasuk ke dalam populasi rentan atau rawan (*vulnerable*). Flaskerud dan Winslow (1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) mengatakan bahwa populasi rentan didefinisikan sebagai kelompok sosial yang mempunyai risiko atau kerentanan yang relatif meningkat untuk merugikan kesehatannya. Kelompok populasi rentan adalah bagian kelompok dari populasi yang kemungkinan lebih besar timbul masalah kesehatan sebagai hasil paparan risiko atau mempunyai hasil yang lebih buruk dari masalah kesehatan dari pada populasi yang lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004).

Menurut Stanhope dan Lancaster (2004), ketidakadekuatan sosial, pendidikan atau ilmu pengetahuan, dan ekonomi menyebabkan orang tersebut menjadi rentan. Lansia mulai mengalami berbagai perubahan dalam hidupnya baik itu secara psikologi, kognitif dan fisiologis. Adapun perubahan yang terjadi dalam kehidupan lansia seperti pensiun, sehingga sumber penghasilan lansia mulai berkurang, lansia yang mulai isolasi diri karena adanya perubahan fisik yang terjadi, lansia juga mengalami perubahan kognitif sehingga sulit berkomunikasi dengan orang lain. Hal ini menyebabkan lansia menjadi rentan untuk mengalami masalah kesehatan.

Menurut Flaskerud dan Winslow (1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004), kerentanan merupakan hasil gabungan efek dari keterbatasan sumber, keadaan yang tidak sehat, dan tingginya dari faktor risiko. Kerentanan juga menunjukkan interaksi antara keterbatasan fisik dan sumber lingkungan, sumber personal (*human capital*), dan sumber biopsikososial (adanya penyakit dan kecenderungan genetik) (Aday, 2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Kemiskinan, keterbatasan dukungan sosial dan bekerja pada lingkungan yang penuh risiko adalah contoh dari keterbatasan fisik dan sumber lingkungan. Orang dengan penyakit yang sudah ada sebelumnya seperti penyakit infeksi atau penyakit menular atau orang dengan penyakit kronis seperti kanker, penyakit jantung atau penyakit pernafasan kronik, mempunyai kemampuan fisik yang kurang untuk mengatasi stresor dari pada orang tanpa mempunyai masalah fisik (Stanhope & Lancaster, 2004).

Perubahan status fisik menyebabkan individu menjadi rentan. Ini hasil dari proses penyakit, seperti seseorang dengan satu atau lebih penyakit kronis. Lansia kemungkinannya lebih besar untuk tertular infeksi dari penyakit menular dan mereka secara umum lebih sulit sembuh dari proses infeksi dari pada orang yang lebih muda karena kurang efektifnya sistem imun (Stanhope & Lancaster, 2004). Lansia selalu menjadi rentan sebab, baik perubahan fisiologis yang berhubungan dengan usia dan berbagai penyakit kronik dan hasil dari keterbatasan status fungsional dan kehilangan kemandirian (Stanhope & Lancaster, 2004). Dari penjelasan di atas, lansia dengan hipertensi dapat dikatakan sebagai kelompok yang rentan, yang membutuhkan bantuan dan dukungan orang lain dalam hal ini keluarga sebagai orang yang terdekat dengan lansia untuk memenuhi segala kebutuhan dan memelihara kondisi lansia agar tetap terjaga dan produktif.

2.2 Hipertensi dan Stroke

2.2.1 Pengertian dan klasifikasi hipertensi

Hipertensi adalah hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, tekanan diastolik ≥ 90 mmHg (Potter & Perry, 2005; Burke & Laramie, 2000; Lewis et al., 2007; Springhouse, 2002; Black & Hawks, 2009). Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa dan lansia normal adalah yang memiliki tekanan darah sistolik < 120 mmHg dan tekanan darah diastolik < 80 mmHg. Dikatakan Prehipertensi adalah yang memiliki tekanan darah sistolik 120-139 mmHg atau tekanan darah diastolik 80-89 mmHg. Hipertensi derajat 1 memiliki tekanan darah sistolik 140-159 mmHg atau

diastolik 90-99 mmHg, stadium 2 memiliki tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 100 mmHg (Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis et al., 2007; Burke & Laramie, 2000).

Isolated Systolic Hypertension (ISH) termasuk salah satu dari sub tipe hipertensi. Hipertensi sistolik terisolasi (ISH) adalah seseorang yang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg digabung dengan tekanan darah diastolik < 90 mmHg (Black & Hawks, 2009; Lewis et al., 2007; Springhouse, 2002; <http://id.wikipedia.org>, 2011). Kasus ISH ini lebih banyak terjadi pada lansia karena disebabkan oleh berkurangnya elastisitas arteri dari atherosklerosis. Pengontrolan terhadap ISH dapat menurunkan kejadian stroke dan gagal jantung (Lewis et al, 2007).

Menurut Lewis et al. (2007), penyebab terjadinya hipertensi dapat diklasifikasikan sebagai hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer terdapat lebih dari 90% dari semua kasus hipertensi dan kurang dari 5- 8% orang dewasa hipertensi yang memiliki hipertensi sekunder (Black & Hawks, 2009). Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya belum diketahui. Walaupun penyebab yang pasti dari hipertensi primer ini tidak diketahui, beberapa faktor yang berkontribusi mencakup peningkatan masukan sodium, kelebihan berat badan, diabetes mellitus, dan mengkonsumsi alkohol (Lewis et al., 2007). Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang telah diketahui penyebabnya atau sebagai akibat dari adanya penyakit lain. Hipertensi ini tercatat 5-10% pada hipertensi dewasa dan 80% pada hipertensi anak-anak. Beberapa penyebab terjadinya hipertensi sekunder adalah penyakit ginjal, kelainan hormonal dan pemakaian obat-obatan.

2.2.2 Faktor risiko hipertensi

Menurut Black dan Hawks (2009), faktor risiko terjadinya hipertensi dapat berupa faktor yang tidak dapat dimodifikasi (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, ras), dan faktor yang dapat dimodifikasi (diabetes, stres, obesitas, makanan, penyalahgunaan substansi). Kejadian hipertensi

meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Semakin tua usia, semakin besar kemungkinan menderita hipertensi (Mauk, 2010). Hipertensi primer muncul antara usia 30-50 tahun. Sekitar 50-60% lansia yang berusia lebih dari 60 tahun mempunyai tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan sistolik akan terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik akan terus meningkat sampai usia 55-60 tahun (Black dan Hawks, 2009).

Secara keseluruhan kejadian hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan sampai usia 55 tahun. Usia 55-74 tahun, risiko antara laki-laki dan perempuan menjadi sama, dan setelah usia 74 tahun, perempuan yang berisiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi (Black dan Hawks, 2009). Hal ini juga didukung oleh Martuti (2009) yang mengatakan bahwa umumnya laki-laki memiliki peluang lebih besar untuk terserang hipertensi dibanding perempuan. Faktor risiko lain adalah riwayat keluarga. Jika seseorang yang memiliki riwayat hipertensi di dalam keluarga, maka kecenderungan untuk menderita hipertensi juga lebih besar dibanding mereka yang tidak memiliki keluarga penderita hipertensi (Black dan Hawks, 2009; Martuti, 2009).

Menurut Kowalski (2010), ras juga sangat berperan terhadap terjadinya hipertensi. Hipertensi lebih umum diderita warga kulit hitam dibanding ras lainnya. Penyebab tingginya hipertensi diantara orang kulit hitam tersebut belum jelas namun berdasarkan data statistik angka kematian penduduk dewasa hipertensi paling rendah pada wanita kulit putih 4,7%, kemudian laki-laki kulit putih 6,3%, selanjutnya laki-laki kulit hitam 22,5% dan yang tertinggi pada perempuan kulit hitam 29,3% (Black dan Hawks, 2009). Kowalski (2010) juga mengatakan bahwa warga Afrika-Amerika jauh lebih peka terhadap natrium dari pada orang kulit putih sehingga lebih berisiko untuk mengalami hipertensi.

Menurut beberapa penelitian, kejadian hipertensi meningkat dua kali lipat pada pasien dengan diabetes. Diabetes mempercepat atherosclerosis dan

hipertensi. Jika penderita hipertensi juga menderita diabetes, pengobatan dan pengontrolan harus secara total dan agresif (Black dan Hawks, 2009). Disamping itu, stres juga merupakan faktor risiko hipertensi karena stres dapat meningkatkan kecepatan denyut jantung dan kebutuhan akan suplai darah, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah.

Obesitas juga merupakan faktor risiko lain yang sangat menentukan tingkat keparahan hipertensi. Kelebihan berat badan meningkatkan kejadian hipertensi. Ketika berat badan meningkat, risiko hipertensi ikut meningkat (Black & Hawks, 2009; Lewis et al., 2007). Semakin besar massa tubuh seseorang, semakin banyak darah yang dibutuhkan untuk menyuplai oksigen dan nutrisi ke otot dan jaringan lain. Yang dikatakan obesitas adalah seseorang yang memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) lebih besar dari 30 kg/m^2 tanpa memperhitungkan usia dan jenis kelamin (Black & Hawks, 2009). IMT adalah angka yang mewakili berat dan tinggi badan tanpa memperhitungkan usia atau jenis kelamin.

Meskipun belum diketahui pasti hubungan antara hipertensi dan obesitas, namun diketahui bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibanding mereka yang berat badannya normal (Kowalski, 2010). Hal ini didukung oleh Martuti (2009), yang menyebutkan bahwa risiko terserang hipertensi pada penderita obesitas mencapai dua sampai enam kali lebih besar dibanding orang yang memiliki berat badan normal

Asupan sodium tergolong faktor risiko terjadinya hipertensi. 40% penderita hipertensi adalah sensitif terhadap garam dan kelebihan konsumsi garam pada orang tersebut dapat menyebabkan terjadinya hipertensi (Black dan Hawks, 2009). Natrium dan klorida merupakan ion utama cairan ekstraseluler. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk mengembalikan konsentrasi menjadi normal, cairan intraseluler ditarik keluar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Volume darahpun

ikut meningkat sehingga meningkat pula kerja jantung yang berakibat pada meningkatnya tekanan darah (Martuti, 2009). Natrium merupakan salah satu bentuk elektrolit yang berpengaruh terhadap tekanan darah, namun penting juga untuk meningkatkan asupan mineral lain untuk mengimbangi asupan natrium ke dalam tubuh (Kowalski, 2010). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa rendahnya asupan kalsium, potasium dan magnesium dapat berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi (Black dan Hawks, 2009).

Merokok, pengonsumsi berat alkohol merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi karena menyebabkan peningkatan tekanan darah secara cepat (Black dan Hawks, 2009). 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 (Martuti, 2009; Black & Hawks, 2009). Kejadian hipertensi meningkat pada orang yang minum alkohol lebih dari 3 ons perhari. Menurut Martuti (2009), dengan meminum alkohol sebanyak tiga gelas atau lebih setiap hari sudah cukup untuk meningkatkan tekanan darah dan berlanjut menjadi hipertensi. Selain itu kafein juga dapat meningkatkan tekanan darah secara tiba-tiba tetapi tidak memberikan efek terus menerus (Black dan Hawks, 2009).

2.2.3 Hipertensi pada lansia

Berdasarkan hasil penelitian deskriptif yang dilakukan oleh Efendi (2005) tentang faktor-faktor penyebab terjadinya hipertensi pada lansia di puskesmas Dinoyo kota Malang menunjukkan bahwa semua faktor hipertensi menjadi penyebab terjadinya hipertensi pada lansia dengan prosentase faktor keturunan 57%, usia 100%, perempuan 71%, laki-laki 26%, konsumsi garam 53%, stres 46%, konsumsi alkohol 7%, konsumsi rokok 21%, obesitas 46% dan kurang olahraga 46%. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa usia menjadi faktor penyebab utama terjadinya hipertensi pada lansia.

Hipertensi dihubungkan dengan pengerasan dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Tahanan vascular perifer meningkat dalam pembuluh yang keras dan tidak elastis (Potter & Perry, 2005). Tyson (1999); Burke dan Laramie (2000), mengatakan bahwa ada beberapa perubahan yang terjadi pada pembuluh darah lansia yang menyebabkan terjadinya hipertensi. Diantaranya adalah perubahan pada struktur dan fungsi pembuluh darah, yaitu sifat elastisitas dari pembuluh darah menjadi berkurang dan terjadinya kekakuan pada dinding pembuluh darah arteri, sehingga pengembangan pembuluh darah menjadi terganggu. Ini menunjukkan bahwa tekanan darah akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia.

Semakin tua usia, semakin besar kemungkinan menderita hipertensi (Mauk, 2010). Hal ini berkaitan dengan adanya kemunduran sistem pembuluh darah. Dalam statistik faktor ini menjadi dua kali lipat setelah usia 55 tahun (*Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006 dalam Bethesda stroke center literature, 2008; Lewis et al., 2007*). Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun (Black dan Hawks, 2009; Stanley, Blair & Beare, 2005). Ini menunjukkan bahwa lansia berisiko untuk menderita hipertensi dan 60% lansia akan mengalami hipertensi setelah berusia 75 tahun (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Hipertensi pada usia lanjut mempunyai prevalensi yang tinggi pada usia di atas 65 tahun yaitu didapatkan antara 60-80% (Mauk, 2010). Sekitar 60% lansia akan mengalami hipertensi setelah berusia 75 tahun. Pada tahun 2004, 63,3% laki-laki dan 73,9% perempuan yang berusia 65-74 didiagnosa dengan hipertensi dan diusia 75 ke atas, 69,5% laki-laki dan 83,8% perempuan menderita hipertensi (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Menurut Mauk (2010), lima puluh juta warga Amerika mempunyai tekanan darah tinggi. Lansia Amerika mempunyai prevalensi tertinggi untuk hipertensi. Penelitian NHANES menemukan antara usia 60 ke atas yang tekanan darah tinggi ditemukan 65% kasus dengan *isolated systolic*

hypertension (Mauk, 2010). Temuan ini juga didukung oleh Mugie (2009), bahwa sekitar 60% hipertensi pada lanjut usia adalah hipertensi sistolik terisolasi. Jose Roesma dari divisi nefrologi ilmu penyakit dalam FKUI-RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta juga mengatakan bahwa hipertensi yang sering terjadi pada lansia umumnya adalah hipertensi dengan sistolik terisolasi (*isolated systolic hypertension*) yang berhubungan dengan hilangnya elastisitas arteri.

Hipertensi merupakan gejala yang paling sering ditemui pada lansia dan menjadi faktor risiko utama insiden penyakit kardiovaskular (Stanley, Blair & Beare, 2005). Hipertensi dapat dicegah dengan pengontrolan tekanan darah dan perubahan perilaku gaya hidup. Bila hipertensi tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko terhadap penyakit stroke.

2.2.4 Pengertian stroke

Menurut Mansjoer (2000), stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya mendadak, cepat, berupa defisit neurologis yang berlangsung 24 jam atau lebih, bisa juga langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke adalah terjadi perubahan sistem neurologis yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak (Black & Hawks, 2009). Alfa (2010), mengatakan bahwa stroke merupakan suatu kondisi gangguan fungsi otak yang timbul mendadak akibat tersumbatnya aliran darah otak atau pecahnya pembuluh darah, yang berlangsung lebih dari 24 jam. Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa stroke adalah terjadinya gangguan/berkurangnya suplai darah ke otak yang berlangsung 24 jam atau lebih dan menyerang secara tiba-tiba.

Stroke dapat dibedakan menjadi dua tipe yaitu stroke iskemik (non hemoragik) dan stroke hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh thrombosis atau emboli sehingga menghalangi aliran darah ke otak sedangkan stroke hemoragik karena adanya perdarahan pada jaringan otak atau perdarahan subarahnoid (Black & Hawks, 2009). Kejadian stroke

sering didahului tanda peringatan awal seperti terjadi kelumpuhan sebelah sementara, tidak dapat berbicara, kehilangan sensori, sakit kepala (Black & Hawks, 2009).

Berbagai faktor risiko terjadinya stroke seperti hipertensi, diabetes mellitus, kenaikan kadar kolesterol, merokok, pemakaian alkohol, penyakit jantung, diet dan nutrisi, aktifitas fisik, kegemukan dan drug abuse, usia, jenis kelamin, ras dan faktor keturunan (Mackay & Mansah 2004 dalam Lawrence, 2009; Lewis et al., 2007; Black & Hawks, 2009; *Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*) namun, berdasarkan hasil penelitian Siregar (2005), hipertensi merupakan faktor risiko yang kuat terhadap kejadian stroke. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Kristiyawati (2008), yang menganalisis faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko paling dominan yang berhubungan dengan kejadian stroke.

2.2.5 Hipertensi sebagai faktor risiko stroke

Hipertensi adalah faktor risiko yang paling berkontribusi terhadap kejadian stroke (Meiner & Lueckenotte, 2006). Makin tinggi tekanan darah makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke, baik perdarahan maupun bukan (*Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*). Meskipun stroke sering juga dipengaruhi oleh beberapa faktor lain, hipertensi yang ekstrem, dapat menjadi penyebab terjadinya stroke tanpa dipengaruhi faktor lain (Kowalski, 2010). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kristiyawati (2008), yang menganalisis faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke, menunjukkan adanya hubungan antara kejadian stroke dengan hipertensi ($p= 0,007$) dan hipertensi merupakan faktor risiko paling dominan yang berhubungan dengan kejadian stroke.

Peningkatan tekanan sistolik dan diastolik dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (Lewis et al., 2007). Pendapat ini didukung dengan hasil penelitian Zhang et al. (2010), yang melihat pengaruh dari faktor risiko terhadap akibat dari kejadian kardiovaskuler pada 9711 pasien hipertensi di Cina yang dimonitor selama 40 bulan. Hasilnya menunjukkan bahwa tingginya tekanan darah sistolik dapat meningkatkan kejadian stroke. Menurut Lewis, et al. (2007), semakin tinggi tekanan darah, semakin tinggi risiko terkena stroke.

Stroke dapat dicegah dengan mengendalikan faktor risiko yang menyebabkannya (Kowalski, 2010; Lewis et al., 2007). Dengan melakukan pengontrolan tekanan darah dapat mengurangi 38% kejadian stroke (Black & Hawks, 2009). Penurunan tekanan darah sistolik sebanyak satu hingga tiga poin saja akan menurunkan risiko stroke sebesar 20% hingga 30%. Menurut pedoman manajemen hipertensi terbaru, penurunan 5 poin tekanan darah sistolik berangsur-angsur dapat menurunkan risiko stroke sebesar 14%. Bagi individu yang berusia 40-70 tahun, peningkatan 20 mmHg tekanan darah sistolik atau 10 mmHg tekanan darah diastolik akan melipatgandakan risiko penyakit kardiovaskuler (Kowalski, 2010).

Hipertensi merupakan faktor risiko yang paling penting untuk terjadinya iskemik dan stroke hemoragik. Tekanan darah yang selalu tinggi dan kurangnya pengontrolan dan perawatan adalah salah satu faktor untuk terjadinya stroke, serangan jantung, dan gagal jantung (<http://id.wikipedia.org>). Oleh sebab itu dibutuhkan perawatan hipertensi yang tepat agar dapat mengurangi risiko untuk terjadinya stroke pada lansia hipertensi

2.2.6 Perawatan hipertensi untuk mengurangi risiko stroke

Hipertensi pada usia lanjut sama seperti hipertensi pada usia lainnya. Tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah untuk mengontrol tekanan darah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolik dibawah 90 mmHg dan mencegah morbiditas dan

mortalitas kardiovaskuler (Miller, 1995). Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup, atau dengan obat antihipertensi (Mansjoer, Arif, dkk, 2001 dalam Signori, 2009). Untuk lansia dengan ISH, modifikasi gaya hidup merupakan langkah pertama dalam pengobatan (Miller, 1995).

Hal ini juga sudah dibuktikan melalui sebuah proyek yang didanai oleh *National Heart, Lung, and Blood Institute of Health*. Bahkan sebuah artikel dalam *New England Journal of Medicine* lebih menyarankan perubahan gaya hidup dari pada obat-obatan farmakologi (Kowalski, 2010). 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 (Lewis et al., 2007).

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 stres, 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; Lewis et al., 2007; Stanley, Blair & Beare, 2005; Miller, 1995).

a. Pengontrolan berat badan

Kegemukan dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke. Individu yang memiliki kelebihan berat badan atau obesitas akan menurunkan harapan hidup bagi individu tersebut. Obesitas juga merupakan faktor risiko yang sangat menentukan tingkat keparahan hipertensi. Dikatakan obesitas adalah seseorang yang memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) lebih besar dari 30 kg/m^2 (Black & Hawks, 2009). Untuk pengontrolan IMT pada lansia hipertensi dianjurkan setiap satu bulan

sekali (Depkes RI, 2008). Lansia hipertensi harus tetap menjaga berat badan kurang dari 110% dari berat ideal (Miller, 1995).

