



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN PELAKSANAAN
TUGAS PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA DENGAN
STATUS KESEHATAN PADA *AGGREGATE* LANSIA
DENGAN HIPERTENSI DI KECAMATAN JETIS
YOGYAKARTA**

TESIS

**THOMAS AQUINO ERJINYUARE AMIGO
1006801090**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**

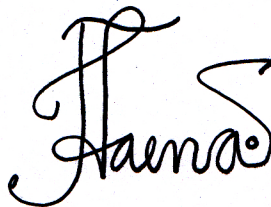
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

**Hasil tesis ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip
maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Thomas Aquino Erjinyuare Amigo

NPM : 1006801090

Tanda tangan :



Bulan : Juli 2012

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN PELAKSANAAN
TUGAS PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA DENGAN
STATUS KESEHATAN PADA *AGGREGATE* LANSIA
DENGAN HIPERTENSI DI KECAMATAN JETIS
YOGYAKARTA**

Hasil tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

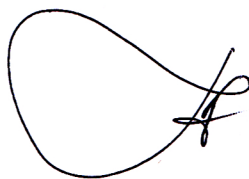
Depok, Juli 2012

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Ns. Sukihananto, M.Kep


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Thomas Aquino Erjinyuare Amigo
NPM : 1006801090
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis, Yogyakarta

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Junaiti Sahar, SKp., M. App. Sc., PhD ()

Pembimbing : Ns. Sukihananto, M.Kep ()

Penguji : Astuti Yuni Nursasi, MN ()

Penguji : Ns. Made Riasmini, M.Kep., Sp.Kom ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Yogyakarta.” Tesis disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyelesaian tesis yang dibuat oleh penulis tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tinggi kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Junaiti Sahar, M. App. Sc., PhD selaku Wakil Dekan dan Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan proposal tesis.
3. Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ns. Sukihananto, M.Kep selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis.
5. Wali Kota Yogyakarta beserta jajarannya, Kepala Dinas Perijinan beserta jajarannya, Kepala Dinas Kesehatan beserta jajarannya Kota Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk penelitian di Kota Yogyakarta
6. Camat Tegal Rejo beserta jajarannya, Lurah Kricak beserta jajarannya Kota Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan uji kuisioner
7. Kepala Puskesmas Jetis beserta jajarannya, Camat Jetis beserta jajarannya, Lurah Bumijo beserta jajarannya, Lurah Gowongan beserta jajarannya, dan Luarah Cokrodiningratan beserta jajarannya, Kota Yogyakarta yang memberikan kesempatan dalam melakukan penelitian
8. Segenap dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

9. Segenap karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
10. Istriku tersayang Ns. Cornelia Dede Yoshima Nekada, S.Kep dan anakku tercinta Maria Erlinuary Pradiptaya Amigo yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis selama proses penyusunan tesis ini.
11. Anakku juga yang tersayang Carolus Borromeus Solaiduoneim Remses Amigo (Alm) yang juga pasti mendoakan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Bapak Peter Rekok dan mama Margaretha Dasut, adik Enin, Rein, Ensri, dan Vejin serta ibu mertua mama Titi yang juga ikut mendoakan dan mendukung penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
13. Teman-teman Angkatan 2010 Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas yang selalu kompak dan saling memberi dukungan dalam mencapai kesuksesan studi.
14. Rekan-rekan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta yang selalu memberikan dukungan dalam penyelesaian tesis.
15. Adik-adik mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners UNRIYO 2012 (Yurman, Loren, dan Joko) yang juga ikut membantu dalam proses penelitian.

Semoga seluruh kebaikan, bimbingan, serta dukungan yang diberikan mendapat berkat dari Tuhan Yang Maha Esa.

Peneliti menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis, maka kritik dan saran yang membangun untuk melengkapi tesis sangat peneliti hargai.

Depok, Juli 2012

Peneliti

PERSETUJUAN PUBLIKASI

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

Nama : Thomas Aquino Erjinyuare Amigo
NPM : 1006801090
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis, Yogyakarta” beserta perangkat yang (jika diperlukan). Dengan **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 16 Juli 2012

Yang menyatakan



(Thomas Aquino Erjinyuare Amigo)

ABSTRAK

Nama : Thomas Aquino Erjinyuare Amigo
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Yogyakarta

Status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis, Yogyakarta dapat dipengaruhi oleh pelaksanaan tugas perawatan kesehatan dalam keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan *aggregate* lansia dengan hipertensi. Desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* digunakan dalam penelitian pada 163 responden yang diperoleh dengan teknik kluster proporsional di masing-masing kelurahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan, penghasilan, kemampuan keluarga mengenal dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,000$; $0,001$; $0,004$; dan $0,009$). Program pendidikan kesehatan secara informal bagi masyarakat disarankan untuk ditingkatkan.