Penurunan berat badan adalah perubahan gaya hidup yang paling besar pengaruhnya terhadap perbaikan tekanan darah (Kowalski, 2010). Hal ini sudah dibuktikan oleh para peneliti dalam suatu kajian yang mengamati 623 orang dewasa yang bebas penyakit dengan rentang usia 30-49 tahun, dan 605 orang dewasa dengan rentang usia 50-65 tahun. Mereka yang mengalami penurunan berat badan 7 kg atau lebih juga mengalami penurunan risiko terserang hipertensi sebanyak 21%, sedangkan kelompok yang lebih tua, yang mengalami penurunan berat badan yang sama, risikonya pun turun 29% (Kowalski, 2010). Lewis et al., (2007) juga mengatakan bahwa penurunan berat badan 10 kg dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5-20 mmHg. Menurunkan berat badan dikombinasi dengan diet kalori serta aktifitas fisik yang cukup sangat dianjurkan untuk pasien hipertensi dengan kelebihan berat badan (Lewis et al., 2007). Dapat disimpulkan bahwa dengan mengontrol berat badan dapat mengurangi risiko terjadinya stroke pada lansia hipertensi.

b. Aktifitas fisik

Kegiatan fisik yang teratur dapat mengurangi risiko terjadinya stroke (*Premiere Prevention of Stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*). Menurut Martuti (2009), aktifitas fisik sebaiknya dijadikan sebagai kebiasaan agar efek latihan dapat dirasakan oleh tubuh. Kurangnya beraktifitas juga dapat meningkatkan risiko penyakit kronis, seperti hipertensi, diabetes, obesitas, konstipasi, osteoporosis dan yang lainnya. Dengan persetujuan dan kolaborasi dengan ahli terapi fisik dapat membantu pasien hipertensi untuk mengembangkan program latihan yang sesuai (Ignatavicius & Workman, 2006).

Seseorang dengan hipertensi seharusnya dimulai dengan latihan yang ringan dan berangsur-angsur ke latihan yang berat seperti berjalan cepat, berlari, bersepeda selama 30-45 menit sehari dan dilakukan selama tiga sampai empat kali seminggu (Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis et al., 2007). Begitu juga dengan lansia dengan hipertensi direkomendasikan untuk melakukan aktifitas fisik secara teratur tiga sampai lima kali seminggu seperti berjalan cepat selama 30-45 menit (Miller, 1995). Bila aktifitas ini dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah sistolik pada pasien hipertensi lebih kurang 4 sampai 9 mmHg (Lewis et al., 2007).

Para dokter dari *Tulane University* di New Orleans memeriksa data dari lima puluh empat kajian yang melibatkan 2.419 laki-laki dan perempuan. Senam aerobik secara teratur mampu menurunkan 4 poin tekanan darah sistolik dan 3 poin tekanan darah diastolik. Beberapa penelitian lain juga menyebutkan bahwa kebiasaan beraktifitas dan kesehatan jasmani dapat mengurangi risiko berkembangnya hipertensi. Orang yang tidak melakukan aktifitas secara rutin mempunyai risiko 35%-52% lebih tinggi untuk berkembangnya hipertensi (Paffenbarger et al., 1993 dalam Edelman & Mandle, 2006).

Dua pertiga dari seluruh orang yang berusia 65 tahun ke atas tidak selalu aktif sementara efek dari aktifitas fisik seperti aerobik bagi lansia sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah sistolik (Burke & Laramie, 2000). Untuk mengkondisikan aktifitas fisik pada lansia hipertensi secara teratur, ada beberapa cara yang perlu diperhatikan bagi keluarga yang merawat penderita hipertensi dirumah. Keluarga perlu mengingatkan lansia untuk selalu berolahraga, atau lebih baik jika ditemani untuk melakukan olahraga ringan secara teratur (Martuti, 2009). Perlu juga bagi keluarga memperhatikan kondisi lansia saat melakukan aktifitas seperti adanya rasa nyeri dan ketidaknyamanan. Jika terjadi hal demikian, aktifitas perlu dihentikan dan segera konsultasikan pada tenaga kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa

dengan melakukan aktifitas fisik secara teratur, dapat mengurangi terjadinya stroke pada lansia hipertensi.

c. Menghindari rokok dan alkohol

Penelitian menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor risiko untuk terjadinya stroke. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Siregar (2005) pada 110 penderita rawat inap RSUP Haji Adam Malik Medan, yang menemukan bahwa merokok merupakan faktor risiko yang kuat untuk terjadinya stroke. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhang et al. (2010), yang melihat pengaruh dari faktor risiko terhadap akibat dari kejadian kardiovaskuler pada 9711 pasien hipertensi di Cina yang dimonitor selama 40 bulan, menyebutkan bahwa merokok mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya stroke dan juga perempuan yang tinggal bersama suami yang merokok aktif (1-9 batang rokok perhari) berisiko 1,28 kali untuk terkena stroke. Seseorang yang merokok berisiko 2 kali lipat untuk menderita stroke (Lewis et al., 2007).

Efek dari alkohol terhadap risiko terjadinya stroke tergantung dari jumlah pemakaian. Pemakaian alkohol berlebihan memicu terjadinya stroke. Pemakaian alkohol berlebihan akan menyebabkan peningkatan tekanan darah yang dapat meningkatkan terjadinya stroke (Lewis et al, 2007; *Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*). Pernyataan ini didukung juga oleh Black dan Hawks (2009), bahwa mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah secara cepat. Seseorang yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 3 ons perhari dapat meningkatkan terjadinya hipertensi. Selain alkohol, kafein juga dapat meningkatkan tekanan darah secara tiba-tiba tetapi tidak memberikan efek terus menerus.

Lansia hipertensi harus membatasi pemasukan ethanol 1 ons perhari Miller (1995). Untuk menjauhkan penderita hipertensi dari rokok dan

alkohol, keluarga juga harus memberikan dukungan dengan cara menghindari rokok dan alkohol. Minimal jangan sampai mengkonsumsi rokok dan alkohol didepan penderita hipertensi (Martuti, 2009). Dapat disimpulkan bahwa dengan menghindari rokok dan alkohol dan kafein merupakan salah satu jalan untuk mengurangi risiko terjadinya stroke pada lansia hipertensi.

d. Mengurangi stres

Stres dapat meningkatkan tekanan darah dalam jangka waktu yang singkat (Lewis et al., 2007; Martuti, 2009), oleh sebab itu, penderita hipertensi dianjurkan untuk hidup rileks dan menghindari stres (Martuti, 2009). Agar hidup lebih santai dan tidak emosional, ajaklah lansia sesekali untuk berekreasi, menciptakan suasana rumah yang damai dan penuh kekeluargaan, serta hindarkan suasana yang dapat membangkitkan emosi (Martuti, 2009). Dapat disimpulkan bahwa dengan menghindari stres dapat terhindar dari peningkatan tekanan darah sehingga mengurangi risiko terjadi stroke pada lansia hipertensi

e. Mengatur diet

Menurut Lewis et al (2007), diet dengan tinggi lemak dan kurangnya buah dan sayur dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke. Pernyataan ini juga didukung oleh *Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke* (2006, dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008), yang menyatakan bahwa asupan makanan yang mengandung banyak sayur dan buah dapat mengurangi terjadinya stroke. Pemakaian sodium yang berlebihan juga dapat meningkatkan terjadinya stroke yang dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah (Black & Hawks, 2009).

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. DASH (*Dietary Approach for Stop Hypertension*) menetapkan asupan natrium terbatas 1.500 mg/hari.

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). Para peneliti dari *University of Peesylvania* menemukan bahwa pembatasan asupan kalium selama sepuluh hari menyebabkan peningkatan tekanan darah (Kowalski, 2010). 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.

Magnesium berfungsi sebagai vasodilator (pelebaran pembuluh darah). Penelitian pada tahun 2004 menyimpulkan bahwa rendahnya kadar magnesium dalam darah berhubungan dengan peningkatan risiko stroke (Kowalski, 2010). Kebutuhan magnesium perhari adalah 200-500 mg. Bahan makanan sumber magnesium antara lain sayuran hijau, kacang-kacangan, biji-bijian, daging, susu, coklat dan teri.

Penderita hipertensi juga perlu memperhatikan kadar kolesterol dalam tubuhnya (Martuti, 2009). Hasil Penelitian menunjukkan bahwa angka

kejadian stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL (*High Density Lipoprotein*) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47% (*Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Giantani (2003), menunjukkan bahwa kenaikan kadar kolesterol berpengaruh terhadap risiko stroke iskemik sebanyak 3,09 kali.

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).

Penelitian menemukan bahwa semakin tinggi kadar kolesterol pada perempuan paro baya, semakin rentan dirinya mengalami hipertensi. *Physicians Health Study* membandingkan kadar kolesterol pada laki-laki hipertensi dengan kadar kolesterol pada pria bertekanan darah normal. Risiko perkembangan hipertensi pada laki-laki dengan kadar kolesterol tertinggi lebih besar (23%) dari pada laki-laki dengan kadar kolesterol paling rendah (Kowalski, 2010).

Menurut Kowalski (2010), penderita hipertensi harus membatasi untuk mengkonsumsi lemak jenuh. Asam lemak jenuh ditemukan dalam daging, produk susu, kelapa sawit dan minyak kepala. Pengontrolan terhadap kadar kolesterol darah pada penderita hipertensi dianjurkan setiap satu bulan sekali (Depkes RI, 2008). Miller (1995) mengatakan 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.

Selain mengontrol kolesterol, penderita hipertensi juga harus mengontrol gula darahnya karena kombinasi hipertensi dan diabetes dapat meningkatkan komplikasi diabetes termasuk stroke (*Premiere Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006 dalam Bethesda stroke center literature, 2008*). Seseorang yang berusia 60 tahun dengan tekanan sistole 135 mmHg, kemungkinan untuk mendapatkan stroke iskemik dalam jangka waktu 8 tahun adalah 8/1000. Bila disamping itu ia juga menderita diabetes mellitus, kemungkinan terjadinya stroke meningkat menjadi 17/1000. Bila tekanan sistolanya 180 mmHg, probabilitasnya adalah 30/1000, dengan diabetes mellitus, meningkat menjadi 59/1000 (Lumbantobing, 2002).

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).

Ada beberapa cara yang perlu diperhatikan keluarga terkait dengan diet lansia hipertensi diantaranya, berempati terhadap pola diet penderita hipertensi, menyediakan masakan dengan sedikit garam, membantu penderita untuk mengurangi konsumsi garam dengan selektif dalam membeli dan menghidangkan makanan bagi seluruh

keluarga sehingga penderita tidak perlu menahan keinginan untuk makan makanan berkadar garam tinggi yang disediakan. Dalam menyajikan makanan, pilih yang mengandung serat tinggi, rendah kolesterol dan tidak memacu obesitas (Martuti, 2009).

Lansia hipertensi juga harus diwaspadai jika memiliki riwayat keluarga dengan stroke. Adanya riwayat keluarga dengan stroke dapat meningkatkan risiko untuk mengalami stroke (Lewis et al., 2007). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sitorus, Hadisaputro dan Kustiowati (2006) pada 50 orang kasus stroke dan 50 orang sebagai kontrol, yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara riwayat stroke pada keluarga dengan kejadian stroke pada usia muda dengan $p=0,02$.

Menurut Martuti (2009), kesadaran untuk menjaga dan mengontrol tekanan darah hendaknya tidak hanya semata-mata ada pada penderitanya saja, namun peran serta dari orang-orang yang hidup berdampingan dengannya sangat berarti. Jika memungkinkan, keluarga juga perlu menyediakan alat pengukur tekanan darah di rumah, agar lebih mudah mengontrol tekanan darah lansia secara teratur. Jika tidak memungkinkan, minimal keluarga harus mengingatkan lansia untuk selalu memeriksakan tekanan darahnya minimal 1 bulan sekali ke pelayanan kesehatan secara rutin, sehingga kondisi kesehatan lansia dapat terkontrol dengan baik (Martuti, 2009; Depkes RI, 2008).

Jika lansia sedang menjalani pengobatan, hendaknya keluarga selalu memperhatikan dan mendampingi setiap langkah pengobatan yang dijalani dengan cara mengingatkan lansia untuk selalu meminum obat secara tertur dan pastikan dosisnya sesuai dengan petunjuk dokter. Hilangkan keraguan lansia terhadap upaya pengobatan dan jaga jangan sampai penderita menghentikan pengobatan tanpa alasan atau petunjuk dokter. Selain itu keluarga juga harus selalu mengontrol persediaan obat lansia, jika persediaan obat sudah menipis, ingatkan lansia untuk segera mengunjungi dokter. Selalu memperhatikan jika ada efek samping pemberian obat

terhadap lansia dan sampaikan kepada dokter agar bisa dipertimbangkan dalam pengobatan selanjutnya. Keluarga juga harus sensitif terhadap setiap perubahan yang terjadi pada lansia. Jika muncul gejala peningkatan tekanan darah secara drastis atau keluhan yang mengarah pada peningkatan tekanan darah atau penyakit lainnya, segera ambil tindakan dengan membawa penderita ke pelayan kesehatan sebelum terlambat (Martuti, 2009).

Kejadian stroke pada lansia hipertensi kadang juga disebabkan karena kurangnya perhatian keluarga terhadap lansia. Sifat dari hipertensi yang tidak menimbulkan gejala berkontribusi besar terhadap rendahnya angka kepedulian dan keteraturan berobat pasien (Kowalski, 2007; Pinzon, 2010). Data statistik menunjukkan sepertiga penduduk Amerika menderita hipertensi dan paling sedikit, sepertiga orang dengan penyakit hipertensi tidak ditangani dengan benar. Angeli, 2010 dalam Pinzon juga mengatakan bahwa hanya kurang dari 30% pasien hipertensi yang berobat secara teratur dan terkendali tekanan darahnya. Hal ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Siregar (2005) yang menemukan bahwa dari 50 pasien stroke dengan riwayat hipertensi, hanya 10,0% yang berobat secara teratur.

Ada juga keluarga yang tidak dapat memberikan perhatian yang cukup untuk lansia yang disebabkan karena kesibukan (Kuntjoro, 2002) atau bahkan menurut dr Eko Wahjoepramono, dokter dari Siloam Hospitals dalam kompas.com, (2010), ada juga keluarga yang kurang memahami tanda dan gejala dari stroke sehingga lansia terlambat mendapatkan pertolongan. Stroke harus dicurigai pada semua kasus gangguan fungsi saraf misalnya kelumpuhan anggota badan, gangguan bicara, wajah perot, penurunan kesadaran yang terjadi secara mendadak (Pinzon, 2010).

Pengobatan stroke adalah berpacu dengan waktu. Kerusakan otak akan bersifat permanen bila pengurangan suplai darah ke otak berlangsung lebih dari 3 jam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya kurang dari 10%

pasien yang datang berobat dalam 3 jam pasca serangan stroke. Sebagian besar pasien datang berobat setelah 6 jam serangan stroke, bahkan 20% kasus yang datang berobat setelah 24 jam serangan stroke. Hal ini disebabkan karena kurang dikenalnya gejala stroke (Pinzon, 2010).

Kejadian stroke dapat dicegah dengan adanya perubahan dan pengontrolan gaya hidup. Lansia yang sudah mengalami penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial membutuhkan bantuan dan dukungan dari orang lain dalam mengontrol dan memotivasi lansia dengan hipertensi untuk dapat merubah gaya hidup kearah yang lebih sehat sehingga tekanan darah lansia tetap terkontrol. Dukungan yang paling dekat dengan lansia adalah keluarga karena anggota keluarga sebagai sumber dukungan dan bantuan paling signifikan dalam membantu anggota keluarga yang lain untuk mengubah gaya hidupnya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.3 Keluarga dan status kesehatan anggotanya

Definisi keluarga secara tradisional menyebutkan bahwa keluarga terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal di dalam suatu rumah tangga yang sama. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Ada lagi yang menyebutkan bahwa keluarga sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternalnya. (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Salah satu bagian yang saling bergantung dan mempengaruhi dalam keluarga adalah status sehat/sakit anggota keluarga. Suatu penyakit dalam keluarga saling mempengaruhi keseluruhan keluarga dan interaksinya. Penelitian dibidang kesehatan keluarga secara jelas menunjukkan bahwa keluarga berpengaruh besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dari keadaan sejahtera hingga tahap pemulihan (Doherty, 1992 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Ada enam tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga yaitu: upaya keluarga dalam promosi kesehatan, penilaian keluarga terhadap gejala, mencari perawatan, merujuk dan mendapatkan perawatan, respon akut klien dan keluarga terhadap penyakit, dan adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan.

Pada tahap pertama yaitu upaya keluarga dalam promosi kesehatan. Promosi kesehatan dimulai dari keluarga. Bentuk promosi kesehatan, pencegahan dan penurunan risiko melibatkan isu seputar gaya hidup seperti menghentikan kebiasaan merokok, berolah raga secara teratur, memakan makanan yang sehat dan bergizi yang semuanya melibatkan keputusan dan partisipasi dari keluarga. Jika upaya promosi kesehatan dalam keluarga tidak adekuat dapat mengakibatkan masalah kesehatan pada anggota keluarganya seperti penyakit tuberculosis, hipertensi, dan kematian akibat stroke (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Ini berarti jika upaya promosi kesehatan pada lansia hipertensi adekuat, dapat menurunkan kejadian stroke pada lansia.

Tahap kedua yaitu penilaian keluarga terhadap gejala. Tahap ini dimulai ketika suatu gejala dikenali; ditafsirkan terkait keparahannya, kemungkinan penyebab; dirasakan mengganggu oleh individu yang mengalami gejala tersebut dan keluarganya. Tahap ini terdiri atas keyakinan keluarga akan gejala atau penyakit anggota keluarganya dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherty & Campbell, 1998; Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Berarti, keluarga hendaknya mengetahui dan peduli terhadap tanda dan gejala yang dirasakan lansia hipertensi terkait dengan masalah kesehatannya. Bila keluarga tidak mengenal gejala dari penyakit seperti gejala stroke, kemungkinan lansia akan terlambat mendapatkan pertolongan sehingga akan memperburuk keadaan lansia.

Tahap ketiga yaitu mencari perawatan. Tahap ini dimulai ketika keluarga memutuskan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Keluarga mulai mencari pengobatan, informasi, saran dan validasi dari pihak luar. Membicarakan dengan keluarga dalam pengambilan keputusan apakah penyakit pada anggota keluarga sebaiknya ditangani dirumah atau di rumah sakit (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Sebuah penelitian pada rumah tangga di daerah perkotaan dengan status sosial rendah menemukan setengah dari keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sakit melaporkan bahwa mereka berkonsultasi dengan anggota keluarga lain mengenai apa yang harus mereka lakukan terhadap situasi yang mereka alami (Richardson, 1970 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Disini keluarga hendaknya mencari informasi yang cukup terkait dengan penyakit hipertensi yang dialami lansia sehingga keluarga dapat memberikan dukungan dan memutuskan dengan tepat tentang perawatan yang akan diberikan pada lansia.

Tahap keempat yaitu merujuk dan mendapatkan perawatan. Tahap ini dimulai saat dilakukan kontak dengan pelayanan kesehatan dan/atau praktisi pengobatan tradisional. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa keluarga berfungsi sebagai lembaga yang membantu dalam menentukan tempat terapi yang akan digunakan (de Souza & Gualda, 2000; Pratt, 1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Tentu saja, keputusan layanan yang akan digunakan juga ditentukan oleh ketersediaan dan kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi keluarga.

Tahap kelima adalah respon akut klien dan keluarga terhadap penyakit. Ketika klien menerima asuhan dari praktisi kesehatan, klien menyerahkan hak dan keputusan tertentu dan diharapkan menerima peran sebagai pasien yang ditandai dengan ketergantungan pada saran profesional kesehatan, kemauan untuk mentaati saran pelayanan kesehatan dan berupaya untuk pulih. Bagaimana peran ini dijalankan di rumah akan dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya dan keunikan keluarga. Oleh sebab itu keluarga berperan

penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit (Friedman, Bowden & Jones, 2003) termasuk perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya.

Tahap terakhir adalah adaptasi keluarga terhadap penyakit dan pemulihan. Adanya penyakit yang serius dan kronik pada salah satu anggota keluarga biasanya mempunyai dampak besar pada sistem keluarga. Keluarga merupakan penyedia pelayan kesehatan utama bagi pasien yang mengalami penyakit kronik (Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Keluarga kemudian menjalankan sebuah peran pendukung yang penting selama periode pemulihan dan rehabilitasi klien. Jika dukungan ini tidak tersedia, keberhasilan pemulihan/rehabilitasi menurun secara signifikan (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Bagi lansia, keluarga merupakan orang yang paling dekat dan tempat yang paling aman dan nyaman untuk menghabiskan sisa hidupnya. Keluarga dapat merasakan pentingnya kesehatan diusia lanjut dengan menjaga dan memperhatikan kesehatan lansia sehingga lansia mempunyai semangat dan termotivasi untuk berperilaku sehat (Watson, 2003). Hal ini didukung oleh penelitian Zulfitri (2006), yang didapatkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya (p value = 0,002).

2.4 Dukungan Keluarga terhadap lansia hipertensi

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintai (Cohen & Syme, 1996 dalam Setiadi, 2008). Dukungan sosial dapat dikatakan sebagai jaringan hubungan interpersonal yang memberikan persahabatan, bantuan dan dukungan emosional (menunjukkan kepedulian, dorongan semangat, empati), bantuan (pelayanan, uang atau informasi), dan penguatan (umpan balik yang positif, memberikan penghargaan) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002).