Kata kunci:
keluarga, tugas perawatan kesehatan, status kesehatan, lansia, hipertensi

ABSTRACT

Name : Thomas Aquino Erjinyuare Amigo
Study Program : Master of Nursing, Community Health Nursing Specialisation Faculty of Nursing, Universitas Indonesia
Title : The correlation of family characteristics and implementation of family health task on the aggregate of elderly with Hypertension in Jetis, Yogyakarta

The implementation of health care tasks within the family may affect the elders' health status. This study aimed to determine the correlation of family characteristics and implementation of family health task on elderly with hypertension in Jetis, Yogyakarta. A descriptive correlation design with cross-sectional approach and proportionate cluster sampling was applied to 163 respondents. It showed that there is a correlation of education, income, ability to recognize and treat families with the health status of elderly with hypertension ($p = 0,000$; $0,001$; $0,004$; dan $0,009$). An informal health education for the community is advised to be improved.

Key words:
family, health care tasks, health status, elderly, hypertension

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah Penelitian	10
1.3. Tujuan Penelitian.....	12
1.3.1. Tujuan Umum	12
1.3.2. Tujuan Khusus	12
1.4. Manfaat Penelitian.....	13
1.4.1. Bagi Pengembang Kebijakan Pelayanan Kesehatan.....	13
1.4.2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas	14
1.4.3. Bagi Keluarga	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
2.1. Lanjut Usia Sebagai Populasi Berisiko (<i>Population At Risk</i>) dan Populasi Rentan (<i>Vulnerable Population</i>)	15
2.1.1. Definisi Populasi Berisiko dan Populasi Rentan	15
2.1.2. Karakteristik Populasi Berisiko	16
2.2. Status Kesehatan Lansia dengan Hipertensi.....	19
2.2.1. Konsep Hipertensi Pada Lansia	19
2.2.2. Status Kesehatan	22
2.3. Konsep Keluarga	24
2.3.1. Definisi Keluarga	24
2.3.2. Karakteristik Keluarga	25
2.3.3. Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga.....	29
2.4. Kerangka Teori.....	33
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	35
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	35
3.2 Hipotesis Penelitian	37
3.2.1 Hipotesis mayor	37
3.2.2 Hipotesis Minor	37
3.3 Variabel Dan Definisi Operasional Penelitian	38
3.3.1 Variabel Penelitian.....	38

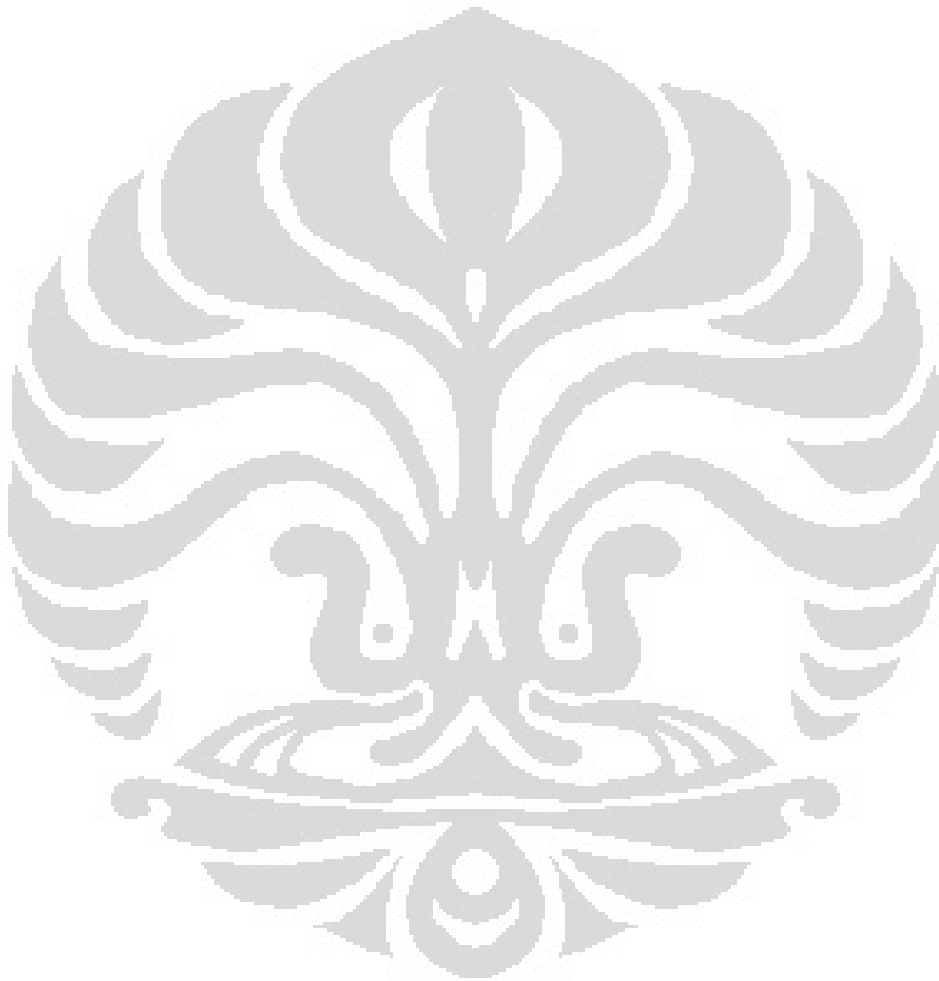
3.3.2	Definisi Operasional	39
BAB IV METODE PENELITIAN		
4.1.	Desain Penelitian.....	42
4.2.	Populasi dan Sampel.....	43
4.2.1.	Populasi.....	43
4.2.2.	Sampel.....	43
4.3.	Tempat Penelitian	46
4.4.	Waktu Penelitian	46
4.5.	Etika Penelitian	47
4.5.1.	Aplikasi Prinsip Etik Dalam Penelitian	47
4.5.2.	<i>Informed Consent</i> atau Lembar Persetujuan Penelitian.....	51
4.6.	Alat Pengumpul Data	53
4.6.1.	Wawancara terstruktur tentang survei status kesehatan SF-12....	53
4.6.2.	Kuesioner karakteristik keluarga	54
4.6.3.	Kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga.....	54
4.7.	Uji Coba Instrumen	56
4.8.	Prosedur Pengumpulan Data.....	58
4.8.1.	Prosedur Administratif.....	58
4.8.2.	Prosedur Teknis	59
4.9.	Pengolahan dan Analisis Data	60
4.9.1.	Pengolahan Data	60
4.9.2.	Analisis Data.....	61
BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Gambaran Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi, Karakteristik Keluarga, Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.....	66
5.1.1	Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi....	66
5.1.2	Karakteristik Keluarga	68
5.1.3	Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga.....	68
5.2	Hubungan Karakteristik Keluarga dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Kota Yogyakarta.....	70
5.2.1	Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi.....	70
5.2.2	Hubungan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi....	71
5.3	Pemodelan Faktor Penentu Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta	74
5.3.1	Seleksi Variabel Bivariat Untuk Kandidat Multivariat.....	74
5.3.2	Pemodelan Awal Multivariat.....	75