Penelitian menunjukkan, dukungan sosial berhubungan dengan perilaku kesehatan (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002). Beberapa sistem dukungan sosial yang berkaitan dengan kesehatan diantaranya adalah: sistem dukungan natural, sistem dukungan teman sebaya, sistem dukungan organisasi keagamaan, sistem dukungan organisasi tenaga profesional, kelompok dukungan organisasi yang tidak langsung dengan tenaga profesi kesehatan. Dari berbagai sistem dukungan sosial yang ada, keluarga (sistem dukungan natural) merupakan kelompok pendukung yang utama (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002). Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Friedman, 1998:174 dalam Setiadi, 2008).

House dan Kahn (1985, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003); House (1981, dalam Kaakinen et al. (2010), membagi dukungan keluarga dalam empat tipe yaitu emosional, penghargaan, informasi dan instrumental. Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) juga menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi pendukung yaitu dukungan sosial (keluarga berfungsi sebagai pencari dan penyebar informasi), dukungan penilaian (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantarai pemecahan masalah), dukungan tambahan (keluarga adalah sumber bantuan praktis dan konkret), dan dukungan emosional (keluarga berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional. Berdasarkan beberapa uraian tentang dukungan keluarga tersebut, maka dapat diambil beberapa bentuk dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh lansia dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatannya, diantaranya adalah:

2.4.1 Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan simpati (Bomar, 2004; Kaakinen et al., 2010). Dukungan emosional yang diberikan keluarga berarti keluarga sebagai tempat yang aman dan damai

untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 1998 dalam Setiadi, 2008).

Memberikan dukungan emosional kepada keluarga termasuk dalam fungsi afektif keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga untuk memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Keluarga berfungsi sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan dan memberi dukungan. Terpenuhinya fungsi afektif dalam keluarga dapat meningkatkan kualitas kemanusiaan, stabilisasi kepribadian dan perilaku dan harga diri anggota keluarga. Keluarga juga berfungsi sebagai tempat singgahnya kehangatan, dukungan, cinta dan penerimaan. Loveland-Cherry (1996, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), menunjukkan bahwa dengan adanya dukungan emosional di dalam keluarga, secara positif akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggotanya. Nugroho (2000), juga mengatakan bahwa dukungan emosional merupakan bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberikan semangat, mengurangi putus asa, mengurangi rasa rendah diri dan keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan) yang dialami.

Seiring dengan proses penuaan, lansia mengalami berbagai perubahan. Perubahan yang normal tetapi menimbulkan berbagai dampak pada lansia. Masa ini biasanya lansia dihadapkan pada penurunan fungsi tubuh dan meningkatnya *sensitivitas* emosional, seperti: harga diri rendah, sedih, kecewa, putus asa, harga diri rendah, cemas, perasaan tidak berguna, dan sebagainya yang dapat mempengaruhi perilaku lansia dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatannya (Nugroho, 2000). Dalam kondisi tersebut, lansia sangat membutuhkan dukungan emosional dalam bentuk perhatian, kasih sayang dan empati terhadap perubahan kondisi yang terjadi. Menurut House (1994:136 dalam Setiadi, 2008), mengatakan bahwa bentuk dukungan emosional berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri

tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, dan berempati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapi.

Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Tsouna, et al. (2000), tentang peran dari dukungan keluarga terhadap proses pemulihan stroke (status fungsional, depresi dan status sosial) pada 43 pasien stroke selama 6 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional yang diberikan keluarga terhadap pasien pasca stroke berhubungan dengan peningkatan status fungsional pada pasien stroke. Didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Zulfitri (2006) pada lansia hipertensi, menemukan adanya hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Bentuk dukungan emosional yang dapat diberikan keluarga terhadap lansia dengan hipertensi berupa membantu dan merawat lansia dengan penuh kasih sayang, menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani lansia, mengetahui makanan dan minuman yang baik untuk kesehatan lansia dengan hipertensi, tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah, Mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan lansia, mengingatkan lansia untuk berolahraga, mengetahui jadwal pemeriksaan kesehatan lansia, mengetahui obat yang dimakan oleh lansia.

Adanya dukungan emosional yang diberikan anggota keluarga kepada lansia diharapkan dapat membantu dan meningkatkan motivasi dan rasa percaya diri lansia untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Lansia akan termotivasi untuk menggunakan gaya hidup yang sehat dan mengontrol tekanan darah secara teratur sehingga diharapkan lansia hipertensi tidak mengalami kondisi kesehatan yang lebih berat atau terjadinya stroke

2.4.2 Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada lansia dengan menunjukkan respons positif, yaitu dorongan atau

persetujuan terhadap gagasan/ide atau perasaan seseorang (Bomar, 2004). Menurut Friedman (1998, dalam Setiadi, 2008), dukungan penghargaan yaitu keluarga bertindak sebagai umpan balik, membimbing, dan membantu pemecahan masalah. House (1994, dalam Setiadi 2008), bantuan penghargaan yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Friedman, Bowden dan Jones, (2003) menunjukkan bahwa dukungan penghargaan juga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada lansia.

Dapat dikatakan bahwa adanya dukungan penghargaan yang diberikan keluarga terhadap lansia, dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga, sehingga diharapkan dapat membentuk perilaku yang sehat pada lansia dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Zulfitri (2006), ditemukan adanya hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Bentuk dukungan penghargaan yang dapat diberikan keluarga terhadap lansia hipertensi dapat berupa meminta pendapat lansia untuk menentukan tempat memeriksakan kesehatannya, melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga, mempertimbangkan saran dari lansia, mengikutsertakan lansia dalam setiap acara keluarga, menerima lansia apa adanya dengan segala keterbatasannya.

2.4.3 Dukungan Informasi

Dukungan informasi keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang dibutuhkan lansia dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Pada dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai sebuah

kolektor dan diseminator (penyebarnya informasi) (Friedman, 1998:198 dalam Setiadi, 2008).

Dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap anggota keluarganya termasuk lansia. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga juga dapat memberikan promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagi perawatan bagi anggotanya yang sakit (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Lansia yang sudah mengalami kemunduran secara fungsional, dan juga mengalami penurunan fungsi kognitif yang menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi lambat karena penurunan proses belajar, persepsi dan pemahaman, pengertian dan perhatian (Kuntjoro, 2002). Berdasarkan hal tersebut, lansia sangat membutuhkan dukungan dari orang lain atau keluarga dalam bentuk dukungan informasi. Dukungan informasi yang dibutuhkan lansia dengan hipertensi dapat berupa pemberian informasi terkait dengan kondisi yang dialami lansia dan penyakitnya, dan bagaimana cara perawatannya.

Menurut House (1994:136, dalam Setiadi, 2008), bantuan informasi yang dapat digunakan meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama. Lansia yang mendapatkan dukungan informasi yang cukup akan termotivasi untuk tetap menjaga kondisi kesehatan untuk menjadi lebih baik (Friedman, Bowden & Jones, 2003) sehingga diharapkan dengan pengontrolan yang baik terhadap kondisi kesehatan lansia tidak akan meningkatkan status kesehatan lansia kearah yang lebih buruk sehingga menurunkan risiko terjadinya stroke pada lansia hipertensi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Zulfitri (2006), ditemukan adanya hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Adapun bentuk dukungan Instrumen yang diberikan keluarga terhadap lansia hipertensi dapat berupa menjelaskan pada lansia tentang pentingnya menjaga dan mengontrol kesehatan, menjelaskan bahaya dari merokok, minum alkohol dan kafein, menjelaskan bahaya makanan yang tinggi garam, berminyak dan bersantan kental, menjelaskan manfaat dari sayur dan buah, menasehati lansia untuk berolahraga teratur, pentingnya makan obat secara teratur.

2.4.4 Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun menyediakan waktu untuk melayani dan mendengarkan lansia dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004; Kaakinen et al., 2010). Friedman (1998, dalam Setiadi, 2008) mengatakan bahwa dukungan instrumental yaitu keluarga sebagai sumber pertolongan praktis dan konkrit.

Friedman, Bowden dan Jones (2003), juga mengatakan bahwa dukungan instrumental termasuk ke dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi yang diterapkan terhadap anggota keluarga atau lansia. Bentuk dari fungsi perawatan kesehatan berupa menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya sedangkan bentuk fungsi ekonomi berupa penyediaan sumber daya yang cukup seperti finansial.

Proses menua menyebabkan lansia mengalami perubahan dan penurunan fungsi tubuh seperti fisik, kognitif dan psikologis. Perubahan psikologis yang dialami lansia biasanya memasuki masa pensiun. Sumber penghasilan menjadi berkurang. Lansia dengan hipertensi membutuhkan dana untuk perawatan dan pengontrolan kesehatannya. Lansia juga mengalami penurunan fungsi tubuh sehingga kemandirian lansia menjadi

berkurang (Watson, 2003) dan lansia menjadi tergantung dengan orang lain (keluarga) untuk memenuhi kebutuhannya seperti menyediakan diet yang sesuai, menemani lansia untuk memeriksakan kesehatannya dan menjaga kondisi lansia agar tetap sehat dan terkontrol (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Menurut House (1994:136, dalam Setiadi, 2008), dukungan instrumental bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain. Dengan adanya dukungan instrumental yang cukup pada lansia dengan hipertensi diharapkan kondisi lansia dapat terjaga dan terkontrol dengan baik sehingga dapat meningkatkan status kesehatan lansia hipertensi dan risiko terjadinya stroke dapat diturunkan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tsouna, et al. (2000), tentang peran dari dukungan keluarga terhadap proses pemulihan stroke (status fungsional, depresi dan status sosial) pada 43 pasien stroke selama 6 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan instrumental yang diberikan keluarga terhadap pasien pasca stroke berhubungan dengan peningkatan status fungsional pada pasien stroke.

Bentuk dukungan instrumental yang dapat diberikan pada lansia hipertensi dapat berupa mengantar lansia untuk memeriksakan kesehatan, meluangkan waktu untuk mendengarkan cerita ataupun keluhan-keluhan yang ingin disampaikan oleh lansia, mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat dan pemeriksaan kesehatan, menemani lansia untuk melakukan aktifitas olahraga (Zulfitri, 2006).

Penggunaan dukungan keluarga mempunyai dampak terhadap kesehatan fisik dan mental anggota keluarganya bahkan rendahnya dukungan yang diberikan secara konsisten berhubungan dengan peningkatan angka kesakitan dan kematian (Perder, Mudaugh & Parsons, 2002). Individu yang mempunyai

dukungan keluarga yang kuat lebih cenderung untuk mengadopsi dan mempertahankan perilaku kesehatan yang baru dari pada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Beberapa teori perubahan perilaku kesehatan yang menunjukkan bahwa keluarga adalah pengaruh utama, baik pada status kesehatan maupun pada perilaku kesehatan anggota keluarga. Menurut Green & Kreuter (1991, dalam McMurray 2003), dukungan keluarga termasuk dalam faktor penguat (*enabling factors*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya. Dengan demikian, bila lansia hipertensi mendapatkan dukungan yang cukup dari keluarga, diharapkan lansia termotivasi untuk merubah perilaku untuk menjalani gaya hidup sehat secara optimal sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan menurunkan risiko lansia untuk terjadinya stroke

2.5 Karakteristik Lansia sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia

Green dan Kreuter (1991, dalam McMurray, 2003), menggambarkan bahwa kesehatan dan faktor risiko kesehatan dipengaruhi oleh berbagai factor. Karakteristik lansia termasuk sebagai faktor pencetus (*predisposing factors*) yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia yang meliputi: jenis kelamin, usia, suku, dan pendidikan. Menurut Lewis et al. (2007), usia, jenis kelamin dan ras juga termasuk ke dalam faktor risiko terjadinya stroke.

Kemunduran sistem pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia hingga makin bertambah usia makin tinggi kemungkinan mendapat stroke (*Premiery Prevention of stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006 dalam Bethesda stroke center literature, 2008; Lewis et al., 2007*). Dua pertiga dari kejadian stroke terjadi pada usia lebih dari 65 tahun (Lewis et al, 2007). Sesuai dengan penelitian Zhang et al. (2010), yang melihat pengaruh dari faktor risiko terhadap akibat dari kejadian kardiovaskuler pada 9711 pasien

hipertensi di Cina yang dimonitor selama 40 bulan, menemukan adanya pengaruh antara usia tua dengan kejadian stroke.

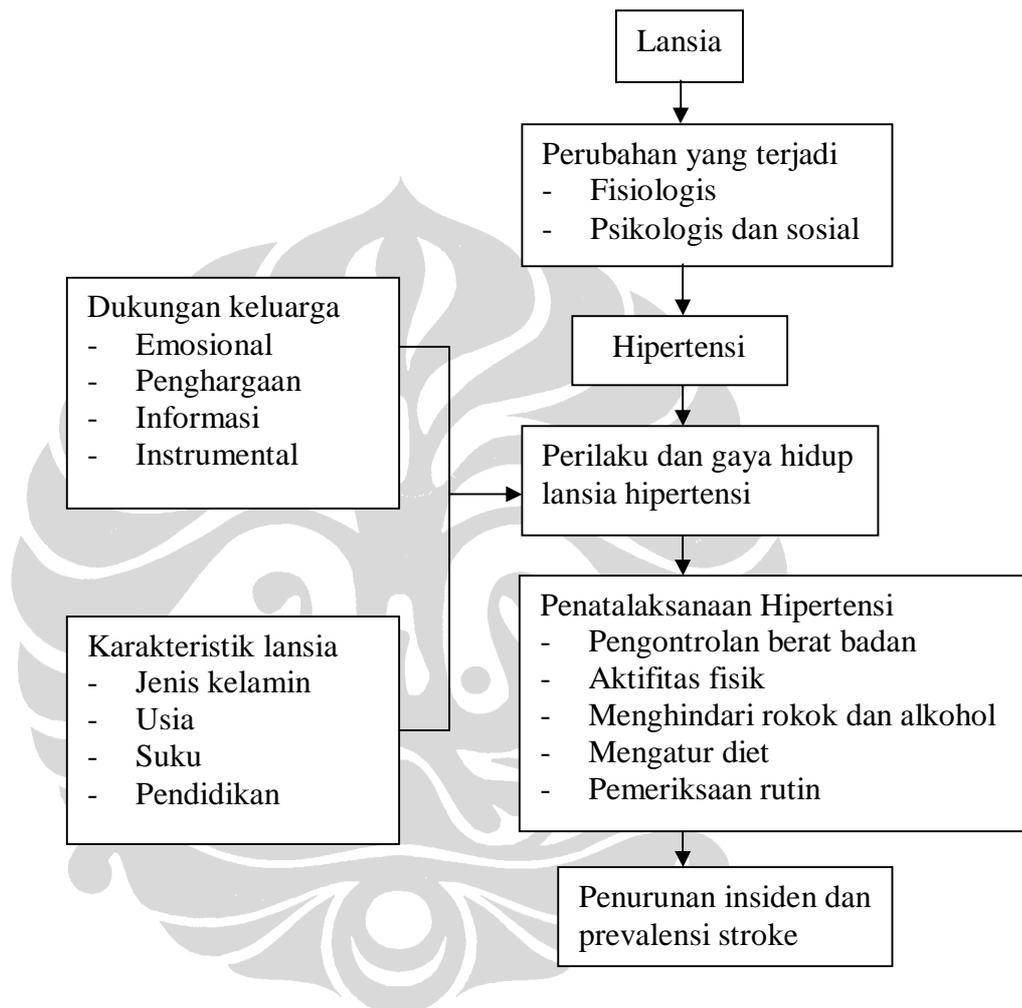
Jenis kelamin juga termasuk faktor risiko terjadinya stroke. Stroke diketahui lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding perempuan (*Premiery Prevention of Stroke, AHA/ASA guideline stroke, 2006* dalam *Bethesda stroke center literature, 2008*). Pernyataan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Andersen, Andersen & Olsen (2010), yang menemukan dari 40.102 pasien dengan stroke iskemik, 52,1% adalah laki-laki dan 47,9% nya adalah perempuan. Sesuai juga dengan hasil penelitian Zhang et al. (2010), yang melihat pengaruh dari faktor risiko terhadap akibat dari kejadian kardiovaskuler pada 9711 pasien hipertensi di Cina yang dimonitor selama 40 bulan, yang mengatakan adanya pengaruh antara jenis kelamin laki-laki dengan kejadian stroke.

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan individu (Potter & Perry, 2007). Pernyataan ini didukung juga oleh Blais et al. (2002) yang mengatakan bahwa sosial budaya mempengaruhi status kesehatan klien dan perilaku dalam melakukan perawatan kesehatan. Hadril Busudin mengatakan bahwa masyarakat Minang suka memakan makanan berlemak yang berasal dari santan kelapa, lemak daging dan jeroan, menyebabkan plasma darah menjadi kental dan banyak mengandung lemak jenuh sehingga risiko menderita stroke lebih tinggi dibandingkan dengan suku lainnya (Chaniago, 2003).

Pendidikan merupakan aktifitas formal yang pernah diikuti oleh seseorang. Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mendengar, menyerap informasi, menyelesaikan masalah, perilaku serta gaya hidup (Lueckenotte, 2000). Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi pola pikir seseorang. Kemampuan kognitif akan membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri (Potter & Perry, 2005). Ini berarti, lansia yang memiliki

pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menyerap informasi dan dapat merubah perilaku dan gaya hidup kearah yang lebih positif sehingga dapat menurunkan risiko kejadian stroke.

2.6 Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka teori

Sumber : Modifikasi dari Green dan Kreuter (1991, dalam McMurray, 2003); Miller, 1995; Lewis et al, 2007; Mauk, 2010; Pender, Murdaugh & Parson, 2002; Meiner & Lueckenotte, 2006; House (1981, dalam Kaakinen et al., 2010).

Berdasarkan skema di atas, dapat dijelaskan bahwa dalam proses penuaan, lansia mengalami perubahan-perubahan baik itu perubahan fisiologis maupun

perubahan psikologis (Miller, 1995). Akibat dari perubahan tersebut lansia menjadi rentan untuk mengalami masalah kesehatan terutama penyakit hipertensi. Semakin tua usia, semakin besar kemungkinan menderita hipertensi (Mauk, 2010). Hipertensi juga merupakan faktor risiko yang paling berkontribusi terhadap kejadian stroke. Makin tinggi tekanan darah, makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke (Meiner & Lueckenotte, 2006). Stroke dapat dicegah dengan mengendalikan faktor risiko (Lewis et al., (2007). Dengan melakukan pengontrolan tekanan darah dapat mengurangi kejadian stroke (Black & Hawks, 2009). Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup seperti pengontrolan berat badan, melakukan aktifitas fisik secara teratur, menghindari rokok dan alkohol, mengurangi stress, mengatur diet, dan melakukan pemeriksaan rutin. Modifikasi gaya hidup ini secara langsung dapat mengurangi tekanan darah (Lewis et al., (2007).

Menurut Green dan Kreuter (1991, dalam Mc Murray, 2003), ada beberapa faktor yang berhubungan dengan status kesehatan seseorang. Beberapa diantaranya adalah dukungan keluarga sebagai faktor penguat (*enabling factors*) dan karakteristik individu (jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan) sebagai *predisposing factor*. Rendahnya dukungan keluarga, berhubungan dengan peningkatan angka kesakitan dan kematian (Pender, Murdaugh & Parson, 2002). Dukungan keluarga yang dimaksud berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental (House (1981, dalam Kaakinen et al., 2010). Ini berarti bahwa lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang efektif, diharapkan lansia termotivasi untuk merubah perilaku dan menjalani gaya hidup sehat sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan menurunkan risiko stroke pada lansia hipertensi.

BAB 3

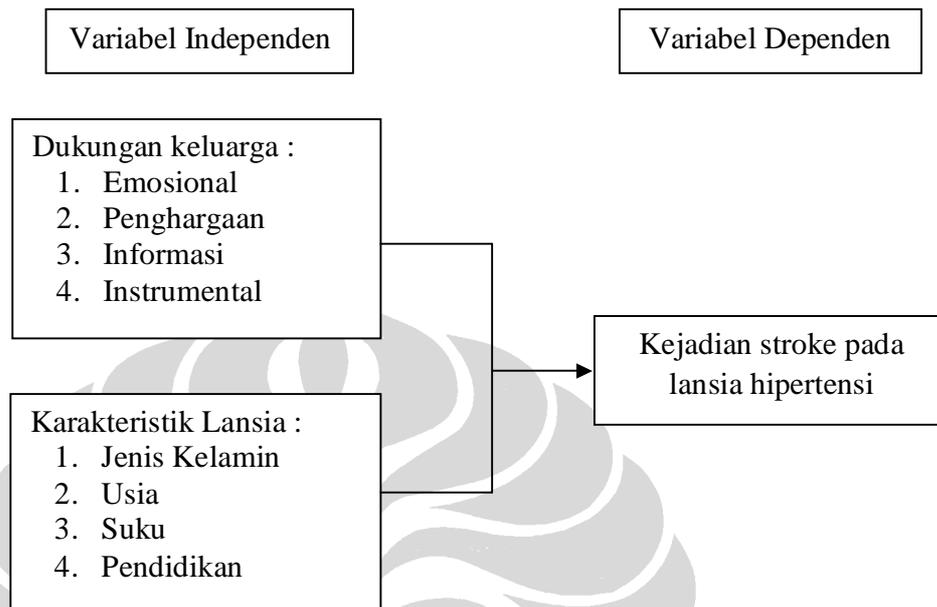
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005). Kerangka konsep pada penelitian ini melihat hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga dan karakteristik klien. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental (House dan Kahn, 1985 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Caplan, 1976 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Bomar, 2004; Kaakinen et al., 2010). Karakteristik lansia meliputi usia, jenis kelamin, suku dan pendidikan. Kedua variabel independen ini dihubungkan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi sebagai variabel dependen. Kejadian stroke pada penelitian ini adalah lansia hipertensi yang sudah terdiagnosa oleh dokter sedang/pernah mengalami gangguan saraf yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak (Black & Hawks, 2009).

Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas, maka hipotesis atau jawaban sementara dari penelitian hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi adalah sebagai berikut :

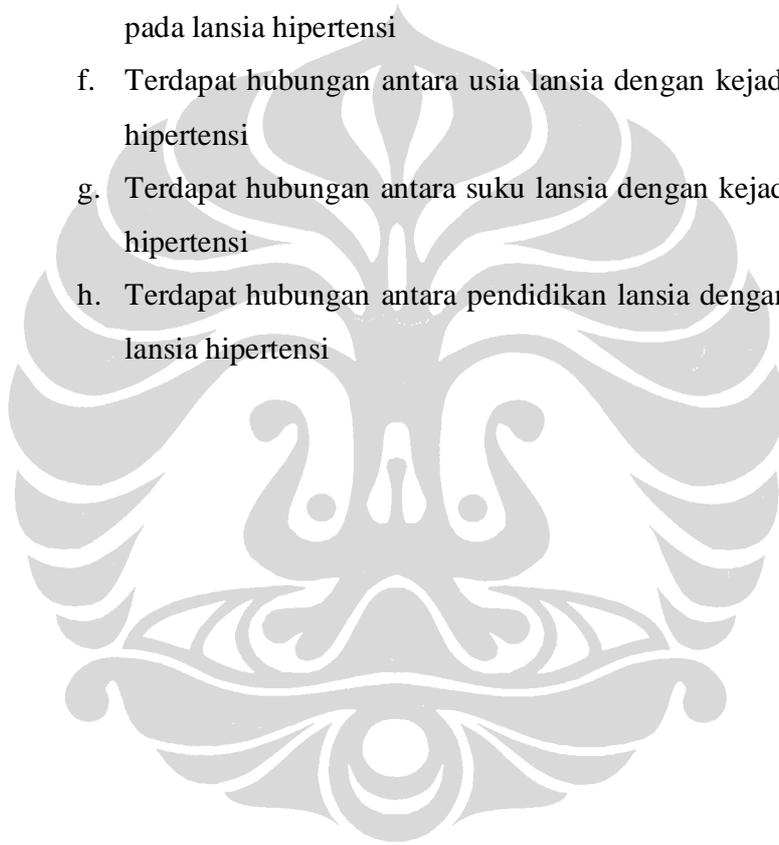
3.2.1 Hipotesis Mayor

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi

3.2.2 Hipotesis Minor

- a. Terdapat hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

- b. Terdapat hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.
- c. Terdapat hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.
- d. Terdapat hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.
- e. Terdapat hubungan antara jenis kelamin lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- f. Terdapat hubungan antara usia lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- g. Terdapat hubungan antara suku lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- h. Terdapat hubungan antara pendidikan lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi



3.3 Definisi Operasional

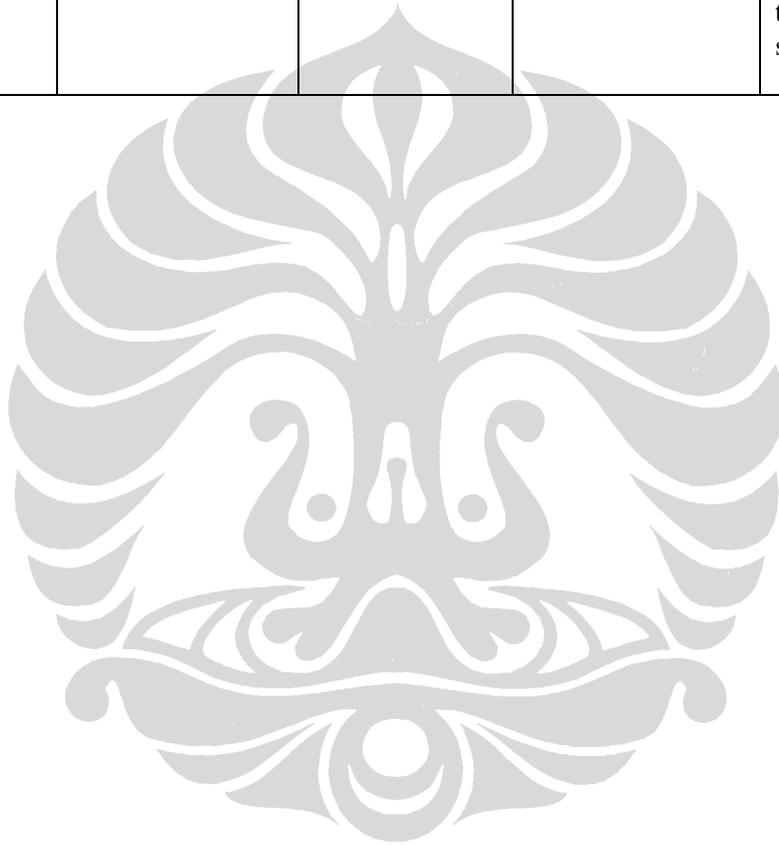
Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen				
	Dukungan Keluarga:				
	a. Emosional	Dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, cinta kasih pada lansia hipertensi	Kuesioner tentang dukungan emosional keluarga dalam bentuk skala Likert yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah dengan 10 buah pernyataan	0=baik jika skor \geq median, dengan nilai median 18 1= kurang jika skor $<$ median	Ordinal
b. Penghargaan	Dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk menghargai, mendengarkan dan berbicara pada lansia hipertensi	Kuesioner tentang dukungan penghargaan keluarga dalam bentuk skala Likert yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah dengan 10 buah pernyataan	0=baik jika skor \geq median, dengan nilai median 17 1= kurang jika skor $<$ median	Ordinal	
c. Informasi	Dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk pemberian informasi terkait tentang hipertensi pada lansia hipertensi	Kuesioner tentang dukungan informasi keluarga dalam bentuk skala Likert yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah dengan 14 buah pernyataan	0=baik jika skor \geq median, dengan nilai median 27 1= kurang jika skor $<$ median	Ordinal	

	d. Instrumental	Dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk bantuan tenaga, waktu, dan biaya untuk mengontrol kesehatan lansia hipertensi	Kuesioner tentang dukungan instrumental keluarga dalam bentuk skala Likert yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah dengan 10 buah pernyataan	0=baik jika skor \geq median, dengan nilai median 14 1= kurang jika skor $<$ median	Ordinal
2	Karakteristik lansia				
	a. Jenis Kelamin	Identitas gender yang dimiliki lansia	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi tentang jenis kelamin	0 = perempuan 1 = laki-laki	Nominal
	b. Usia	Umur lansia sekarang berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi tentang usia	0= Lansia dini (bila lansia berusia 60-74 tahun) 1= Lansia tua (bila lansia berusia \geq 75 tahun)	Ordinal
	c. Suku	Karakteristik responden berdasarkan budaya dan daerah asal	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis yang terdapat dalam kuesioner demografi	0= bukan Minang 1= Minang	Nominal
	d. Pendidikan	Pendidikan formal yang telah dicapai lansia	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi tentang pendidikan lansia	0= Tinggi (bila $>$ SMP) 1= rendah (bila \leq SMP)	Ordinal

3	Variabel Dependen Kejadian stroke pada lansia hipertensi	Lansia hipertensi yang mengalami atau pernah terdiagnosa stroke oleh dokter	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis tentang kejadian stroke pada lansia hipertensi	0= tidak terjadi/ tidak pernah terdiagnosa stroke 1= terjadi/ pernah terdiagnosa stroke	Nominal
---	--	---	---	---	---------



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dengan pendekatan *cross sectional* merupakan penelitian yang dilakukan dengan cara mengukur variabel pada satu saat tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dan karakteristik lansia, sedangkan variabel terikat (*dependent*) adalah kejadian stroke pada lansia hipertensi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang menderita hipertensi yang berusia 60 tahun ke atas yang menetap di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi yang merupakan salah satu puskesmas yang ada di kota Bukittinggi yang tersebar di 4 kelurahan, yaitu: kelurahan Aur Tajungkang Tengah Sawah, Kelurahan Bukit Apit, Kelurahan Kayu Kubu dan Kelurahan Benteng Pasar Atas. Berdasarkan data sekunder dari Puskesmas Perkotaan Bukittinggi dari bulan Februari 2010 sampai bulan Januari 2011, diperoleh data sekitar 221 lansia yang menderita hipertensi.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah lansia yang mengalami hipertensi yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi, yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu: lansia yang berusia 60 tahun ke atas, memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau memiliki tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, pernah terdiagnosa penyakit hipertensi, tidak mengalami gangguan jiwa, tidak

mengalami demensia, tinggal bersama keluarga, pendengaran atau penglihatan yang masih berfungsi cukup baik, bertempat tinggal diwilayah binaan Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

Jumlah sampel yang dijadikan sebagai responden pada penelitian ini dihitung berdasarkan rumus sampel untuk populasi kecil atau kurang dari 10.000 yang dikutip dari Notoatmodjo (2005) adalah sebagai berikut:

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

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = ketepatan yang diinginkan

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel yang diperoleh jika tingkat ketepatan yang diinginkan adalah 0,05:

$$n = \frac{221}{1 + 221(0,05^2)} \quad n = 142,4 \text{ orang}$$

Berdasarkan perhitungan di atas maka didapatkan jumlah sampel sebesar 143 lansia. Untuk mengantisipasi adanya *drop out*, dilakukan penambahan jumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus (Satroasmoro & Ismael, 2002):

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

$$n^* = 143/(1-0,1)$$

$$n^* = 158,9$$

Ket: n^* = Besar sampel setelah dikoreksi
 f = Perkiraan proporsi drop out (0,1)

Berdasarkan perhitungan dengan rumus tersebut, jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini menjadi 159 lansia.

Metode pengambilan sampel adalah *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling*. Dari kerangka sampling lansia yang menderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi, dipilih secara acak sehingga didapatkan jumlah sampel yang diinginkan yaitu berjumlah 159 responden masing-masing 21 responden di kelurahan Bukit Apit, 20 responden di kelurahan Benteng Pasar Atas, 6 responden di kelurahan kayu Kubu, 112 responden di kelurahan Aur Tajungkang Tengah Sawah.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Bukittinggi pada wilayah kerja Puskesmas Perkotaan. Puskesmas Perkotaan Bukittinggi merupakan salah satu dari 6 Puskesmas yang ada di kota Bukittinggi. Berdasarkan data sekunder dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi tahun 2010, dari 6 puskesmas yang ada, puskesmas Perkotaan memiliki lansia hipertensi yang paling banyak. Hasil wawancara dengan beberapa lansia hipertensi, didapatkan bahwa lansia hipertensi sebagian besar tinggal bersama keluarga tetapi masih ditemukan lansia hipertensi yang belum berperilaku sehat dalam menjaga dan mengontrol kesehatannya seperti masih suka makan makanan yang bersantan, merokok dan meminum kopi. Tempat ini juga belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga, karakteristik lansia terhadap kejadian stroke pada lansia hipertensi. Penelitian dilakukan mulai bulan Februari 2011 yang diawali dengan pembuatan proposal kemudian pengumpulan data yang dimulai pada tanggal 2 Mei sampai 4 juni 2011, pengolahan data dan pelaporan hasil penelitian pada tanggal 27 juni 2011.

4.4 Etika Penelitian

4.4.1 Aplikasi Etik dalam Penelitian

Manusia sering dilibatkan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Maka dalam penelitian ini peneliti melindungi hak-hak responden sebagai seorang manusia dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etik dalam penelitian. Polit dan Hungler (1999) menyebutkan bahwa, ada 3 prinsip etik yang harus dipenuhi oleh seorang peneliti, yaitu: *beneficence* dan *maleficence*, prinsip *autonomy*, dan *justice*.

a) *Beneficence dan Maleficence*

Penelitian ini tidak mengakibatkan kerugian pada responden karena penelitian ini tanpa ada perlakuan yang dapat membahayakan responden. Pada penelitian ini lansia hanya diberikan kuesioner tentang dukungan yang diberikan keluarga dan pengisian kuesioner didampingi oleh peneliti. Informasi yang diambil tidak disebarluaskan kepada orang lain dan hanya digunakan peneliti untuk kepentingan penelitian. Lansia yang menghadapi situasi ketidaknyamanan atau merasa kelelahan pada saat pengisian kuesioner, diberikan kesempatan untuk beristirahat sejenak.

b) *Autonomy*

Lansia diberi kebebasan membuat keputusan sendiri untuk ikut berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu lansia boleh mengakhiri keterlibatannya dalam proses penelitian ini tanpa sanksi apapun.

c) *Justice*

Peneliti tidak membeda-bedakan dalam memilih responden pada penelitian ini. Semua lansia diberikan informasi yang sama terkait dengan

tujuan, manfaat, hak responden sebelum lansia bersedia untuk menjadi responden pada penelitian ini. Semua responden sama-sama dihargai dan dihormati, serta informasi yang didapatkan dari seluruh responden sama-sama tetap dijaga kerahasiaannya.

4.4.2 *Informed Consent*

Sebelum lansia membuat keputusan untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini, lansia terlebih dahulu diberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, baik itu tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, dampak yang akan ditimbulkan, kerahasiaan data, tata cara pengisian kuesioner, serta hak lansia untuk menolak ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah lansia memahami dan bersedia ikut berpartisipasi, lansia menandatangani pernyataan kesediaan menjadi responden (*informed consent*) yang berarti lansia telah memperoleh informasi yang adekuat yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan.

4.5 Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan langsung kepada lansia dengan hipertensi. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang berisi beberapa pernyataan tentang dukungan keluarga, karakteristik lansia dan data tentang kejadian penyakit stroke pada lansia hipertensi. Instrumen yang digunakan adalah sebagai berikut:

4.5.1 Kuesioner karakteristik lansia dan kejadian penyakit stroke pada lansia hipertensi.

Bagian ini berkaitan dengan karakteristik dari lansia hipertensi dan kejadian dari penyakit stroke pada lansia hipertensi yang terdiri dari enam pertanyaan yaitu nama inisial, jenis kelamin, usia, pendidikan, suku dan kejadian stroke

pada lansia hipertensi. Responden mengisi jawaban atau dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom dan tempat yang disediakan.

4.5.2 Kuesioner penilaian dukungan keluarga

Kuesioner yang digunakan untuk menilai dukungan keluarga pada penelitian ini dimodifikasi dari kuesioner Zulfitri (2006) tentang hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Kuesioner pada penelitian ini menggunakan 36 pernyataan terkait dengan dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental. Bentuk pernyataan yang digunakan yaitu skala Likert dengan pernyataan positif dan negatif.

Setiap pernyataan memiliki empat pilihan dengan kriteria jawaban sebagai berikut: 3= selalu, 2= sering, 1= kadang-kadang, 0= tidak pernah, untuk pernyataan positif dan sebaliknya 0= selalu, 1= sering, 2= kadang-kadang, 3= tidak pernah, untuk pernyataan negatif. Hasil ukur untuk dukungan keluarga ini ditetapkan bahwa 0= baik (bila \geq median) dan 1= kurang (bila $<$ median). Cut of point yang digunakan adalah median karena nilai dari hasil uji normalitas data didapatkan bahwa data tidak berdistribusi normal. Responden mengisi salah satu jawaban dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan

a) Dukungan emosional

Dukungan emosional memiliki 8 pernyataan. Pernyataan positif dengan nomor 1,2, 3, 4, 5, 7 dan 8. Pernyataan negatif dengan nomor 6

b) Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan memiliki 8 pernyataan. Pernyataan positif dengan nomor 10, 11, 12, 14, dan 15 dan pernyataan negatif nomor 9, 13, dan 16

c) Dukungan informasi

Dukungan informasi memiliki 13 pernyataan yang semuanya merupakan pernyataan positif mulai dengan nomor 17 sampai nomor 29

d) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental memiliki 7 pernyataan. Pernyataan positif dengan nomor 30, 31, 32, 34, 35, dan 36 dan pernyataan negatif dengan nomor 33.

4.6 Uji Instrumen

Sebelum melakukan pengumpulan data, terlebih dahulu dilakukan uji *validitas* dan *reliabilitas* dari kuesioner yang akan digunakan. Tujuan uji coba kuesioner ini adalah untuk mengetahui tingkat *validitas* (kesahihan) dan *reliabilitas* (konsistensi) dari instrumen yang digunakan dalam penelitian. *Validity* berarti sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. *Reliabilitas* suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Untuk menguji *validitas* instrumen dilakukan uji korelasi dengan metoda *Pearson Product Moment* (r) antara skor masing-masing pernyataan dengan skor totalnya. Pernyataan dikatakan valid jika skor pernyataan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Apabila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan dikatakan valid. Pernyataan yang tidak valid dibuang dan pernyataan yang valid selanjutnya diuji reliabilitasnya. Instrumen dikatakan *reliable* yaitu dengan melihat nilai *alpha chombach*, lalu dibandingkan dengan r tabel. Apabila r *alpha* $>$ r tabel, maka kuesioner tersebut *reliable* (Hastono, 2007).

Uji instrumen dilakukan pada 30 responden yang berada di luar wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi yaitu di wilayah kerja puskesmas Guguk

Panjang. Uji instrumen dilakukan oleh peneliti bersama tim penelitian yang berjumlah 6 orang mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan yang sebelumnya telah dilakukan pelatihan untuk menyamakan persepsi tentang penelitian ini.

Hasil uji *validitas*, dari 41 pernyataan terdapat 5 pernyataan yang nilai r hitungannya lebih kecil dari r tabel (0,361) yaitu pernyataan nomor 6, 10, 15, 35 dan 39. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dari 41 pernyataan, terdapat 36 pernyataan yang dapat dianggap valid dan 5 pernyataan yang tidak valid dihilangkan. Pernyataan yang valid, dilanjutkan dengan uji *reliabilitas*. Hasil uji *reliabilitas* menunjukkan nilai r alpha = 0,949. Hal ini menunjukkan bahwa pernyataan telah reliabel karena nilai r alpha > nilai r tabel.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti terlebih dahulu menyelesaikan prosedur administratif penelitian berupa surat lolos kaji etik dari komite etik FIK UI. Setelah itu mengajukan secara tertulis surat permohonan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi pada Kesbang Pol dan Linmas Bukittinggi. Setelah mendapatkan ijin, kemudian diteruskan pada Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan kepala Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

Untuk teknis penelitian, peneliti telah memilih 159 sampel secara acak dari kerangka sampling yang ada di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi. Dalam proses pengumpulan data, peneliti dibantu oleh tim penelitian yang berjumlah 6 orang mahasiswa yang sama pada saat uji instrumen.

Peneliti dan tim mengunjungi rumah lansia untuk meminta kesediaan menjadi responden dengan memberikan penjelasan tentang penelitian sesuai dengan yang tertulis pada surat permohonan menjadi responden. Setelah responden (lansia) memahami dan menyetujui, lansia akan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Selanjutnya, dilakukan pengumpulan data dan terlebih dahulu

dijelaskan kepada lansia bagaimana cara mengisi kuesioner yang berisi tentang data demografi dan dukungan keluarga pada lansia hipertensi. Peneliti atau tim penelitian mendampingi responden (lansia) selama pengisian kuesioner. Kuesioner diisi langsung oleh lansia atau dibantu oleh peneliti. Setelah selesai mengisi kuesioner, selanjutnya peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dari pengisian kuesioner dan kuesioner yang telah terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data. Namun ada beberapa lansia yang meminta agar kuesioner ditinggal dulu untuk diisi dan dijemput pada hari berikutnya sehingga ada beberapa lansia yang tidak dapat didampingi langsung pada saat pengisian kuesioner.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan data

Menurut Hastono (2007), pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

a) *Editing*

Proses pengecekan kembali hasil setiap jawaban kuesioner dilakukan pada saat peneliti masih berada dirumah lansia sesaat setelah kuesioner selesai diisi oleh lansia atau peneliti. Bila ditemukan tulisan yang kurang jelas terbaca atau ada yang belum terisi, langsung ditanyakan kembali kepada lansia.

b) *Coding*

Setiap jawaban diberi kode untuk memudahkan dalam menganalisis data. Pada kuesioner untuk variabel karakteristik lansia, pengkodeaan untuk jenis kelamin adalah 0= perempuan, 1=laki-laki; untuk usia 60-74 tahun= 0, $\geq 75 = 1$; pendidikan 0= > SMP, 1= \leq SMP; suku Minang=1, bukan Minang=0. Variabel kejadian stroke, 0= tidak terjadi stroke, 1= terjadi stroke pada lansia hipertensi

c) *Entry*

Dari hasil koding, selanjutnya melakukan entry data ke dalam komputer

d) *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan, diperiksa kembali untuk memastikan data telah lengkap dan benar-benar bersih dari kesalahan. Proses cleaning dilakukan dengan cara mendeteksi adanya missing dengan melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada.