BAB VI PEMBAHASAN.....	79
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	79
6.1.1 Hubungan Status Sosioekonomi Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi.....	79
6.1.2 Hubungan Tugas Keluarga Mengenai Masalah Hipertensi Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi	82
6.1.3 Hubungan Tugas Keluarga Mengambil Keputusan Yang Tepat Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi	84
6.1.4 Tugas Keluarga Mampu Memberikan Tindakan Keperawatan Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi	86
6.1.5 Hubungan Tugas Keluarga Mampu Memodifikasi Lingkungan Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi.....	88
6.1.6 Hubungan Tugas Keluarga Mampu Menggunakan Fasilitas Kesehatan Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi	91
6.1.7 Hubungan Tugas Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi.....	94
6.1.8 Faktor Yang Paling Dominan Berhubungan Dengan Status Kesehatan Pada <i>Aggregate</i> Lansia Dengan Hipertensi.....	97
6.2 Keterbatasan Penelitian	99
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	100
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	103
7.1 Kesimpulan.....	103
7.2 Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Kategori tekanan darah menurut <i>The Joint National Committee of the National High Blood Pressure Education Program VII</i>	22
Tabel 3.1 Definisi operasional	39
Tabel 4.1 Kisi-kisi kuesioner SF-12.....	54
Tabel 4.2 Kisi-kisi karakteristik keluarga	54
Tabel 4.3 Kisi-kisi tugas perawatan kesehatan keluarga	55
Tabel 4.4 Kisi-kisi jenis pertanyaan tugas perawatan kesehatan keluarga	56
Tabel 4.5 Analisis bivariat	65
Tabel 4.6 Analisis multivariate	65
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi status kesehatan pada <i>aggregate</i> lansia dengan hipertensi berdasarkan SF-12 di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163).....	67
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden menurut karakteristik keluarga di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)	68
Tabel 5.3 Distribusi tugas perawatan kesehatan keluarga pada responden di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)	69
Tabel 5.4 Hubungan pendidikan keluarga dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163).....	70
Tabel 5.5 Hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163).....	72
Tabel 5.6 Hasil seleksi analisis bivariat variabel-variabel kandidat multivariat dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163).....	75
Tabel 5.7 Hasil pemodelan awal analisis multivariat variabel-variabel dengan status kesehatan pada <i>aggregate</i> lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012.....	75

Tabel 5.8 Hasil pemodelan tahap akhir analisis multivariat variabel-variabel dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012..... 76



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1. Kerangka teori keperawatan keluarga dan teori konsekuensi fungsional	34
Skema 3.1. Kerangka konsep penelitian	36



DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1. Tabel Waktu Penelitian	1
Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian.....	2
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Penelitian	4
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian.....	5
Lampiran 5. Surat Izin Studi Pendahuluan dan Uji Kuesioner	10
Lampiran 6. Jawaban Surat Ijin Studi Pendahuluan dan Uji Kuesioner	13
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian.....	15
Lampiran 8. Surat Lolos Uji Etik.....	16
Lampiran 9. Surat Jawaban Izin Penelitian.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

Bagian pendahuluan akan menjelaskan tentang latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Komposisi penduduk di dunia saat ini telah menunjukkan kecenderungan penduduk tua. Menurut Clarck (1994 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003), kemajuan teknologi merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan jumlah lansia dengan terjadinya peningkatan umur harapan hidup (UHH). Menurut *National Center for Health Statistics* (2008) UHH penduduk Amerika pada tahun 2005 mencapai 77,9 tahun dan menurut *World Health Organization* (2008) UHH Canada mencapai 80,5 tahun (Kaakinen, et al., 2010). Menurut U.S Beureu of the Cencus (2002 dalam Anderson & McFarlane, 2000) jumlah lansia yang berusia 65 tahun atau lebih di USA pada tahun 2000 sebesar 35 juta jiwa atau 12% dari total populasi dan berdasarkan data dari *Administration on Aging* (2007 dalam Anderson & McFarlane, 2000) pada tahun 2006 jumlah populasi lansia meningkat menjadi 37,3 juta jiwa atau 12,4% dari total populasi penduduk USA.

Indonesia juga mengalami peningkatan UHH yang ditandai dengan usia 65,5 (tahun 1990) menjadi 68 tahun (2000) 68,5 tahun (2004) dan menjadi 70,6 tahun (2009) (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010b; World Health Organization, 2011). Yogyakarta sebagai salah satu kota yang mempunyai UHH tertinggi di Indonesia (Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2009) yaitu usia 68,3 (tahun 2005), 69,1 tahun (2007), menjadi 74,1 tahun (2008) (BPS 2009 dalam Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2010; Sunantyo, 2007). Kondisi UHH yang meningkat tersebut menunjukkan bahwa jumlah lansia setiap tahun akan semakin meningkat. Peningkatan UHH diikuti dengan bertambahnya populasi lansia yakni sebesar 5,3 - 16,5 juta jiwa (tahun 1971 - 2004) dan menjadi 17,5 - 19,3 juta jiwa (2004 - 2009) dan sejak tahun 2000 Indonesia telah menjadi negara berstruktur tua karena jumlah lansia telah mencapai 7,18% dari jumlah

penduduk Indonesia (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010b). Yogyakarta sendiri jumlah penduduk lansia berkisar 6,13% - 9,2% dari total jumlah penduduk (tahun 2005 - 2007) dan hasil Susenas 2009 menunjukkan bahwa persebaran penduduk lansia menurut propinsi, yang terbanyak terdapat di DIY yaitu 14,02%, kemudian diikuti oleh provinsi Jawa Tengah (10,99%), Jawa Timur (10,99%), dan Bali (10,79%) (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010c) dan catatan Puskesmas Jetis tahun 2012 bahwa jumlah lansia sebanyak 7,3% dari total penduduk di Kecamatan Jetis. Data tersebut menunjukkan bahwa jumlah lansia dari tahun ke tahun semakin meningkat, maka bukan tidak mungkin jumlah lansia di masa yang akan datang pun akan meningkat.

Penduduk berusia 60 tahun di dunia diprediksikan dapat mencapai angka lebih dari satu miliar pada tahun 2020 (Ayranci & Ozdag, 2006). Jumlah lansia di Amerika juga akan meningkat hingga 24% pada tahun 2050 (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Menurut proyeksi WHO pada tahun 1995 bahwa tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia di Indonesia pun sekitar 28 juta jiwa dan tahun 2050 dibandingkan dengan tahun 1990 pertumbuhan penduduk lansia Indonesia mengalami pertumbuhan terbesar di Asia, yaitu sebesar 414%, Thailand 337%, India 242%, dan China 220% (Martono, 2011). Hasil prediksi atau proyeksi tersebut tampak bahwa jumlah lansia akan semakin banyak di Indonesia, sehingga perlu mendapat perhatian mengingat aggregate lansia termasuk kelompok/populasi berisiko (*population at risk*).

Populasi berisiko merupakan kelompok yang mempunyai karakteristik tertentu yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Lansia sebagai populasi berisiko (*population at risk*) mempunyai karakteristik biologik dan usia, sosial, ekonomi, gaya hidup, dan kejadian hidup (Stanhope & Lancaster, 2004). Faktor biologik yang terjadi seiring akibat proses menua atau bertambahnya usia berdampak pada perubahan fungsi organ di antaranya jantung terjadi penebalan pada miokardial dan pembuluh darah terjadi kekakuan. Ditunjang juga secara sosial, lansia mengalami kehilangan peran seperti kondisi pensiun sebagai akibat menurunnya produktivitas akan berdampak pada masalah psikologis (Stanhope & Lancaster,

2004; Miller, 1995). Faktor ekonomi juga yang cenderung umum terjadi yaitu penurunan pendapatan. Ditinjau juga dari faktor gaya hidup yaitu lansia kurang memperhatikan diet dan olahraga sehingga berdampak pada perubahan status kesehatan lansia. Diperkuat juga oleh faktor kejadian hidup yang ditandai dengan lansia kehilangan orang yang paling dicintai (suami/istri/keluarga) (Stanhope & Lancaster, 2004; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kondisi inilah yang menjadikan lansia sebagai populasi at risk.