4.8.2 Analisis data

Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat

a) Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data yang dianalisis univariat pada penelitian ini adalah data kategorik, yaitu jenis kelamin lansia, usia lansia, pendidikan lansia, suku lansia, dukungan keluarga: emosional, penghargaan, informasi dan instrumental dan kejadian stroke pada lansia hipertensi yang disajikan dengan distribusi frekuensi dengan persentase.

b) Analisis bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas (dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan) dan variabel terikat (kejadian stroke pada lansia hipertensi). Uji statistik yang digunakan yaitu uji *chi-square* karena variabel bebas (*independen*) dan variabel terikat (*dependen*) pada penelitian ini merupakan data kategorik.

c) Analisis multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen (dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental keluarga serta jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan lansia) yang dominan dalam mempengaruhi kejadian stroke pada lansia hipertensi. Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik ganda karena variabel dependen berbentuk kategorik dikotom. Prosedur analisis regresi logistik menggunakan langkah sebagai berikut (Hastono, 2007): melakukan analisis bivariat, regresi logistik sederhana antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Hasil uji bivariat yang mempunyai nilai p value $< 0,25$, dapat langsung masuk tahap multivariat. Untuk variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan p value $> 0,25$, namun secara substansi dianggap penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat. Selanjutnya memilih variabel yang dapat masuk ke dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$ satu persatu secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan menjelaskan hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi yang terdiri dari analisis univariat, bivariat dan multivariat.

5.1 Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Data yang dianalisis pada penelitian ini adalah dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental; karakteristik lansia yang terdiri dari usia, jenis kelamin, suku dan pendidikan; kejadian stroke pada lansia hipertensi. Berikut ini dijelaskan gambaran dari variabel tersebut:

5.1.1 Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

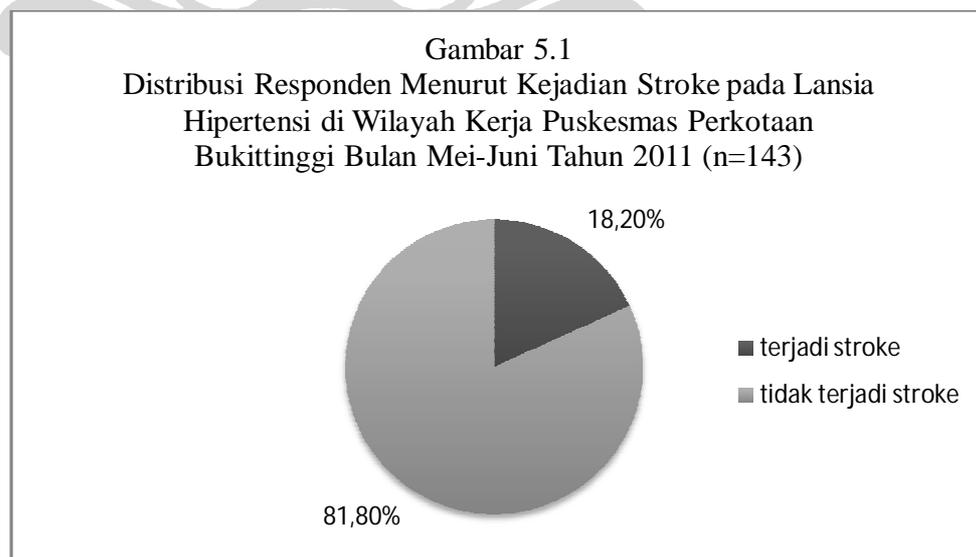
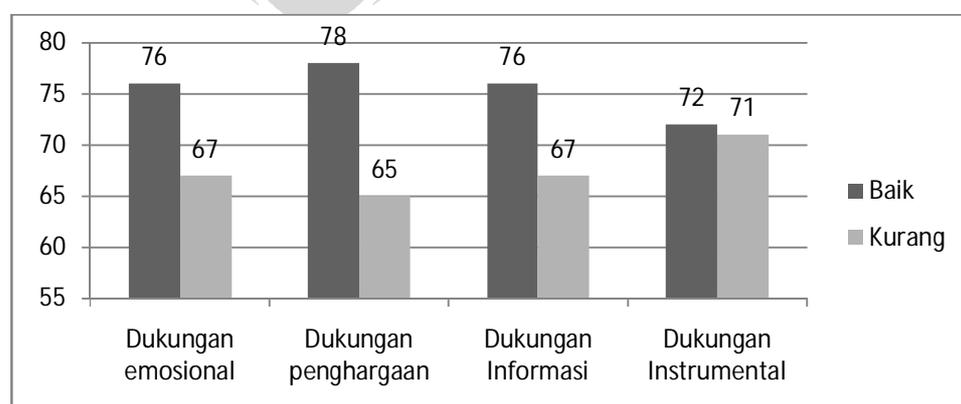


Diagram 5.1 menggambarkan tentang distribusi kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 143 lansia hipertensi, lebih banyak yang tidak terjadi stroke yaitu 117 orang (81,8%), dibandingkan dengan lansia hipertensi yang terjadi stroke yaitu 26 orang (18,2%).

5.1.2 Dukungan Keluarga pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi

Gambaran deskriptif variabel dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental. Sebelum data dukungan keluarga dikategorikan menjadi kategori baik dan kurang, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data. Hasil uji normalitas data didapatkan bahwa data dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental tidak berdistribusi normal. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji *kolmogorov smirnov* yang tidak signifikan yaitu p value $<0,05$ sehingga cut of point untuk pengkategorian dukungan keluarga digunakan nilai median.

Gambar 5.2
Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi Bulan Mei-Juni Tahun 2011 (n=143)



Berdasarkan gambar 5.2, menunjukkan bahwa lansia hipertensi lebih banyak mendapatkan dukungan keluarga yang baik, baik itu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental. Paling banyak lansia hipertensi mendapatkan dukungan penghargaan yaitu 78 orang (54,5%) sedangkan untuk dukungan emosional, dukungan informasi dan dukungan instrumental masing-masing 53,1%, 53,1%, 50,3%.

Bila dilihat pada hasil kuesioner tentang dukungan emosional keluarga, banyak lansia yang menjawab dengan nilai yang rendah untuk dukungan keluarga tentang mengingatkan lansia untuk berolahraga setiap hari dan menanyakan keluhan-keluhan yang lansia rasakan. Untuk dukungan penghargaan, banyak lansia yang menjawab dengan nilai rendah untuk dukungan keluarga tentang meminta pendapat lansia untuk menentukan tempat memeriksakan kesehatannya dan mengajak lansia apabila ada acara keluarga diluar rumah.

Untuk hasil kuesioner tentang dukungan informasi keluarga, banyak lansia yang menjawab dengan nilai rendah untuk dukungan keluarga tentang menjelaskan kepada lansia tentang bahaya minum kopi bagi penderita hipertensi, menjelaskan kepada lansia tentang bahaya merokok bagi penderita hipertensi, menjelaskan kepada lansia tentang pentingnya berolahraga secara teratur, menjelaskan kepada lansia pentingnya melakukan pemeriksaan darah bagi penderita hipertensi dan mengingatkan lansia untuk mengontrol dan memperhatikan berat badan. Untuk dukungan instrumental keluarga, banyak lansia yang menjawab dengan nilai rendah untuk dukungan keluarga menemani lansia untuk berolahraga, mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan lansia dan untuk menyediakan makanan khusus rendah garam untuk lansia.

5.1.3 Karakteristik Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi

Berdasarkan Karakteristik lansia hipertensi (jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan) di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi, menunjukkan bahwa lansia hipertensi lebih banyak yang berjenis kelamin perempuan dari pada lansia laki-laki yaitu 66,4% untuk lansia hipertensi perempuan. Sedangkan berdasarkan usia lebih banyak yang berusia lansia dini (60-74 th), yaitu 74,1%. Berdasarkan karakteristik suku, sebagian besar lansia hipertensi bersuku Minang yaitu 74,8% dan untuk pendidikan lebih banyak lansia hipertensi yang berpendidikan rendah (\leq SMP) yaitu sebesar 70,6%. Distribusinya dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi Bulan Mei-Juni Tahun 2011 (n=143)

Kriteria	Frekuensi	Persentase (%)
1. Jenis kelamin		
Perempuan	95	66,4
Laki-laki	48	33,6
2. Usia		
Lansia dini (60-74 th)	106	74,1
Lansia tua (\geq 75 th)	37	25,9
3. Suku		
Bukan Minang	36	25,2
Minang	107	74,8
4. Pendidikan		
Tinggi ($>$ SMP)	42	29,4
Rendah (\leq SMP)	101	70,6

5.2 Analisis Bivariat

Kegunaan analisis bivariat adalah untuk mengetahui hubungan atau perbedaan antara dua variabel (Hastono, 2007). Berikut ini adalah hasil analisis bivariat beberapa variabel yang ingin diketahui hubungannya, yaitu hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi,

hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dukungan informasi keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, hubungan jenis kelamin dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, hubungan usia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, hubungan suku dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi serta hubungan pendidikan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

5.2.1 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga dan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi Bulan Mei-Juni Tahun 2011 (n=143)

Dukungan Keluarga	Kejadian Stroke				Total		OR	P value
	Terjadi		Tidak terjadi		n	%		
	n	%	n	%				
1. Emosional								
Kurang	20	29,9	47	70,1	67	100	4,965	0,001
Baik	6	7,9	70	92,1	76	100		
2. Penghargaan								
Kurang	18	27,7	47	72,3	65	100	3,351	0,013
Baik	8	10,3	70	89,7	78	100		
3. Informasi								
Kurang	19	28,4	48	71,6	67	100	3,902	0,006
Baik	7	9,2	69	90,8	76	100		
4. Instrumental								
Kurang	20	28,2	51	71,8	71	100	4,314	0,004
Baik	6	8,3	66	91,7	72	100		

5.2.1.1 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dengan Kejadian Stroke

Berdasarkan Tabel 5.2, diperoleh sebanyak 20 (29,9%) lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional keluarga kurang yang terjadi stroke, sedangkan lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional keluarga yang baik, ada 6 (7,9%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan

dengan nilai *p value* =0,001, artinya ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *OR*=4,965, artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional keluarga yang kurang mempunyai peluang 4,965 kali untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan emosional yang baik.

5.2.1.2 Hubungan Dukungan Penghargaan Keluarga dengan Kejadian Stroke

Diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (27,7%) lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan keluarga kurang yang terjadi stroke dan lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan keluarga yang baik, ada 8 (10,3%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan dengan nilai *p value* =0,013, artinya ada hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *OR*=3,351, artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan keluarga yang kurang mempunyai peluang 3,351 kali untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan penghargaan yang baik.

5.2.1.3 Hubungan Dukungan Informasi Keluarga dengan Kejadian Stroke

Diperoleh sebanyak 19 (28,4%) lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi keluarga kurang yang terjadi stroke, sedangkan lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi keluarga yang baik, ada 7 (9,2%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan dengan nilai *p value* = 0,006, artinya ada hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *OR*=3,902, artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi keluarga yang kurang mempunyai peluang 3,902 kali untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan informasi yang baik.

5.2.1.4 Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga dengan Kejadian Stroke

Hasil analisis hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke diperoleh bahwa ada sebanyak 6 (8,3%) lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental keluarga baik yang terjadi stroke. Lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental keluarga yang kurang, terdapat 20 (28,2%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan dengan nilai p value =0,004, artinya ada hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,314$, artinya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental keluarga yang kurang mempunyai peluang 4,314 kali untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang mendapat dukungan instrumental yang baik.

5.2.2 Hubungan Karakteristik Lansia Dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lansia dan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi Bulan Mei-Juni Tahun 2011 (n=143)

Karakteristik Lansia	Kejadian Stroke				Total		OR	P value
	Terjadi		Tidak terjadi		n	%		
	n	%	n	%				
1. Jenis kelamin								
Laki-laki	7	14,6	41	85,4	48	100	0,683	0,573
Perempuan	19	20,0	76	80,0	95	100		
2. Usia								
Lansia tua	8	21,6	29	78,4	37	100	1,349	0,702
Lansia dini	18	17,0	88	83,0	106	100		
3. Suku								
Minang	24	22,4	83	77,6	107	100	4,916	0,043
Bukan Minang	2	5,6	34	94,4	36	100		
4. Pendidikan								
Rendah	24	23,8	77	76,2	101	100	6,234	0,014
Tinggi	2	4,8	40	95,2	42	100		

5.2.2.1 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Pada tabel 5.3 terlihat hubungan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke diperoleh bahwa ada sebanyak 19 (20,0%) lansia hipertensi yang berjenis kelamin perempuan yang terjadi stroke. Sedangkan diantara lansia hipertensi yang berjenis kelamin laki-laki, ada 7 (14,6%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini tidak signifikan dengan nilai p value =0,573, artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

5.2.2.2 Hubungan Usia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara usia dengan kejadian stroke diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (17,0%) lansia hipertensi yang termasuk lansia dini (60-74 th) yang terjadi stroke. Sedangkan diantara lansia hipertensi yang termasuk lansia tua (≥ 75 th), ada 8 (21,6%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini tidak signifikan dengan nilai p value =0,702, artinya tidak ada hubungan antara usia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

5.2.2.3 Hubungan Suku dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara suku dengan kejadian stroke diperoleh bahwa ada sebanyak 2 (5,6%) lansia hipertensi yang bersuku bukan Minang yang terjadi stroke. Sedangkan diantara lansia hipertensi yang bersuku Minang, ada 24 (22,4%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan dengan nilai p value =0,042, artinya ada hubungan antara suku dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,916$, artinya lansia hipertensi yang bersuku Minang mempunyai peluang 4,916 kali

untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang bersuku bukan Minang.

5.2.2.4 Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kejadian stroke diperoleh bahwa ada sebanyak 2 (4,8%) lansia hipertensi yang berpendidikan tinggi (>SMP) yang terjadi stroke. Sedangkan diantara lansia hipertensi yang berpendidikan rendah (\leq SMP) , ada 24 (23,8%) yang terjadi stroke, ternyata perbedaan ini signifikan dengan nilai p value =0,014, artinya ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=6,234, artinya lansia hipertensi yang berpendidikan rendah mempunyai peluang 6,234 kali untuk terjadinya stroke dibanding lansia hipertensi yang berpendidikan tinggi.

5.3 Analisis Multivariat Faktor yang Dominan Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis Multivariat yang digunakan adalah regresi logistik ganda model prediksi yang bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen (kejadian stroke pada lansia hipertensi)

5.3.1 Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Pemilihan variabel yang dapat masuk model multivariat dilakukan dengan menganalisis bivariat secara logistik sederhana antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kejadian stroke pada lansia hipertensi, diantaranya

adalah: dukungan keluarga yakni: dukungan emosional keluarga, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental keluarga serta karakteristik lansia yang terdiri dari jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan lansia. Hasil seleksi kandidat variabel antara variabel dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi dengan menggunakan uji regresi logistik dengan model prediksi dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4
Hasil Seleksi Kandidat Variabel

Variabel	<i>p value</i>
Dukungan emosional	0,001
Dukungan penghargaan	0,007
Dukungan informasi	0,003
Dukungan instrumental	0,002
Jenis kelamin	0,421
Usia	0,535
Suku	0,012
Pendidikan	0,003

Berdasarkan hasil seleksi kandidat variabel pada tabel 5.4, menunjukkan bahwa terdapat dua variabel yang memiliki nilai $p > 0,25$ yaitu jenis kelamin ($p \text{ value}=0,421$) dan usia ($p \text{ value}=0,535$). Ini berarti bahwa variabel jenis kelamin dan usia tidak dapat masuk ke multivariat. Adapun variabel yang dapat dianalisis multivariat adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, suku dan pendidikan.

5.3.2 Pembuatan Model Multivariat

Dalam pemodelan ini, semua variabel yang masuk ke dalam analisis multivariat berdasarkan hasil seleksi bivariat, dianalisis dengan kejadian stroke yaitu variabel dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, suku dan pendidikan.

Tabel 5.5
Hasil Analisis Full Model Antar Variabel

Variabel	I		II		III		IV		V	
	p value	p value	Perubahan OR (%)							
D. Emosional	0,109	0,051	13,37	0,105	1,06	0,060	14,95			
D. Penghargaan	0,513	0,435	6,25			0,341	16,11	0,482	2,15	
D. Informasi	0,602			0,500	9,49	0,332	28,68	0,205	52,26	
D. Instrumental	0,260	0,166	11,80	0,188	10,05			0,133	21,95	
Suku	0,037	0,037	-0,18	0,034	2,34	0,029	6,95	0,049	-10,39	
Pendidikan	0,040	0,042	-1,84%	0,031	6,94	0,047	-6,03	0,024	15,56	

Pada tabel 5.5 terlihat bahwa ada 4 variabel yang memiliki p value $>0,05$ yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental, sehingga satu persatu dikeluarkan dari model secara berurutan dari variabel yang memiliki p value terbesar yaitu diawali dengan dukungan informasi dengan nilai p value=0,602.

Setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR antara sebelum dan setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan, ternyata dukungan emosional dan dukungan instrumental berubah $>10\%$. Dengan demikian variabel dukungan informasi dimasukkan kembali dalam model. Selanjutnya mengeluarkan variabel yang memiliki p value terbesar. P value yang terbesar adalah dukungan penghargaan (p value=0,435).

Setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR antara sebelum dan setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan, ternyata dukungan emosional dan dukungan instrumental berubah $>10\%$. Dengan demikian variabel dukungan informasi dimasukkan kembali dalam model. Selanjutnya mengeluarkan variabel yang memiliki p value terbesar. P value yang terbesar adalah dukungan penghargaan (p value=0,435).

Pada saat variabel dukungan penghargaan dikeluarkan dan dukungan informasi dimasukkan kembali dalam model, hasil perbandingan OR untuk variabel dukungan instrumental berubah >10%. Dengan demikian variabel dukungan penghargaan dimasukkan kembali dalam model. Selanjutnya mengeluarkan variabel dukungan instrumental dari model multivariat karena memiliki *p value* >0,05 yaitu 0,188.

Setelah variabel dukungan instrumental dikeluarkan dan dukungan penghargaan dimasukkan kembali dalam model, hasil perbandingan OR untuk variabel dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informasi berubah >10%. Dengan demikian variabel dukungan instrumental dimasukkan kembali dalam model. Selanjutnya mengeluarkan variabel dukungan emosional dari model multivariat karena memiliki *p value* >0,05 yaitu 0,06.

Terakhir, setelah variabel dukungan emosional dikeluarkan dan dukungan instrumental dimasukkan kembali dalam model, hasil perbandingan OR untuk variabel dukungan informasi, dukungan instrumental dan pendidikan berubah >10%. Dengan demikian variabel dukungan emosional dimasukkan kembali dalam model.

Setelah melalui 5 tahapan dengan mengeluarkan satu per satu variabel yang mempunyai nilai *p value* > 0,05, ternyata dari seluruh tahapan hasil analisis, terdapat perubahan perbandingan nilai OR > 10%, sehingga semua variabel yang telah dikeluarkan, dimasukkan kembali ke dalam model, sehingga didapatkan model terakhir seperti yang tampak dalam tabel 5.6 berikut ini

Tabel 5.6
Model Terakhir

Variabel	B	p value	OR	CI 95%
Dukungan emosional	1,001	0,109	2,721	0,800 – 9,258
Dukungan penghargaan	0,365	0,513	1,440	0,482 – 4,301
Dukungan informasi	0,345	0,602	1,412	0,386 – 5,161
Dukungan instrumental	0,722	0,260	2,059	0,587 – 7,222
Suku	1,672	0,037	5,321	1,108 – 25,567
Pendidikan	1,640	0,040	5,153	1,077 – 24,653

Berdasarkan model terakhir, didapatkan hasil analisis multivariat, dimana variabel yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi adalah variabel suku dan pendidikan. Sedangkan variabel dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental sebagai variabel konfounding.

Hasil analisis didapatkan OR dari variabel suku adalah 5,3, artinya lansia hipertensi yang bersuku Minang akan berisiko untuk terjadinya stroke sebesar 5,3 kali lebih tinggi dibandingkan lansia hipertensi yang bersuku bukan Minang setelah dikontrol variabel pendidikan, dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental. Begitu juga dengan variabel pendidikan, dimana hasil OR dari variabel pendidikan adalah 5,1, artinya lansia hipertensi yang berpendidikan rendah akan berisiko untuk terjadinya stroke sebesar 5,1 kali lebih tinggi dibandingkan lansia hipertensi yang berpendidikan tinggi setelah dikontrol variabel suku, dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental.

Pada hasil analisis multivariat ini juga dapat terlihat bahwa variabel yang dominan berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi adalah variabel suku karena memiliki nilai OR yang paling besar yaitu 5,321.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Pada bagian ini akan membahas tentang hasil penelitian yang meliputi tentang dukungan keluarga, karakteristik lansia yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Pada interpretasi dan diskusi hasil ini, peneliti akan membandingkan hasil yang diperoleh dengan teori dan penelitian terdahulu yang relevan.

6.1.1 Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang distribusi kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi didapatkan dari 143 lansia hipertensi, ada 26 orang (18,2%) yang mengalami stroke. Ini berarti ada sebagian kecil dari lansia hipertensi yang mengalami stroke, namun hasil yang didapatkan ini lebih besar jika dibandingkan dari hasil wawancara dengan petugas puskesmas yang memperkirakan hanya 10% lansia hipertensi yang mengalami stroke. Berdasarkan hal tersebut, tidak dapat dijelaskan apakah jumlah kasus stroke di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi mengalami kenaikan atau penurunan dari sebelumnya, karena petugas puskesmas tidak dapat menunjukkan dengan pasti jumlah lansia dengan stroke karena tidak memiliki data untuk kejadian stroke di wilayah tersebut. Petugas juga mengatakan bahwa penderita stroke biasanya akan langsung pergi ke rumah sakit seperti ke Rumah Sakit Stroke Nasional atau rumah sakit lainnya yang ada di Bukittinggi.