Peningkatan masalah kesehatan pada lansia karena lansia mempunyai tingkat probabilitas yang tinggi terhadap penyakit dari pada kelompok lain, membuat lansia juga termasuk dalam kelompok rentan (*vulnerable population*) (Stanhope & Lancaster, 2004). *Vulnerable population* ialah kelompok yang mempunyai karakteristik lebih memungkinkan berkembangnya masalah kesehatan, lebih sulit mengakses pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan, kemungkinan besar penghasilannya kurang atau masa hidup lebih singkat akibat kondisi kesehatan (Maurer & Smith, 2005). Lansia juga merupakan individu yang mempunyai kondisi fisik, psikologi, dan sosial yang lemah serta berkembangnya masalah kesehatan dan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Pander, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Lansia sebagai kelompok berisiko (*population at risk*) dan rentan (*vulnerable population*) yang jumlahnya sangat banyak dan bahkan dari tahun ke tahun semakin bertambah tentu akan menimbulkan masalah. Permasalahan yang timbul pada lansia disebabkan oleh keterbatasan lansia terutama karena faktor penuaan semua fungsi tubuh. Salah satu fungsi tubuh yang mengalami penuaan ialah sistem kardiovaskular. Proses penuaan yang terjadi pada lansia merupakan suatu kondisi yang normal karena menggambarkan perubahan struktur dan fungsi yang terjadi secara bertahap dan merupakan proses yang alami di sepanjang kehidupan (Miller, 1995). Menurut Lakatta (1988 dalam Miller, 1995), sistem kardiovaskular mampu beradaptasi terhadap proses penuaan seperti contoh pada jantung yakni terjadi hipertrofi miokardial, akibat kompensasi tersebut maka terjadi peningkatan tekanan pada arteri.

Pertambahan usia sering kali disertai dengan timbulnya berbagai penyakit kronis seperti artritis, gangguan pendengaran, demensia, serta masalah jantung dan hipertensi sebagai penyakit yang terjadi pada sistem kardiovaskular (Anderson, 2007). Penyakit pada sistem kardiovaskular menjadi salah satu penyebab kematian pada lansia selain penyakit kanker (Anderson & McFarlane, 2011). Menurut teori konsekuensi dari Miller (1995) bahwa gangguan kardiovaskular terjadi akibat perubahan menua antara lain hipertrofi ventrikel sinistra, sel pacemaker berkurang, dan pembuluh darah mengalami kekakuan, vena (lebih tebal, hilangnya elastisitas, lebih berdilatasi), gangguan mekanisme barorefleks, perubahan mekanisme konduksi jantung, peningkatan tahanan perifer diperkuat juga oleh adanya faktor risiko yakni obesitas, merokok, diet tinggi lemak, dan tidak beraktivitas. Konsekuensi negatif yang timbul akibat proses menua dan faktor risiko pada sistem kardiovaskular tersebut yang lain terjadi adalah hipertensi (Miller, 1995).

Hipertensi di Amerika pada tahun 1990-1992 merupakan salah satu prevalensi terbanyak yang dialami oleh populasi yang berusia lebih dari 65 tahun (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999) serta tahun 2004 - 2005 48% lansia mengalami hipertensi (Anderson & McFarlane, 2011). Indonesia mempunyai kasus hipertensi primer yang melakukan rawat inap sebanyak 19874 dan meninggal sebanyak 955 dan kasus baru tahun 2010 yang melakukan rawat jalan sebanyak 80615 (Kementerian Kesehatan Indonesia Republik Indonesia, 2011). Jumlah lansia yang mengalami hipertensi di Indonesia yaitu 83 per 1000 anggota rumah tangga (Tantriyani & Harmilah, 2012). Yogyakarta sebagai salah satu provinsi di Indonesia terdapat pasien hipertensi primer yang melakukan rawat jalan di rumah sakit sebanyak 3754 (Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2008). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa Provinsi DIY mengalami perubahan epidemiologi dengan meningkatnya jumlah masalah penyakit tidak menular terutama penyakit pembuluh darah dan jantung. Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa Provinsi DIY termasuk urutan kelima terbanyak penyakit hipertensi yang terdapat di Indonesia dan besaran persentase penyakit hipertensi

menurut kabupaten kota cukup bervariasi di DIY. Persentase tertinggi di Kota Yogyakarta (28%) (Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2010). Hasil Riskesdas 2007 menggambarkan hubungan penyakit degeneratif salah satunya adalah hipertensi dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain). Hasil Riskesdas 2007 prevalensi hipertensi pada lansia sebanyak 53,7-67,3%, prevalensi berdasarkan tingkat pendidikan hipertensi tidak sekolah 14,5%, tidak tamat SD (sekolah dasar) 11,1%, tamat SD 7,8%, tamat SMP (sekolah menengah pertama) 4,6%, tamat SMA 4,7%, tamat perguruan tinggi 7,1%; prevalensi hipertensi berdasarkan pekerjaan terdiri dari tidak kerja 39,1%, sekolah 13,4%, ibu RT 30,9%, pegawai 27,8%, wiraswasta 31,2%, petani/nelayan/buruh 32,6%, lainnya 32,8% (Biro Hukum dan Humas BPKP, 1998). Distribusi kasus hipertensi menurut umur di seluruh puskesmas yang terdapat di Kota Yogyakarta pada tahun 2011 menunjukkan lansia (≥ 60 tahun) menempati urutan paling banyak yaitu 44,69% dari total penduduk yang mengalami hipertensi (Seksi Pengendalian Penyakit, 2012).