Bila dilihat dari angka kejadian stroke berdasarkan data dari Rumah Sakit Stroke Nasional dari Januari sampai Agustus 2003, bahwa penderita stroke yang berasal dari daerah Bukittinggi berjumlah 36 orang (Chaniago, 2003).

Hal ini menunjukkan bahwa ada kecenderungan tinggi lansia yang mengalami hipertensi berlanjut menjadi stroke. Bila dilihat dari angka kejadian stroke yang didapatkan pada penelitian ini yaitu 26 orang, masih dibawah dari angka kejadian tahun 2003. Namun, angka ini belum dapat dikatakan lebih rendah dari data tahun 2003, karena data tahun 2003 tersebut bukan hanya dari usia lansia saja tetapi dari semua usia yaitu mulai dari usia 20 sampai 90 tahun dan data ini juga merupakan data dari kota Bukittinggi secara keseluruhan. Sementara data yang didapat dari penelitian ini hanya berasal dari wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi yang merupakan salah satu dari enam puskesmas yang ada di kota Bukittinggi.

Seseorang dengan hipertensi sangat berisiko untuk mengalami stroke. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Lueckenotte dan Meiner (2006), bahwa hipertensi merupakan faktor risiko yang paling berkontribusi terhadap kejadian stroke. Hal ini didukung juga oleh penelitian Kristiyawati (2008), yang menunjukkan adanya hubungan antara kejadian stroke dengan hipertensi dan hipertensi merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian stroke. Selain itu ditambah lagi dengan adanya faktor usia dimana kemunduran sistem pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia sehingga semakin tinggi kemungkinan lansia untuk mengalami stroke. Hal ini didukung oleh penelitian Zhang et al. (2010), yang menemukan adanya pengaruh antara usia dengan kejadian stroke. Ini berarti bahwa semakin tua usia, semakin tinggi pula risiko untuk terjadinya stroke.

Menurut analisis peneliti, terjadinya stroke pada lansia hipertensi disamping karena faktor usia juga disebabkan karena kebiasaan gaya hidup yang kurang sehat. Bila dilihat dari hasil kuesioner, keluarga masih banyak yang kurang memberikan dukungan terhadap lansia hipertensi, terutama dalam hal menyediakan makanan khusus untuk lansia hipertensi, pemberian informasi terkait rokok dan kopi dan berolahraga secara teratur. Menurut Kowalski, 2010; Martuti, 2009; Lewis et al., 2007; Miller, 1995, mengatur diet termasuk

dalam penatalaksanaan pada penderita hipertensi. Begitu juga dengan perlunya menghindari rokok dan kopi bagi penderita hipertensi karena rokok dan kopi dapat meningkatkan tekanan darah seperti hasil penelitian Zhang et al. (2010), yang menemukan adanya hubungan antara merokok dengan kejadian stroke. Bila lansia hipertensi tidak mengatur pola makan dan tidak menghindari rokok dan kopi, berarti lansia akan berisiko untuk terjadinya stroke.

Menurut Kowalski (2010) & Pinzon (2010), sifat hipertensi yang tidak menimbulkan gejala berkontribusi besar terhadap rendahnya angka kepedulian dan keteraturan berobat pasien. Berdasarkan dari hasil penelitian, hampir sebagian lansia hipertensi belum mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga. Seperti yang didapat dari hasil kuesioner bahwa banyak keluarga kurang menanyakan keluhan-keluhan yang dirasakan lansia, jarang mengingatkan lansia untuk berolahraga, kurang dalam menyarankan lansia untuk ikut kegiatan kesehatan dan jarang menyediakan makanan khusus untuk lansia. Berdasarkan hal tersebut, peneliti berpendapat, bahwa terjadinya stroke pada lansia hipertensi dapat juga disebabkan karena kurang pedulinya keluarga terhadap kesehatan lansia hipertensi karena sifat hipertensi tidak menimbulkan gejala sehingga keluarga kurang memperhatikan kondisi lansia sehingga lansia hipertensi tidak menjalani pengobatan secara tepat. Hal ini juga sudah dibuktikan pada penelitian Siregar (2005), yang menemukan bahwa dari 50 pasien stroke dengan riwayat hipertensi, hanya 10,0% yang berobat secara teratur.

Peneliti juga dapat menganalisa terjadinya stroke pada lansia hipertensi dapat disebabkan karena lansia hipertensi memiliki pendidikan yang rendah. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 70,6% lansia hipertensi dengan pendidikan rendah. Seperti yang diketahui bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mendengar, menyerap informasi, menyelesaikan masalah, perilaku serta gaya hidup (Lueckenotte, 2000). Hal

ini dibuktikan juga oleh penelitian Shu & Yea (2003), bahwa adanya hubungan antara fungsi kognitif dengan tingkat pendidikan lansia. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi fungsi kognitifnya. Kemampuan kognitif seseorang akan membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk menjaga kesehatan diri sendiri (Potter & Perry, 2005). Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa lansia hipertensi yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah akan kurang memahami tentang penyakitnya sehingga tidak dapat menjaga kesehatannya sendiri sehingga lansia hipertensi akan berisiko untuk mengalami stroke.

6.1.2 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Dukungan keluarga yang akan dibahas di sini meliputi bagaimana gambaran tentang dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental keluarga terhadap lansia hipertensi dan juga membahas tentang hubungan dukungan keluarga tersebut dengan kejadian stroke pada Lansia Hipertensi

6.1.2.1 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari sebagian lansia hipertensi sudah mendapatkan dukungan emosional yang baik dari keluarganya. Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian Zulfitri (2006), yang juga menemukan sebagian besar lansia hipertensi (54,8%) telah mendapatkan dukungan emosional yang efektif dari keluarganya. Menurut analisa peneliti, sebagian besar keluarga telah menjalankan fungsi afektifnya karena menurut Friedman (1998, dalam Setiadi, 2008), salah satu fungsi keluarga adalah

fungsi afektif dan dukungan emosional termasuk dalam fungsi afektif dari keluarga.

Berdasarkan hasil kuesioner keluarga lebih banyak yang selalu menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu lansia, selalu merawat lansia dengan penuh kasih sayang, selalu membantu dengan tulus ikhlas, selalu mendengarkan keluhan yang dirasakan lansia, tidak pernah membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah. Menurut analisa peneliti, sebagian besar keluarga telah memahami bahwa lansia hipertensi harus diberikan perhatian dan kasih sayang agar lansia tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah dan merasa putus asa seperti yang dikatakan Nugroho (2000), bahwa lansia yang sudah mengalami berbagai perubahan dan penurunan fungsi dapat mengakibatkan terjadinya rasa sedih, putus asa, harga diri rendah dan perasaan tidak berguna. Ini berarti sebagian besar lansia hipertensi sudah mendapatkan tempat yang nyaman untuk beristirahat karena merasa tidak sendiri dan masih ada keluarga yang menyayangi dan memperhatikannya.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan emosional yang diberikan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Seperti yang disampaikan oleh Nugroho (2000), bahwa lansia biasanya dihadapkan dengan penurunan fungsi tubuh dan meningkatnya *sensitivitas* emosional, seperti rasa sedih, putus asa, kecewa, harga diri rendah, cemas dan perasaan tidak berguna. Perubahan ini akan mempengaruhi perilaku lansia dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatannya. Berdasarkan hal ini dapat dikatakan, bila lansia mendapatkan dukungan emosional dari keluarga berupa perhatian, kasih sayang dan empati akan dapat meningkatkan motivasi lansia dalam berperilaku kearah yang lebih baik.

House (1994, dalam Setiadi, 2008) juga mengatakan bahwa lansia sangat membutuhkan dukungan emosional sehingga lansia merasa dirinya tidak

menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mendengar dan membantu memecahkan masalah yang terjadi. Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan emosional yang baik akan dapat mengurangi rasa kecemasan lansia karena takut terabaikan dan hidup sendirian. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Handayani (2009), yang menemukan adanya korelasi yang kuat antara dukungan emosional keluarga dengan tingkat kecemasan lansia. Begitu juga dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang menemukan adanya hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Dapat dikatakan bahwa, semakin baik dukungan emosional yang diberikan keluarga pada lansia hipertensi akan semakin baik pula perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya sehingga mengurangi risiko untuk terjadinya stroke. Hal yang sama juga ditemukan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Tsouna, et al., (2000), adanya hubungan antara dukungan emosional yang diberikan keluarga terhadap peningkatan status fungsional pada pasien pasca stroke.

Friedman, Bowden dan Jones (2003) juga mengatakan bahwa dengan terpenuhinya dukungan emosional dalam keluarga akan meningkatkan kualitas manusia, stabilisasi kepribadian, perilaku dan harga diri anggota keluarganya. Ini berarti bahwa semakin baik dukungan emosional yang diperoleh lansia hipertensi, akan semakin baik kualitas manusia, harga diri dan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya sehingga dapat mengurangi risiko untuk terjadi stroke. Oleh sebab itu, keluarga hendaknya memberikan dukungan emosional yang baik kepada lansia hipertensi seperti memberikan perhatian terhadap kondisi lansia, memberikan kasih sayang saat menghadapi lansia sehingga angka kejadian stroke dapat diturunkan.

6.1.2.2 Hubungan Dukungan Penghargaan Keluarga dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa lebih dari sebagian lansia hipertensi sudah mendapatkan dukungan penghargaan yang baik dari keluarga. Hasil penelitian Zulfitri (2006) juga menemukan bahwa sebagian besar lansia hipertensi sudah mendapatkan dukungan penghargaan yang efektif (53,6%). Menurut analisa peneliti, sebagian besar keluarga juga sudah menjalankan fungsi afektifnya karena menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), dukungan penghargaan juga merupakan bentuk fungsi afektif dari keluarga. Menurut Bomar (2004), bentuk dukungan penghargaan keluarga berupa pemberian penghargaan dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan/ide atau perasaan seseorang.

Berdasarkan dari hasil kuesioner, keluarga sudah banyak yang melakukan dukungan penghargaan yang baik pada lansia hipertensi seperti jarang tidak melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga, sering mendengarkan saran yang diberikan lansia, sering mengikutsertakan lansia dalam setiap acara keluarga dan selalu menerima lansia apa adanya dengan segala keterbatasannya. Ini berarti sebagian besar keluarga telah memberikan penghargaan berupa dorongan, menerima lansia dengan segala keterbatasannya dan menunjukkan respon positif terhadap lansia.

Hal ini juga mungkin bisa disebabkan karena budaya yang ada di Minangkabau seperti yang dikemukakan oleh Navis (1984, dalam Fitriani, 2009), bahwa masyarakat Minangkabau, memandang kedudukan dan peranan lansia dalam keluarga dan masyarakat dianggap sebagai orang yang harus dihormati dan dihargai sehingga orang tua laki-laki memperoleh gelar kehormatan dan menjadi pemimpin bagi keluarga luasnya dalam memberikan nasehat untuk semua masalah terutama masalah adat.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan penghargaan yang diberikan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Seperti yang dikatakan Friedman, Bowden dan Jones (2003), dukungan penghargaan keluarga dapat meningkatkan status psikososial anggota keluarganya. Ini berarti bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan berupa pemberian dorongan, bimbingan, dan umpan balik akan merasa masih berguna dan berarti untuk keluarga sehingga akan meningkatkan harga diri dan motivasi lansia dalam upaya meningkatkan status kesehatannya seperti yang disebutkan oleh Fitriyani (2009), bahwa perasaan diterima oleh orang lain akan mempengaruhi derajat kesehatan lansia.

Hal ini juga dibuktikan oleh penelitian Zulfitri (2006) yang menemukan adanya hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Semakin baik dukungan penghargaan keluarga terhadap lansia hipertensi akan semakin baik pula perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Ini berarti bahwa lansia yang memiliki dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya kearah yang lebih baik pula sehingga hipertensi yang terkontrol akan mengurangi risiko untuk terjadi stroke. Oleh sebab itu, keluarga harus memberikan dukungan penghargaan berupa memberikan umpan balik, membimbing dan member bantuan dalam memecahkan masalah yang dihadapi lansia sehingga angka kejadian stroke dapat diturunkan.

6.1.2.3 Hubungan Dukungan Informasi Keluarga dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian, lebih dari sebagian lansia hipertensi sudah mendapatkan dukungan informasi baik dari keluarganya. Hasil penelitian ini juga sama dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang juga mendapatkan

bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi yang efektif lebih besar dari pada yang mendapatkan dukungan informasi yang tidak efektif yaitu 52,4% lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi yang efektif.

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), dukungan informasi termasuk ke dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap anggota keluarganya. Dukungan informasi ini dapat diberikan keluarga dalam bentuk memberikan saran, arahan dan informasi penting yang dibutuhkan oleh lansia (Bomar, 2004). Berdasarkan hasil dari kuesioner, keluarga banyak yang sudah memberikan dukungan informasi dengan baik seperti selalu menjelaskan kepada lansia tentang pentingnya menjaga kesehatan.

Menurut analisa peneliti, sebagian besar keluarga lansia hipertensi telah menjalankan fungsi perawatan kesehatan terhadap anggota keluarganya dengan memberikan informasi-informasi, saran yang dibutuhkan oleh lansia hipertensi terkait dengan penyakit dan perawatannya walaupun pada hasil kuesioner, ada beberapa keluarga yang belum memberikan beberapa informasi seperti menjelaskan bahaya minum kopi dan merokok, menjelaskan pentingnya olahraga secara teratur, pentingnya mengontrol dan memperhatikan berat badan bagi penderita hipertensi. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya pengetahuan keluarga terkait dengan beberapa informasi tersebut. Untuk informasi terkait kopi dan merokok, mungkin saja karena sebagian besar lansia adalah perempuan yang kurang minum kopi atau tidak merokok sehingga keluarga tidak pernah memberikan informasi terkait dengan bahaya kopi dan merokok pada lansia hipertensi tersebut.

Pada penelitian ini juga ditemukan adanya hubungan antara dukungan informasi yang diberikan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Menurut analisa peneliti, lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi dari keluarga berupa nasehat, pengarahan, atau

pemberian informasi yang cukup terkait dengan penyakitnya, akan termotivasi untuk merubah perilakunya menjadi lebih sehat. Seperti yang diketahui bahwa lansia sudah mengalami penurunan pemahaman, pengertian, dan perhatian sehingga lansia membutuhkan dukungan informasi dari orang lain yaitu keluarga. Lansia hipertensi yang mendapatkan informasi yang cukup dari keluarga akan memahami apa yang harus dilakukan agar tekanan darahnya selalu normal dan tetap terkontrol dengan baik. Tekanan darah yang selalu terkontrol dengan baik akan mengurangi risiko untuk mengalami komplikasi yang lebih berat atau jatuh pada kondisi yang lebih buruk.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006) yang juga menemukan adanya hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Berdasarkan hal ini, berarti lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi yang baik akan meningkatkan perilaku lansia hipertensi juga dalam mengontrol kesehatannya. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Friedman, Bowden dan Jones (2003), yang mengatakan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan informasi yang cukup akan termotivasi untuk tetap menjaga kondisi kesehatan menjadi lebih baik. Ini berarti bahwa keluarga harus memberikan saran, nasehat dan informasi yang cukup kepada lansia hipertensi terkait dengan penyakit dan perawatannya sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya stroke pada lansia hipertensi dan angka kejadian stroke dapat diturunkan.

6.1.2.4 Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Berdasarkan distribusi dukungan instrumental keluarga, menunjukkan bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental yang baik hampir sama dengan lansia yang mendapatkan dukungan instrumental yang kurang. Hasil ini juga sama dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang menemukan

lebih banyak lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan Instrumental yaitu sebesar 57,3%.

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), dukungan instrumental ini juga termasuk dalam fungsi perawatan kesehatan dan fungsi ekonomi keluarga. Fungsi perawatan kesehatan dapat berupa menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal dan fungsi ekonomi keluarga berupa penyediaan finansial yang cukup. Bentuk dukungan instrumental yang dapat diberikan keluarga dapat juga berupa bantuan tenaga maupun waktu kepada anggota keluarganya (Bomar, 2004; Kaakinen et al., 2010).

Berdasarkan hasil kuesioner, keluarga sudah lebih banyak memberikan dukungan instrumental kepada lansia hipertensi seperti selalu mengantar lansia untuk berobat, sering meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan yang disampaikan lansia dan selalu memberikan suasana ketenangan kepada lansia di rumah. Dari hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa sebagian besar keluarga juga telah menjalankan fungsi perawatan kesehatan berupa menyediakan waktu dan tenaga untuk lansia hipertensi dengan baik.

Hal ini mungkin saja disebabkan karena keluarga telah memahami bahwa lansia saat ini sangat membutuhkan dukungan instrumental untuk pemeliharaan, biaya berobat atau pemulihan kesehatannya karena lansia sudah memasuki masa pensiun atau lansia sudah memiliki keterbatasan fisik sehingga lansia tidak lagi memiliki penghasilan yang sama seperti dahulu saat masih bekerja atau produktif. Hal ini dapat dijelaskan dari hasil kuesioner, sudah banyaknya keluarga menyediakan waktu untuk mengantarkan lansia pergi berobat, meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan lansia, memberikan suasana ketenangan dirumah.

Banyaknya lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental mungkin juga disebabkan adanya unsur budaya seperti yang dikatakan pada

penelitian Indrizal (2005 dalam Fitriani, 2009), bahwa dalam tatanan masyarakat matrilineal Minangkabau, hubungan keluarga dan tradisi merantau merupakan jaminan sosial bagi lansia di Minangkabau tidak boleh hidup tersia-sia dihari tuanya, karena hal tersebut dapat menjadi aib malu anak kemenakan, keluarga, kerabat atau bahkan orang sekampung. Berdasarkan hal tersebut keluarga akan tetap menjaga dan memberikan dukungan terhadap lansia.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Menurut analisa peneliti, lansia yang mendapatkan dukungan instrumental seperti tenaga, dana dan waktu dari keluarganya akan mempermudah lansia dalam melakukan aktifitasnya terkait dengan persoalan-persoalan yang dihadapi lansia dengan hipertensi. Seperti yang dikatakan oleh Miller (1995), lansia yang memiliki penyakit kronik kadang membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari hari. Lansia dengan penyakit kronik harus melakukan perubahan gaya hidup, harus menjalani pengobatan, pengeluaran untuk obat-obatan. Sementara itu, lansia yang sudah memasuki masa pensiun atau tidak lagi bekerja karena penurunan kemampuan fisik, sehingga sumber penghasilan atau pendapatan menjadi berkurang.

Selain itu, lansia yang sudah mengalami penurunan fungsi tubuh juga akan sangat membutuhkan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya terutama lansia hipertensi dalam menyediakan diet yang sesuai, menemani lansia dalam melakukan perawatan dan pemeriksaan kesehatan seperti yang disebutkan oleh Watson (2003), bahwa lansia juga mengalami penurunan fungsi tubuh sehingga kemandirian lansia menjadi berkurang. Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental yang baik dari keluarga akan dapat menjaga dan mengontrol kesehatannya dengan baik sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan menurunkan risiko untuk terjadinya stroke.

Hasil Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Tsouna, et al., (2000) terhadap 43 orang pasien pasca stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan instrumental dapat meningkatkan status fungsional pada pasien stroke. Ini berarti, bila lansia dengan hipertensi mendapatkan dukungan instrumental yang cukup dari keluarga dapat meningkatkan status kesehatan lansia sehingga menurunkan risiko terjadinya stroke. Oleh sebab itu, keluarga harus memberikan fasilitas yang dibutuhkan lansia seperti menyediakan waktu untuk mendampingi lansia, menyediakan dana yang cukup untuk pengobatan dan perawatan lansia, dan menyediakan tenaga untuk membantu lansia, sehingga angka kejadian stroke dapat diturunkan.

6.1.3 Hubungan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Pada bagian ini akan dibahas tentang gambaran karakteristik lansia hipertensi yang meliputi jenis kelamin, usia, suku dan pendidikan dan juga membahas tentang hubungan karakteristik lansia tersebut dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi

6.1.3.1 Hubungan Jenis Kelamin Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil penelitian tentang distribusi jenis kelamin dari lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi didapatkan bahwa mayoritas lansia berjenis kelamin perempuan. Sesuai dari hasil wawancara dengan petugas puskesmas, didapatkan bahwa lansia perempuan yang lebih banyak memeriksakan kesehatannya ke posyandu maupun ke puskesmas sehingga data yang tercatat pada puskesmas lebih banyak lansia hipertensi yang berjenis kelamin perempuan sehingga kemungkinan yang terambil sebagai sampel juga lebih banyak lansia hipertensi yang berjenis kelamin perempuan. Hal ini juga dapat disebabkan karena usia harapan hidup perempuan lebih

panjang dibandingkan laki-laki (<http://www.menegpp.go.id>, 2009), sehingga jumlah penduduk lansia perempuan lebih banyak ditemukan dibandingkan lansia laki-laki.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006), yang juga menemukan lansia hipertensi mayoritas berjenis kelamin perempuan (64,6%). Zulfitri membahas bahwa antara lansia laki-laki dan perempuan mempunyai respon yang berbeda dalam menghadapi masalah. Dimana lansia laki-laki cenderung kurang peduli, tidak mau menjaga, mengontrol ataupun memeriksakan kesehatannya secara rutin ke puskesmas atau posyandu sehingga lansia hipertensi perempuan lebih banyak ditemukan dari pada lansia hipertensi laki-laki.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Martuti (2009), yang menyatakan bahwa umumnya laki-laki yang memiliki peluang lebih besar untuk terserang hipertensi dibanding perempuan, tetapi bila dilihat dari teori yang dikemukakan oleh Black dan Hawks (2009) yang menyatakan bahwa kejadian hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan sampai usia 55 tahun. Usia 55-74 tahun, risiko antara laki-laki dan perempuan menjadi sama, dan setelah usia 74 tahun, perempuan yang berisiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi. Hal ini dapat menjelaskan bahwa lansia pada penelitian ini yang memiliki usia 60 tahun keatas memiliki risiko yang sama untuk menderita hipertensi antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 2004, yang menemukan bahwa untuk lansia yang berusia 65-74 tahun, hipertensi ditemukan lebih banyak yang berjenis kelamin perempuan (73,9%) dibanding laki-laki (63,3%) (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Hasil ini tidak sesuai dengan pendapat dari *Premiery Prevention of Stroke, AHA/ASA guidelines*

stroke (2006, dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008) yang mengatakan bahwa stroke diketahui lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding perempuan. Hasil penelitian Andersen, Andersen dan Olsen (2010) juga menemukan dari 40.102 pasien stroke, 52,1% adalah laki-laki dan 47,9% nya adalah perempuan. Begitu juga dengan penelitian Zhang et al. (2010), yang mengatakan adanya pengaruh antara jenis kelamin laki-laki hipertensi dengan kejadian stroke.

Menurut analisa peneliti hal ini mungkin disebabkan karena adanya faktor kepatuhan. Seperti hasil penelitian Yetti (2007), yang menemukan bahwa lebih banyak lansia perempuan yang tidak patuh dalam pelaksanaan diit hipertensi (56,1%). Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa, lansia hipertensi perempuan akan lebih berisiko untuk terjadi stroke karena tidak patuhnya terhadap diit yang dianjurkan bagi penderita hipertensi sehingga menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol dengan baik.

Kusai (2007) mengatakan bahwa wanita yang sudah menopause mengalami penurunan produksi hormon estrogen. Perubahan pada sistem endokrin ini berefek terhadap proses penuaan, sementara proses penuaan sangat berkaitan dengan penurunan sistem pembuluh darah. Penurunan sistem pembuluh darah juga berkaitan dengan terjadinya hipertensi dan stroke. Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa lansia perempuan menjadi lebih berisiko untuk terjadi stroke.

6.1.3.2 Hubungan Usia Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Dilihat dari hasil penelitian tentang distribusi usia lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi, ditemukan bahwa lebih banyak lansia hipertensi yang termasuk dalam kategori lansia dini (74,1%) yaitu yang berusia 60-74 tahun. Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian Yetti (2007), bahwa lebih banyak ditemukan lansia hipertensi dengan usia 60-70

tahun yaitu 86,2%. Menurut Mauk (2010), semakin tua usia, semakin besar kemungkinan menderita hipertensi. Hipertensi pada usia lanjut mempunyai prevalensi yang tinggi pada usia diatas 65 tahun yaitu 60-80%. Black dan Hawks (2009) juga menyebutkan bahwa sekitar 50-60% lansia yang berusia lebih dari 60 tahun mempunyai tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg.

Ini menunjukkan bahwa lansia dini sudah merupakan kategori usia yang termasuk kedalam risiko yang tinggi untuk menderita hipertensi. Hal ini didukung juga oleh teori yang mengatakan bahwa kejadian hipertensi ini dikaitkan dengan adanya kemunduran sistem pembuluh darah. Dalam statistik, faktor ini menjadi dua kali lipat setelah usia 55 tahun. Ini juga menunjukkan bahwa lansia yang sudah berusia 60 tahun, berisiko untuk mengalami hipertensi apalagi jika tidak didukung dengan pola hidup yang sehat.

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat dari *Premiery Prevention of Stroke, AHA/ASA guidelines stroke* (2006, dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008), makin bertambah usia, makin tinggi kemungkinan mendapat stroke. Hal ini mungkin disebabkan karena saat ini adanya perubahan usia yang menderita stroke. Saat ini stroke tidak hanya menyerang orang lanjut usia, tetapi sudah banyak menyerang orang yang masih berusia muda seperti yang disampaikan oleh Hadril (2003, dalam Chaniago, 2003), bahwa berdasarkan data dari RSSN Bukittinggi selama 2002, diketahui jumlah penderita stroke dalam usia produktif (20-50 tahun) mencapai 24,34%. Orang muda berusia 20 tahun, yang tidak menjaga pola makan dan jarang berolahraga juga rentan terkena stroke.

Begitu juga dengan pendapat Anggarini (2009), bahwa saat ini, stroke juga menyerang usia di bawah 45 tahun, bahkan dalam laporan Konferensi Ahli

Saraf International di Inggris, diduga terdapat lebih dari 1.000 penderita stroke yang berusia kurang dari 30 tahun setiap tahunnya. Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa kejadian stroke tidak hanya dapat terjadi pada usia tua tetapi berisiko juga pada orang yang masih berusia muda dan ditambah lagi dengan adanya riwayat stroke pada keluarga. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Sitorus, Hadisaputro dan Kustiowati (2006), bahwa ada hubungan antara riwayat stroke pada keluarga dengan kejadian stroke pada usia muda. Ini berarti, bila seseorang memiliki riwayat stroke pada keluarganya, akan berisiko tinggi untuk mengalami stroke juga. Oleh sebab itu, upaya pencegahan hendaknya telah dilakukan pada saat seseorang akan memasuki masa lansia/ sebelum memasuki usia kategori lansia dini, sehingga dapat menurunkan angka kejadian stroke pada lansia hipertensi

6.1.3.3 Hubungan Suku Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Melihat dari hasil penelitian tentang distribusi suku lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan, jelas terlihat bahwa lebih banyak dijumpai lansia hipertensi yang bersuku Minang dibanding yang bukan Minang. Hasil penelitian Siregar (2005) yang dilakukan di RSUP Haji Adam Malik Medan, juga menemukan bahwa lebih banyak penderita yang bersuku Tapanuli (58,2%) dibandingkan dengan suku non Tapanuli. Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa masyarakat yang bersuku Tapanulilah yang mayoritas tinggal di kota Medan tersebut. Ini berarti, mayoritas masyarakat yang tinggal di kota Bukittinggi adalah lansia yang bersuku Minang walaupun ada beberapa lansia hipertensi yang bersuku Batak, Jawa maupun Cina. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa yang lebih banyak yang terdata pada puskesmas Perkotaan Bukittinggi adalah lansia hipertensi yang bersuku Minang.

Menurut Mansjoer, Arif dkk (2001, dalam Signori, 2009) untuk mencegah terjadinya stroke pada penderita hipertensi, dapat dicapai melalui modifikasi

gaya hidup. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara suku dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Blais et al. (2002), mengatakan bahwa budaya mempengaruhi status kesehatan dan perilaku seseorang. Sebagian besar lansia hipertensi bersuku Minang. Masyarakat bersuku Minang memiliki pola kebiasaan makan makanan yang berlemak seperti yang disampaikan oleh Hadril (2003, dalam Chaniago, 2003), bahwa masyarakat Minang suka makan makanan berlemak yang berasal dari santan kelapa, lemak daging dan jeroan, yang menyebabkan plasma darah menjadi kental dan banyak mengandung lemak jenuh sehingga risiko menderita stroke lebih tinggi dibanding dengan suku lainnya.

Hal ini didukung pula oleh penelitian Djuwita (2001), yang menemukan adanya perbedaan yang signifikan antara pola makan antara suku Minangkabau, Sunda, Jawa dan Bugis. Hasil perbandingan variasi makanan didapatkan bahwa responden yang bersuku Minang memiliki jumlah yang paling sedikit untuk mengkonsumsi sayur namun memiliki jumlah terbanyak untuk mengkonsumsi makanan protein hewani, dan santan kelapa dibandingkan dengan suku Sunda, Jawa dan Bugis. Seperti yang diketahui bahwa, diet dengan tinggi lemak dan kurangnya sayur dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (Lewis et al, 2007). Berdasarkan hal tersebut, lansia hipertensi yang bersuku Minang akan berisiko untuk terjadinya stroke. Ditambah lagi dengan sulitnya bagi masyarakat Minang untuk merubah kebiasaan pola makan tersebut seperti yang dibuktikan oleh penelitian kualitatif Fitriani (2005), bahwa tidak banyaknya perubahan gaya kebiasaan makan lansia Minangkabau yang menderita hipertensi sebelum dan setelah sakit. Fitriani juga mengatakan bahwa selain gaya kebiasaan makan, ada juga faktor gaya hidup yang kurang beraktifitas dan kebiasaan merokok terutama pada lansia laki-laki, kebiasaan minum kopi dan stres.

6.1.3.4 Hubungan Pendidikan Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bukittinggi berpendidikan rendah yaitu 70,6%. Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian Zulfitri (2006), bahwa lebih banyak lansia hipertensi berpendidikan rendah yaitu 64,6%. Zulfitri mengatakan bahwa umumnya lansia berasal dari luar daerah (kampung), berasal dari keluarga yang bersatatus sosial menengah ke bawah, dan bekerja sebagai pedagang sehingga pendidikan bukan merupakan sesuatu yang prioritas. Menurut analisa peneliti, hal ini mungkin juga terjadi pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi. Sebagian besar lansia hipertensi adalah perempuan, yang dahulunya mungkin tidak menganggap pendidikan adalah sesuatu yang penting bagi dirinya dan juga menganggap masuk sekolah itu membutuhkan biaya yang besar. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Murti (2007) yang menemukan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan hipertensi pada wanita di Kabupaten Sukoharjo. Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin kecil kemungkinan untuk mengalami hipertensi.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Hal ini mungkin disebabkan karena lansia yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi telah memiliki informasi yang cukup terkait dengan penyakit dan perawatannya sehingga lebih dapat melakukan pencegahan dengan berperilaku gaya hidup yang lebih sehat seperti yang dikatakan oleh Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mendengar, menyerap informasi, menyelesaikan masalah, perilaku serta gaya hidup.

Hal ini dibuktikan oleh penelitian Shu & Yea (2003), bahwa adanya hubungan antara fungsi kognitif dengan tingkat pendidikan lansia. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi fungsi kognitifnya. Sementara itu, kemampuan kognitif seseorang akan membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk menjaga kesehatan diri sendiri (Potter & Perry, 2005). Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa lansia hipertensi yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah akan kurang memahami tentang penyakitnya sehingga tidak dapat menjaga kesehatannya sendiri sehingga lansia hipertensi akan berisiko untuk mengalami stroke.

6.1.4 Faktor yang Dominan Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi

Hasil analisis multivariat pada penelitian ini menunjukkan adanya dua variabel yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi yaitu suku dan pendidikan. Dari dua variabel tersebut, yang dominan berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi adalah suku karena memiliki nilai OR yang terbesar yaitu 5,321. Hal ini berarti bahwa lansia hipertensi yang bersuku Minang akan berisiko untuk terjadinya stroke sebesar 5,3 kali lebih tinggi dibandingkan lansia hipertensi yang bersuku bukan Minang setelah dikontrol variabel dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental dan pendidikan.

Namun dalam penelitian ini variabel dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, penghargaan, informasi dan penghargaan yang awalnya merupakan variabel yang berhubungan dengan kejadian stroke, setelah dilakukan analisis multivariat regresi logistik ganda dengan model prediksi, variabel tersebut bukan merupakan variabel yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian stroke pada lansia hipertensi dan menjadi variabel confounding. Artinya dukungan keluarga ini mempunyai hubungan dengan

suku dan juga berhubungan dengan kejadian stroke seperti yang disebutkan oleh Sastroasmoro dan Ismael (2010), bahwa variabel perancu (*confounding*) adalah variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel tergantung.

Menurut analisa peneliti, adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan suku dapat dijelaskan dari konsep Potter dan Perry (2007) yang mengatakan bahwa latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan individu. Berdasarkan hal tersebut, dapat dijelaskan bahwa masyarakat Minang sangat menghormati dan menghargai lansia seperti yang dikemukakan oleh Navis (1984, dalam Fitriani, 2009), bahwa masyarakat Minangkabau, memandang kedudukan dan peranan lansia dalam keluarga dan masyarakat dianggap sebagai orang yang harus dihormati dan dihargai sehingga orang tua laki-laki memperoleh gelar kehormatan dan menjadi pemimpin bagi keluarga luasnya dalam memberikan nasehat untuk semua masalah terutama masalah adat. Ini berarti jika keluarga sangat menghormati dan menghargai lansia, berarti keluarga akan memberikan dukungan kepada lansia seperti dukungan penghargaan dan dukungan instrumental. Hal ini didukung juga oleh penelitian Indrizal (2005 dalam Fitriani, 2009), bahwa dalam tatanan masyarakat matrilineal Minangkabau, hubungan keluarga dan tradisi merantau merupakan jaminan sosial bagi lansia di Minangkabau sehingga tidak boleh hidup tersia-sia dihari tuanya, karena hal tersebut dapat menjadi aib malu anak kemenakan, keluarga, kerabat atau bahkan orang sekampung.

Disamping dukungan keluarga berhubungan dengan suku, sebagai variabel kounfounding, dukungan keluarga juga berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Seperti yang dikatakan oleh Friedman, Bowden dan Jones (2003), bahwa dukungan keluarga merupakan sumber bantuan paling signifikan dalam membantu anggota keluarga dalam mengubah gaya hidupnya. Hal ini juga didukung oleh Glanz, Lewis dan Rimer (1997, dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003) yang menyatakan bahwa dukungan

keluarga adalah unsur penting dalam keberhasilan anggota keluarga dalam melakukan dan mempertahankan perilaku kesehatan baru dan individu yang memiliki dukungan keluarga yang kuat lebih cenderung untuk mengadopsi dan mempertahankan perilaku kesehatan yang baru dari pada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya.

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan memiliki perilaku yang baik pula dalam hal menjaga kesehatannya seperti hasil penelitian Zulfitri (2006) yang mendapatkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya sehingga lansia hipertensi yang memiliki perilaku yang baik dalam menjaga kesehatannya diharapkan tidak akan mengalami kondisi kesehatan yang lebih buruk seperti terjadinya stroke. Hal ini didukung oleh Green dan Kreuter (1991, dalam McMurray, 2003), bahwa dukungan keluarga termasuk dalam faktor penguat yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam pengisian kuesioner, lansia diharapkan untuk dapat mengingat kembali kebelakang, peristiwa/kejadian masa lalunya terkait dengan dukungan yang telah diberikan keluarga terhadap lansia tersebut. Fungsi kognitif lansia yang sudah mengalami penurunan, sehingga kemungkinan untuk terjadinya *recall bias*.

Peneliti tidak mendampingi semua lansia dalam pengisian kuesioner karena ada beberapa lansia yang tidak dapat langsung mengisi kuesioner karena alasan tertentu sehingga kuesioner harus ditinggal untuk diisi oleh lansia dan diambil kembali pada hari berikutnya. Sementara, untuk dapat mengisi kuesioner dengan benar, butuh pemahaman tentang maksud dari pernyataan yang ada dalam kuesioner.

Dalam pengumpulan data, peneliti memiliki kerangka sampling yang didapat dari puskesmas. Data tentang alamat rumah responden tidak tertulis dengan lengkap, sehingga peneliti mengalami kesulitan dalam mencari alamat rumah responden, walaupun peneliti telah dibantu oleh kader yang bertanggung jawab di wilayah tersebut, sehingga proses pengumpulan data membutuhkan waktu yang lama.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini berdampak pada pelayanan keperawatan dimasyarakat dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia hipertensi yaitu dengan melibatkan dan memberdayakan keluarga, seperti dalam setiap kegiatan penyebaran informasi yang terkait dengan peningkatan kesehatan lansia. Ini berarti, tujuan asuhan tidak hanya berfokus pada individu saja, bagaimana agar dia tidak sakit, tetapi juga membantu keluarga untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan keluarganya sendiri.

Hasil penelitian juga berdampak kepada keluarga yang memiliki status ekonomi rendah karena tidak dapat memberikan dukungan instrumental dengan baik kepada lansia hipertensi seperti dalam hal menyediakan waktu, dana dan fasilitas yang dibutuhkan lansia hipertensi untuk mengontrol dan menjaga kesehatannya. Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan bahwa sebagian besar lansia hipertensi berpendidikan rendah. Hal ini akan berdampak terhadap tingginya angka kejadian stroke pada lansia hipertensi.

Hasil penelitian ini juga dapat memperkaya ilmu pengetahuan dibidang keperawatan khususnya tentang kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dukungan keluarga dan faktor budaya khususnya kebiasaan pola masyarakat Minang merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat umumnya dan lansia hipertensi khususnya.

Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan referensi untuk penelitian selanjutnya terkait dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- 7.1.1 18,20% lansia hipertensi yang mengalami stroke. Data ini menunjukkan adanya kecenderungan yang tinggi lansia hipertensi untuk mengalami stroke.
- 7.1.2 Lebih dari sebagian lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional keluarga yang baik seperti menunjukkan wajah yang menyenangkan, merawat lansia dengan penuh kasih sayang, membantu dengan tulus ikhlas, mendengarkan keluhan lansia dan tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah.
- 7.1.3 Lebih dari sebagian lansia hipertensi yang memiliki dukungan penghargaan yang baik dari keluarga seperti mendengarkan saran yang diberikan lansia, melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga, mengikutsertakan lansia dalam setiap acara keluarga dan menerima lansia apa adanya dengan segala keterbatasannya.
- 7.1.4 Untuk dukungan informasi, lebih dari sebagian lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi yang baik dari keluarga seperti menjelaskan kepada lansia tentang pentingnya menjaga kesehatan.
- 7.1.5 Lebih dari sebagian lansia hipertensi mendapatkan dukungan instrumental yang baik dari keluarga seperti mengantarkan lansia untuk berobat, meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan lansia dan memberikan suasana ketenangan di rumah.
- 7.1.6 Sebagian besar lansia hipertensi berjenis kelamin perempuan. Usia lansia hipertensi lebih banyak yang termasuk dalam kategori lansia dini. Sebagian besar bersuku Minang dan lebih banyak yang berpendidikan rendah.
- 7.1.7 Ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dimana lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional kurang dari keluarga lebih banyak yang terjadi stroke dibandingkan

dengan lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan emosional baik. Untuk dapat menurunkan risiko terjadinya stroke, keluarga hendaknya dapat memberikan dukungan emosional yang baik kepada lansia hipertensi.

- 7.1.8 Ada hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dimana lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan kurang dari keluarga lebih banyak yang terjadi stroke dibandingkan dengan lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan penghargaan baik. Untuk dapat menurunkan risiko terjadinya stroke, keluarga hendaknya dapat memberikan dukungan penghargaan yang baik kepada lansia hipertensi.
- 7.1.9 Ada hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dimana lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi kurang dari keluarga lebih banyak yang terjadi stroke dibandingkan dengan lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan informasi baik. Untuk dapat menurunkan risiko terjadinya stroke, keluarga hendaknya dapat memberikan dukungan informasi yang baik kepada lansia hipertensi.
- 7.1.10 Ada hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, dimana lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental kurang dari keluarga lebih banyak yang terjadi stroke dibandingkan dengan lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental baik. Untuk dapat menurunkan risiko terjadinya stroke, keluarga hendaknya dapat memberikan dukungan instrumental yang baik kepada lansia hipertensi.
- 7.1.11 Tidak ada hubungan antara jenis kelamin lansia dan usia lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi
- 7.1.12 Ada hubungan antara suku lansia dan pendidikan lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi. Dimana lebih banyak lansia hipertensi yang bersuku Minang dan berpendidikan rendah yang terjadi stroke dibandingkan dengan lansia hipertensi yang bukan bersuku Minang dan berpendidikan tinggi.

7.1.13 Dari beberapa variabel yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi, variabel suku merupakan variabel yang dominan berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pengambil Kebijakan

Dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia dengan hipertensi di rumah, perlu dikembangkan program kegiatan yang lebih komprehensif yaitu menguatkan promosi Penyakit Tidak Menular fokus kepada pencegahan hipertensi dan budaya. Kegiatan promosi kesehatan berupa sosialisasi terkait dengan hipertensi lebih digiatkan lagi dalam upaya pencegahan terjadinya stroke karena sebagian besar lansia hipertensi berpendidikan rendah sehingga untuk dapat meningkatkan pengetahuan lansia harus diberikan informasi yang lebih intensif pada lansia. Bagi lansia yang memiliki status ekonomi rendah lebih dianjurkan untuk menggunakan fasilitas kesehatan dengan biaya yang lebih terjangkau seperti puskesmas dan posyandu lansia. Dalam upaya pencegahan, hendaknya informasi-informasi terkait dengan budaya, sudah mulai dilakukan disekolah-sekolah, melalui media elektronik dan media yang lainnya sehingga informasi dapat diperoleh semua lapisan masyarakat. Perlunya dilakukan pendekatan dan bekerjasama dengan tokoh adat, alim ulama dan tokoh masyarakat yang ada dalam upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan masyarakat umumnya dan lansia hipertensi khususnya sehingga angka kejadian stroke dapat diturunkan.