Lansia yang mengalami penyakit kronis seperti hipertensi, banyak tinggal di masyarakat dan kurang dari 1% tinggal di institusi. Kondisi lansia yang banyak tinggal di masyarakat dapat mempengaruhi keadaan keluarga dan juga dapat berakibat pada bertambahnya beban ekonomi dan pemberian perawatan (Anderson, 2007; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Stanley & Beare, 2006). Indonesia yang mempunyai jumlah lansia yang banyak terdapat di masyarakat namun lansia tersebut masih bekerja (48,32%) dan berperan sebagai kepala keluarga (61,24%) (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010b, 2010c). Data Kementerian Sosial bahwa jumlah penduduk lansia yang mendapatkan pelayanan melalui panti, dana dekonsentrasi, Pusat Santunan Keluarga (Pusaka), jaminan sosial, organisasi sosial lainnya sampai tahun 2008 berjumlah 74.897 orang atau 3,09% dari total penduduk lansia terlantar karena terbatasnya fasilitas pelayanan dan keterjangkauan lansia untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010b) sehingga termasuk dalam kelompok rentan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa 96,91% lansia tersebar di dalam masyarakat sebagai kelompok rentan. Kondisi tersebut pun menunjukkan bahwa banyak

lansia yang tinggal di masyarakat, apalagi di Yogyakarta yang menempatkan lansia sebagai seorang yang telah berjasa tentu banyak yang berada di masyarakat sehingga perlu dihormati dan dirawat dengan baik oleh keluarga sebagai pemberi pelayanan utama bagi lansia (*caregiver*).

Lansia, meskipun banyak bekerja dan berperan sebagai kepala rumah tangga, tetap membutuhkan orang lain, minimal secara psikologis, apalagi lansia yang mengalami keterbatasan membutuhkan juga bantuan fisik. Menurut U.S. DHHS (2004), memperkirakan bahwa lansia yang berusia 65 tahun yang tinggal sendiri dan membutuhkan bantuan orang lain pada tahun 2020 sebanyak 19,2% dari 15,2 juta lansia yang ada di Amerika (Kaakinen, et al., 2010). Lansia di Indonesia pun membutuhkan orang lain yang ditandai dengan rasio ketergantungan lansia pada tahun 2005 – 2009 yaitu 12,1% – 13,7% dan rasio ketergantungan lansia yang tinggi terdapat di DIY sebesar 21,78% (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010b; Martono, 2011). Transisi demografi yang tampak terjadi di DIY yang ditandai dengan meningkatnya jumlah lansia mempunyai dampak meningkatnya penyakit-penyakit degeneratif pada lansia (Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2010) dan salah satu penyakit degeneratif pada lansia ialah hipertensi.

Kota Yogyakarta memiliki 14 kecamatan, salah satu di antaranya adalah Kecamatan Jetis dengan luas wilayah 1,7 km² dengan satu puskesmas yaitu Puskesmas Jetis yang membawahi tiga kelurahan yaitu Kelurahan Bumijo dengan 13 RW, Kelurahan Gowongan dengan 13 RW, dan Kelurahan Cokrodingratan dengan 11 RW. Puskesmas Jetis membawahi 27 posyandu lansia yang hampir tersebar di setiap RW. Jumlah lansia yang berusia lebih atau sama dengan 60 (≥ 60 tahun) di Kecamatan Jetis berdasarkan catatan Puskesmas Jetis yang diperoleh dari laporan masing-masing posyandu yaitu sebanyak 1491 orang dan yang melakukan rawat jalan karena mengalami hipertensi selama tahun 2011 sebanyak 12,2% dari jumlah lansia yang terdapat di Kecamatan Jetis. Setiap kelurahan memiliki ketua paguyuban lansia dan setiap RW memiliki ketua kelompok lansia dan setiap bulan selalu diadakan posyandu lansia di masing-masing RW.

Menurut penanggungjawab lansia di Puskesmas Jetis bahwa rata-rata lansia yang terdapat di Kecamatan Jetis tinggal bersama keluarga atau sangat jarang tinggal sendiri di rumah dan mayoritas penduduknya bersuku Jawa (80 - 85%). Peneliti melakukan observasi dan wawancara pada tiga keluarga yang ada di Kecamatan Jetis diperoleh bahwa tiga keluarga dengan lansia rata-rata tipe keluarga besar dan kurang mengerti tentang masalah kesehatan hipertensi, apalagi didukung oleh kondisi lansia yang secara kasat mata tampak sehat namun tekanan darahnya 150-160/90-100 mmHg. Keluarga merasa bahwa kondisi lansia yang tidak kelihatan tersebut membuat keluarga tidak menganggap lansia mempunyai masalah dengan tekanan darahnya, namun ada juga keluarga yang cukup memperhatikan kondisi lansia yang ada di rumah tetapi lansia tersebut kurang memperhatikan pendapat anggota keluarganya.

Proses penuaan yang terjadi pada lansia yang disertai juga dengan kejadian pensiun membuat lansia mengalami banyak kehilangan dan dapat menjadi stressor bagi lansia (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) sehingga akan berdampak juga pada masalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya penyakit jantung koroner, dan stroke (Miller, 1995). Penyakit jantung dan stroke dapat berdampak pada menurunnya tingkat kemandirian lansia. Menurunnya tingkat kemandirian lansia, serta banyaknya lansia yang tinggal di masyarakat, hidup seorang diri, terlantar, tingkat ketergantungan yang tinggi, dan mengalami berbagai penyakit degeneratif membuat lansia membutuhkan orang lain dalam memenuhi kebutuhan terutama keluarga karena keluarga merupakan salah satu pemberi perawatan utama bagi lansia. Menurut Suardirman (2007 dalam Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010c) upaya yang dilakukan terkait dengan kesehatan lansia diantaranya meningkatkan kesadaran lansia untuk membina sendiri kesehatannya dan meningkatkan kemampuan dan peran serta keluarga dalam menghayati dan mengatasi kesehatan lansia.

Menurut Goldenberg dan Goldernberg (2000 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003), sebuah keluarga yang berfungsi dengan baik jika saling memberikan

motivasi, memberikan kebebasan serta memberikan perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri bagi anggota keluarga. Keluarga adalah tempat bagi anggota keluarga untuk belajar tentang kesehatan dan penyakit serta sebagai tempat memberi dan memperoleh perawatan sepanjang kehidupan anggota keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Kesehatan keluarga dapat tergambar dari kemampuan keluarga memberikan bantuan kepada anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kemampuan keluarga memenuhi fungsi keluarga serta mencapai tugas perkembangan yang sesuai dengan tingkat perkembangan keluarga dengan lansia (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pemberian perawatan pada lansia merupakan tanggung jawab keluarga (Kaakinen, et al., 2010) sehingga keluarga memiliki potensi besar sebagai mitra dalam mempertahankan dan memulihkan kesehatan anggota keluarga terutama lansia (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Menurut Bomar (dalam Stanhope & Lancaster, 2004) dan Nightingale et al (dalam Stanhope & Lancaster, 2004), keluarga mempunyai peranan penting dalam kesehatan individu dalam keluarga dan komunitas.

Keluarga menjadi yang menjadi salah satu fokus intervensi dalam keperawatan keluarga tentunya mempunyai alasan. Alasan yang pertama yaitu keluarga merupakan sumber daya yang penting dalam pemberian pelayanan individu dan keluarga karena terbukti efektifitas perawatan meningkat (Gillis dan Davis dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Alasan kedua yaitu keluarga merupakan sebuah ikatan hubungan yang kuat, mempunyai jaringan ketergantungan yang menguntungkan yang dapat mempengaruhi anggota keluarga. Alasan ketiga yaitu keluarga mempunyai hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya sehingga peran keluarga sangat penting dalam perawatan kesehatan individu anggota keluarga. Alasan keempat yaitu seseorang memperoleh pemahaman secara menyeluruh dan jelas tentang fungsi individu dan anggota keluarga ketika individu anggota keluarga dilihat sebagai konteks keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Alasan tersebut membuat keluarga mempunyai peran penting dalam status kesehatan lansia.

Peran keluarga yang mempunyai lansia yaitu memberikan bantuan kepada lanjut usia baik dalam kondisi sehat maupun sakit (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kesehatan individu terutama lansia dalam keluarga tidak terlepas dari karakteristik keluarga. Karakteristik keluarga mencakup demografik yang meliputi ukuran atau tipe keluarga, status sosioekonomi, etnik, budaya, dan tahap perkembangan keluarga (Maglaya et al., 2009; Kaakinen, et al., 2010). Karakteristik keluarga juga mencakup tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan, ukuran keluarga (Lee, 2008).

Keluarga pun mempunyai tugas perawatan kesehatan bagi anggota keluarga. Tugas perawatan kesehatan keluarga meliputi keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga mampu memberikan tindakan keperawatan bagi anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan dan tumbuh kembang individu, serta keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan (Maglaya et al., 2009). Kelima tugas perawatan kesehatan keluarga diharapkan memberikan pengaruh terhadap status kesehatan lansia dengan hipertensi.

Status kesehatan merupakan kondisi kesehatan seseorang pada waktu tertentu (Blois, Hayes, Koziar, & Erb, 2006) yang dapat diukur dengan menggunakan *12-item Short Form Health Status Survey* yang merupakan versi singkat dari SF-36 yang digunakan untuk mengukur status kesehatan (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999). SF-12 dapat digunakan untuk mengukur status kesehatan individu yang terdiagnosa hipertensi (Lam, Tse, & Gandek, 2005) dan dapat digunakan untuk semua kalangan usia dan salah satunya adalah lansia (Bentur & King, 2010). Survei status kesehatan SF-12 akan digunakan untuk menilai status kesehatan lansia dengan hipertensi.