7.2.2 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hendaknya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada lansianya saja tetapi harus melibatkan atau memberdayakan keluarga dalam setiap kegiatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan

perawat adalah: melakukan penyebaran informasi baik kepada lansia maupun kepada keluarga terkait dengan penyakit hipertensi dan bagaimana gaya hidup dan pola makan yang sehat untuk masyarakat umumnya dan lansia hipertensi khususnya karena berdasarkan hasil kuesioner masih banyak keluarga yang belum memberikan informasi yang dibutuhkan oleh lansia hipertensi, sehingga keluarga dapat memberikan dukungan yang baik terhadap lansia hipertensi di rumah. Perawat juga dapat membentuk suatu kelompok pendukung (*Support Group*) yang terdiri keluarga yang memiliki lansia hipertensi, sehingga diharapkan antara anggota kelompok dapat berbagi informasi terkait bagaimana memberikan dukungan yang baik kepada lansia hipertensi di rumah. Selain itu, perawat juga dapat membantu lansia untuk menolong dirinya sendiri dengan membentuk *Self Help Group*, yang terdiri dari lansia yang menderita hipertensi dan stroke, sehingga antar anggota juga dapat saling berbagi pengalaman dan permasalahan untuk dapat dipecahkan dan dicari jalan keluarnya bersama-sama.

Perawat juga dapat membuat suatu kegiatan rutin bagi lansia hipertensi, seperti melakukan aktifitas fisik (senam atau jalan sehat) yang sesuai untuk diikuti oleh lansia hipertensi karena berdasarkan hasil kuesioner, masih banyak keluarga yang belum mengetahui tentang pentingnya aktifitas fisik teratur bagi penderita hipertensi. Dengan adanya kegiatan-kegiatan tersebut diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan lansia dan meningkatkan derajat kesehatan lansia sehingga dapat menurunkan angka kejadian stroke pada lansia hipertensi.

7.2.3 Bagi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi acuan bagi pendidikan untuk pengembangan intervensi keperawatan dimasyarakat terkait hipertensi pada lansia dengan pendekatan budaya guna untuk merubah perilaku budaya masyarakat yang dapat menghambat kesehatan.

7.2.4 Bagi Penelitian

Bagi penelitian selanjutnya, mungkin perlu dilihat faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian stroke seperti pengetahuan lansia dan gaya hidup dari lansia itu sendiri sehingga dapat diketahui dengan jelas faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke. Selain itu perlu juga dilakukan penelitian quasi eksperimen tentang budaya mengurangi perilaku konsumsi makanan berkolesterol pada masyarakat Minang di Bukittinggi.



DAFTAR REFERENSI

- Akhmadi. (2009). *Aging process*. <http://www.rajawana.com/artikel/kesehatan>, diperoleh 7 Februari 2011.
- Alfa, A.Y. (2010). *Apakah stroke itu?*. <http://rsadventbandung.com>, diperoleh tanggal 3 April 2011.
- Andersen, K.K., Andersen, Z.J., & Olsen, T.S. (2010). Age-and gender-specific prevalence of cardiovascular risk factors in 40.102 patients with first-ever ischemic stroke: a nationwide Danish study. *Stroke*, 41(12): 2768-74.
- Anggarini, E. (2009). *Stroke?*. <http://evianggarini.blogspot.com>, diperoleh tanggal 27 Januari 2011.
- Bethesda Stroke Center literature. (2008). *Faktor risiko stroke terkini*. <http://yumizone.files.wordpress.com>, diperoleh 18 Februari 2011
- Better eldercare: A nurse's guide to caring for older adults* (2002). Pennsylvania: Springhouse.
- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2009). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. Eight edition. Singapore: Saunders Elsevier.
- Blais, K.K et al. (2002). *Profesional nursing practice: Concept and perspective*. Fourth edition. New Jersey: Pearson Education
- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia : W.B. Saunders Company
- Burke, M.M., & Laramie, J.A. (2000). *Primary care of the older adult: a multidisciplinary approach*. First edition. Philadelphia: Mosby.
- Chaniago, Z. (2003). *Pola makan masyarakat Sumbar beresiko*. <http://www.mail-archive.com>, diperoleh 18 Februari 2011
- Depkes RI. (2003). *Pedoman perawatan kesehatan usia lanjut di rumah*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2008). *Posbindu PTM: Pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan-Departemen Kesehatan
- Dinkes kota Bukittinggi. (2009). *Profil kesehatan kota Bukittinggi tahun 2009*. Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.

- Djuwita, R. (2001). *Nutrient intake pattern and their relations to lipid profiles in diverse ethnic population*. Dissertation FKM UI Jakarta.
- Edelman, C.L., & Mandle, C.L. (2006). *Health Promotion: Throughout the life span*. Sixth edition. St.Louis Missouri: Mosby
- Efendi. (2005). *Faktor-faktor penyebab terjadinya hipertensi pada lansia di puskesmas Dinoyo kota Malang*. <http://digilib.umm.ac.id>, diperoleh tanggal 3 April 2011.
- Fitriani, E. (2005). *Pola kebiasaan makan penderita hipertensi lanjut usia pada orang Minangkabau di Jakarta*. <http://eprints.ui.ac.id/eprint/33171>, diperoleh 4 Februari 2011.
- Fitriani, E. (2009). *Lansia dalam keluarga dan masyarakat*. <http://erdafitriani.wordpress.com>, diperoleh tanggal 9 Juni 2011
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. Fifth edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Giantani, A. (2003). *Analisis parameter laboratorium faktor stroke iskemik di rumah sakit dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. <http://digilib.litbang.depkes.go.id>, diperoleh 17 Juni 2011.
- Handayani, S. (2009). Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pada lanjut usia (umur 60-74 tahun) di Panti Wredha Rindag Asih Ungaran. <http://eprints.undip.ac.id>, diperoleh 9 Juni 2011
- Hastono, S.P. (2007). Analisis data kesehatan. Jakarta: FKM-UI
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing: Critical thinking for collaborative care*. Fifth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Kaakinen, J.R., Duff, V.G., Coehlo, D.P., & Hanson, S.M.H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research*, 4th edition. Philadelphia: F.A Davis Company
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010). Profil penduduk Lanjut Usia. Jakarta
- Kompas.com. (2009). *Stroke penyebab kecacatan tertinggi*. <http://kesehatan.kompas.com>, diperoleh tanggal 16 Maret 2011.
- Kowalski, R.E. (2010). *Terapi hipertensi*. Bandung: Qanita.
- Kristiyawati, S.P. (2008). *Analisis faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke di RS panti wilasa citarum semarang*. Tesis FIK UI Jakarta, tidak dipublikasikan

- Kuntjoro, Z.R. (2002). *Masalah kesehatan jiwa lansia*. http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=182, diperoleh 7 Februari 2011.
- Kuntjoro, Z.R. (2002). *Keharmonisan kehidupan keluarga lansia*, http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=178, diperoleh 7 Februari 2011)
- Kusai, M.J. (2007). *The prevalence and determinants of hypertension among elderly in Dinidom sub district, Lumtup district, Krabi province, Thailand*. Thesis Public Health Sciences Chulalongkorn University.
- Kusugiharjo, W. (2003). *Study prevalensi dan karakteristik demografi serta faktor resiko hipertensi pada usia lanjut di kecamatan Pakem kabupaten Sleman propinsi DIY*, <http://www.fkm.undip.ac.id>, diperoleh 4 Februari 2011.
- Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H.E., Jackson, J., Brownlee, M.G. (2009). A summary of the guidance relating to four lifestyle risk factors for recurrent stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(10), 471
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G., Bucher, L. (2007). *Medical-Surgical nursing: Assessment and Management of clinical problems*. Seventh edition. Volume 2. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Luekenotte, A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. St Louis: Mosby.
- Lumbantobing, S.M. (2002). *Stroke: Bencana peredaran darah di otak*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Lumbantobing, S.M. (2008). *Tekanan darah tinggi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita selekta kedokteran*. Edisi III. Jakarta: Media Aeusculapius
- Martuti, A. (2009). *Merawat & menyembuhkan hipertensi: Penyakit tekanan darah tinggi*. Bantul: Kreasi Wacana.
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing: Competencies for care*. Second edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness: A sociological Approach*. Philadelphia: Mosby
- Meiner, S.E., & Lueckenotte, A.G. (2006). *Gerontologic nursing*. Third edition. St.Louis Missouri: Mosby Elsevier

- Miller, C.A. (1995). *Nursing care of older adults: Theory and practice*. Second edition. Philadelphia: Lippincott Company.
- Mugie. (2009). *Hipertensi pada lansia, kontrol ketat dan cegah komplikasi*. <http://budhidharma.depsos.go.id/modules>, diperoleh 4 Februari 2011.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan gerontik*. Jakarta: Gramedia
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in nursing practice*. Fourth edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Penduduk lanjut usia*, (2009), <http://www.menegpp.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011.
- Pinzon, R. (2009). *Melanjutkan hidup pasca stroke*. <http://artikelindonesia.com>, diperoleh 27 Januari 2011.
- Pinzon, R. (2010). *Setiap 6 detik nyawa melayang karena stroke*. <http://detikhealth.com>, diperoleh 25 Maret 2011.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research principle & methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar Fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktek*. Edisi 4. EGC.
- Purwanto, H. (2002). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan yang dilakukan keluarga pada lansia di kecamatan pesisir Lamongan. *Jurnal penelitian Poltekkes Surabaya*. 1(1), 33-39
- Rebecca & Murti, B. (2007). *Hubungan antara tingkat pendidikan dan hipertensi pada wanita di Kabupaten Sukoharjo*. <http://eprints.ums.ac.id>, diperoleh tanggal 19 Maret 2011.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto
- Setiadi. (2008). *Konsep & Proses: Keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shu, C.J.Y., & Yea, Y.L. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *Journal BMC Health service research*. 3(9)
- Signori, M.A. (2009). *Perawatan hipertensi*, <http://armiyadisignori.com>, diperoleh 18 Februari 2011.

- Siregar, F.A. (2005). *Determinan kejadian stroke pada penderita rawat inap RSUP Haji Adam Malik Medan*. <http://repository.usu.ac.id>, diperoleh tanggal 19 Maret 2011
- Sitorus, R.J., Hadisaputro, S., Kustiowati, E. (2006). *Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stroke pada usia muda kurang dari 40 tahun*, <http://eprints.undip.ac.id>, diperoleh tanggal 19 Maret 2011.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing*. Sixth edition. St Louis Missouri: Mosby.
- Stanley, M., Blair, K.A., & Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults*. Third edition. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Tekanan darah tinggi*, (2011). <http://id.wikipedia.org>, diperoleh tanggal 4 Februari 2011.
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmous, K.N., Zakopoulos, N., & Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: the role of family social support. *Archive of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(7)
- Tyson, S.R. (1999). *Gerontologi nursing care*. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Watson, R. (2003). *Perawatan pada lanjut usia*. Jakarta: EGC
- Wijaya, R. (2010). *Pada usia lanjut tekanan darah harus terkontrol*. <http://www.dradio1034fm.or.id>, diperoleh 4 Februari 2011
- Yetti, H. (2007). *Hubungan karakteristik, dukungan keluarga dan hasil pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan diit hipertensi lansia di kelurahan Paseban kecamatan Senen Jakarta Pusat*. Tesis FIK UI Jakarta, tidak dipublikasikan.
- Zhang, Y., Zhang, X., Liu, L., & Zanchetti, A. (2010). Effect of individual risk factor on the residual risk of cardiovascular events in a population of treated Chinese patient with hypertension: data from the Felodipine Event Reduction (FEVER) study. *Journal of Hypertension*, 28(10), 2016-25
- Zulfitri, R. (2006). *Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya di wilayah kerja puskesmas Melur Pekanbaru*. Tesis FIK UI Jakarta, tidak dipublikasikan.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yenni

Pekerjaan : Mahasiswa Program Magister Kekhususan Keperawatan
Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bermaksud melakukan penelitian tentang “**Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Pasien dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi**”. Maka bersama ini saya jelaskan bahwa:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dan karakteristik klien dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi
2. Manfaat penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran bagi pelayanan keperawatan komunitas dalam upaya peningkatan derajat kesehatan lansia dengan mengembangkan intervensi yang efektif pada lansia hipertensi di rumah. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan sumbang saran terhadap ilmu pengetahuan dan peneliti selanjutnya mengenai pentingnya dukungan keluarga terhadap kejadian stroke.
3. Penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada responden
4. Semua informasi yang didapatkan peneliti dari responden, tidak akan disebarluaskan kepada orang lain
5. Pada penelitian ini, kepada responden akan diberikan kuesioner (daftar pertanyaan) yang berhubungan dengan dukungan keluarga yang telah diberikan kepada lansia hipertensi. Daftar pertanyaan ini diisi langsung oleh responden.

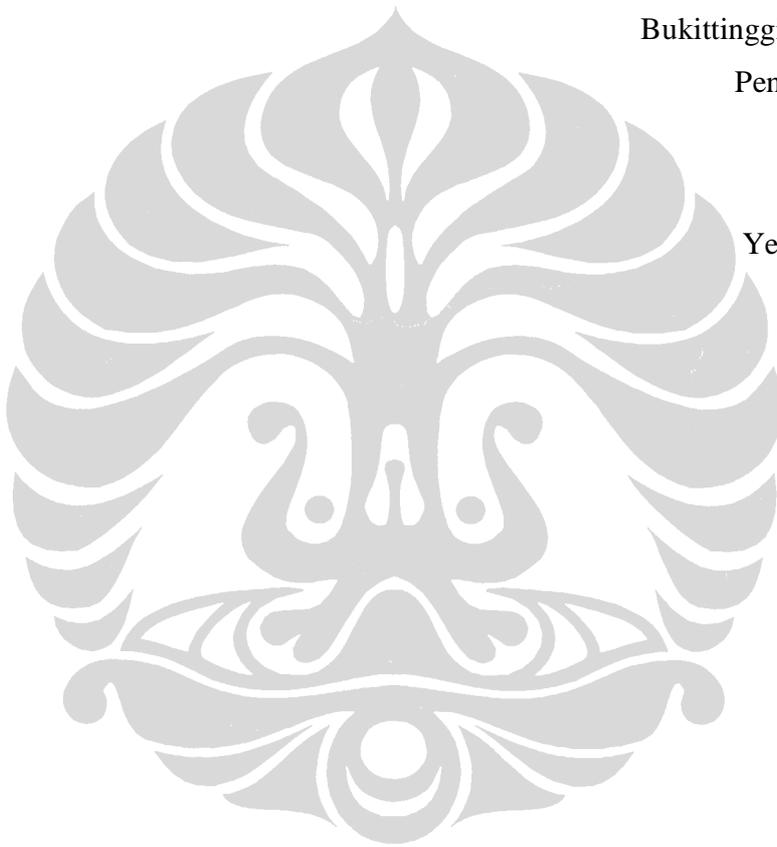
6. Responden berhak mengajukan keberatan jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan, dan selanjutnya akan dicarikan penyelesaian berdasarkan kesepakatan yang baik.

Demi memenuhi etika dalam penelitian ini, saya mohon agar Bapak/Ibu bersedia menandatangani lembar persetujuan yang disediakan.

Bukittinggi, 2011

Peneliti

Yenni



LEMBAR PERSETUJUAN

Nomor Responden

--	--	--

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat:

Menyatakan kesediaan saya untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul “Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik klien dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi”. Saya memberikan persetujuan ini atas kehendak sendiri setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti. Saya telah memahami tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian serta hak dan kewajiban saya sebagai responden.

Bukittinggi,.....2011

Yang membuat pernyataan

()

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KARAKTERISTIK LANSIA DENGAN KEJADIAN STROKE PADA LANSIA HIPERTENSI

Nomor Responden

Petunjuk Pengisian

Isilah pertanyaan berikut dan berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan !

A. Data Demografi

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
 Laki-laki Perempuan
3. Umur : Tahun
4. Suku :
 Minang Bukan Minang, sebutkan.....
5. Pendidikan terakhir :
 Tidak sekolah/ tidak tamat SD SMA
 SD Akademi
 SMP Perguruan tinggi
6. Kejadian stroke
 Sudah mengalami / pernah terjadi stroke Tidak mengalami/ tidak pernah terjadi stroke

B. Dukungan Keluarga (diisi oleh lansia)

Jawablah pernyataan berikut dengan memberi tanda (√) sesuai yang dilakukan oleh keluarga !

- Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh keluarga
Sering : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh keluarga
Jarang : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan oleh keluarga
Tidak pernah : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani bapak/ibu				
2	Keluarga merawat bapak/ibu dengan penuh kasih sayang				
3	Keluarga membantu bapak/ibu dengan tulus ikhlas				
4	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang bapak/ibu dirasakan				
5	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang bapak/ibu rasakan				
6	Keluarga membiarkan bapak/ibu sendiri saat menghadapi masalah				
7	Keluarga mengingatkan bapak/ibu untuk berolahraga setiap hari				
8	Keluarga mengetahui jadwal pemeriksaan kesehatan bapak/ibu				
9	Keluarga tidak melibatkan bapak/ibu dalam musyawarah keluarga				
10	Keluarga meminta pendapat bapak/ibu untuk menentukan tempat berobat atau tempat memeriksakan kesehatannya				
11	Keluarga mendengarkan saran yang diberikan bapak/ibu				
12	Keluarga mengikutsertakan bapak/ibu dalam setiap acara keluarga				
13	Keluarga meminta bapak/ibu untuk melakukan semua pekerjaan di rumah				

	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
14	Keluarga mengajak bapak/ibu apabila ada acara keluarga diluar rumah				
15	Keluarga menerima bapak/ibu apa adanya dengan segala keterbatasannya				
16	Keluarga membiarkan bapak/ibu untuk memakan apa saja yang disukai				
17	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang pentingnya menjaga kesehatannya				
18	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya minum kopi bagi penderita hipertensi				
19	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya merokok bagi penderita hipertensi				
20	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya makan sayur bagi kesehatan lansia hipertensi				
21	Keluarga menjelaskan kepada lansia pentingnya makan buah bagi kesehatan lansia hipertensi				
22	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya makanan tinggi garam bagi penderita hipertensi				
23	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya makanan bersantan kental bagi penderita hipertensi				
24	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang pentingnya berolahraga secara teratur				
25	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya melakukan kontrol tekanan darah secara teratur				
26	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya melakukan pemeriksaan darah bagi penderita hipertensi				
27	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya meminum obat secara teratur				
28	Keluarga menyarankan kepada bapak/ibu untuk rutin mengikuti kegiatan kesehatan di Puskesmas atau Posyandu lansia				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
29	Keluarga mengingatkan bapak/ibu untuk mengontrol dan memperhatikan berat badan agar tidak terlalu gemuk.				
30	Keluarga mengantar bapak/ibu untuk berobat atau memeriksakan kesehatan				
31	Keluarga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan-keluhan yang ingin disampaikan bapak/ibu				
32	Keluarga menemani bapak/ibu untuk berolahraga				
33	Keluarga membawa bapak/ibu berobat atau memeriksakan kesehatan jika kondisi sangat menurun saja				
34	Keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan bapak/ibu				
35	Keluarga menyediakan makanan khusus rendah garam untuk bapak/ibu				
36	Keluarga memberikan suasana ketenangan dan kenyamanan kepada bapak/ibu di rumah				



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Perkotaan Bukittinggi.

Nama peneliti utama : **Yenni**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 9 Mei 2011

Ketua,


Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jend. Sudirman No. 27-29 Bukittinggi Telp. (0752) 23976

IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN/SURVEY

Nomor : 074/29/ KB-KPL/2011

Kami Walikota Bukittinggi, berdasarkan :
Surat Dari : Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
Nomor : 1323/II2.F12.D/PDP.04.02/2011
Tanggal : 20 April 2011
Dengan ini memberikan kesempatan melakukan penelitian/survey kepada :

Nama : **Yenni**
Tempat/Tgl Lahir : Dumai / 12 Mei 1976
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Bangkaweh No. 16 Bukittinggi
Nomor Identitas : 0906594854
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dan Karakteristik Lansia Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi
Lokasi/Tempat Penelitian : 1. Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Kota Bukittinggi
2. Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Panjang
Waktu Penelitian : 01 Mei s/d 31 Mei 2011
Anggota Peneliti : -
Digunakan Untuk : Pembuatan ~~Skripsi~~ Tesis

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka tujuan penelitian.
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat Izin Melaksanakan Penelitian serta melaporkan diri sebelum meninggalkan Daerah Penelitian kepada Walikota Bukittinggi c/q Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat masyarakat setempat.
4. Mengirimkan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Walikota Bukittinggi c/q Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas paling lambat 1 (satu) bulan setelah Penelitian selesai.
5. Bila terjadi penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka Surat Izin Melaksanakan Penelitian/Survey ini akan dicabut.

Demikian Surat Izin Melaksanakan Penelitian/Survey ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan dimana perlu.

Bukittinggi, 29 April 2011

An. WALIKOTA BUKITTINGGI
KEPALA KANTOR KESBANG POL DAN LINMAS
KOTA BUKITTINGGI
Kasi Bina Kesatuan Bangsa


AHMAD RUSTAM
Telp. 09590424 198101 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Bapak Walikota Bukittinggi (sebagai laporan)
2. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
3. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi
4. Sdr. Kepala Puskesmas Perkotaan Kota Bukittinggi