Status kesehatan lansia dengan hipertensi dan peran keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan tidak terlepas dari peran perawat kesehatan komunitas (*Community Health Nursing*) karena perawat kesehatan komunitas menempati

posisi utama untuk memulai dan berupaya meningkatkan status kesehatan populasi baik agregat lansia maupun keluarga, apalagi isu secara internasional bahwa kondisi ketidakmampuan (kecacatan) dan penyakit kronis terjadi dalam kesehatan komunitas. Perawat kesehatan komunitas juga melakukan advokasi terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat yang mengalami ketidakmampuan dan penyakit kronis seperti yang terjadi pada lansia hipertensi. Perawatan kesehatan komunitas memberikan pelayanan pada populasi *vulnerable* baik di tingkat individu, keluarga, maupun komunitas atau masyarakat (Allender, Rector, & Warner, 2010).

Fokus utama asuhan keperawatan komunitas yaitu populasi yang salah satunya adalah populasi lansia dan sebagai agregate adalah lansia dengan hipertensi (Allender, Rector, & Warner, 2010). Pemberian asuhan pada populasi lansia dan agregat lansia dengan hipertensi dapat diterapkan melalui keluarga. Oleh karena itu jika keluarga memberikan perawatan kepada lansia yang mengalami hipertensi tidak terlepas dari karakteristik keluarga dan tugas perawatan kesehatan keluarga yang harus dijalankan oleh keluarga lansia tentang hipertensi untuk meningkatkan status kesehatan lansia. Peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada agregate lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis, Daerah Istimewa Yogyakarta.

1.2. Rumusan Masalah Penelitian

Kasus hipertensi di DIY sebanyak 2,07% (tahun 2007), 16,3% (tahun 2008) dari jumlah kunjungan rawat jalan di puskesmas, penyakit hipertensi dengan prosentase tertinggi di Kota Yogyakarta yaitu sebesar 28% (tahun 2009) (Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2008; 2010), sedangkan secara nasional berdasarkan pasien rawat inap 5,9%, yang meninggal 14% dan kasus baru tahun 2010 yang melakukan rawat jalan 7,1% (Kementrian Kesehatan Indonesia Republik Indonesia, 2011). Masalah hipertensi pada lansia di Kecamatan Jetis berdasarkan kasus rawat jalan di Puskesmas Jetis tahun 2011 sebanyak 182 (12,2%) pasien dari total lansia yang tersebar di tiga kelurahan.

Persentase hipertensi di DIY jika dibandingkan dengan kasus nasional menunjukkan lebih tinggi di Kota Yogyakarta daripada nasional. Kondisi sebaliknya di Kecamatan Jetis, kasus hipertensi berdasarkan catatan Puskesmas Jetis yaitu 4,8%, padahal hasil observasi dan wawancara dengan tiga orang lansia menunjukkan dua di antaranya tidak terdaftar dalam catatan Puskesmas Jetis sebagai pasien hipertensi. Meskipun kondisi tersebut lebih kecil dari kejadian di DIY dan Kota Yogyakarta, namun berdasarkan hasil wawancara dengan penanggungjawab lansia di Puskesmas Jetis bahwa kasus hipertensi menempati urutan kelima penyakit yang dialami oleh masyarakat di Kecamatan Jetis, sedangkan hipertensi pada lansia di Kecamatan Jetis cukup tinggi yaitu sekitar 40% kejadiannya, namun lansia penderita hipertensi tersebut tidak melakukan pengobatan ke Puskesmas Jetis sehingga jumlah pasien yang berkunjung ke Puskesmas Jetis hanya sedikit. Masalah hipertensi pada lansia menempati urutan ketiga setelah Infeksi Saluran Pernapasan Akut dan Mialgia.

Penanggungjawab lansia di Puskesmas Jetis juga mengatakan bahwa belum ada program yang mengelola keluarga untuk melakukan perawatan bagi lansia hipertensi di Kecamatan Jetis sebagai wilayah kerja Puskesmas Jetis. Padahal peran keluarga sangat penting dalam menjaga status kesehatan lansia sebagai anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kondisi tersebutlah yang menjadi faktor pendukung meningkatnya kasus hipertensi. Kondisi tersebut pun dapat menunjukkan bahwa derajat kesehatan penduduk semakin buruk (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010c). Perubahan jumlah kasus hipertensi yang cukup signifikan dari tahun ke tahun baik tingkat kota, propinsi, maupun nasional dapat dipengaruhi oleh cara individu dalam keluarga dan keluarga melakukan tugas perawatan kesehatan.

Hasil observasi terhadap tiga keluarga terkait karakteristik keluarga diperoleh data bahwa ketiga keluarga termasuk extended family, status sosioekonomi menengah, dan suku Jawa. Hasil pengukuran tekanan darah pada tiga lansia didapatkan hasil tekanan darah berkisar 150-160/90-100 mmHg di Kecamatan Jetis. Wawancara pada tiga keluarga lansia dengan hipertensi diperoleh data bahwa keluarga kurang

mengetahui tentang pengertian tekanan darah tinggi atau hipertensi, kurang mengetahui penyebab, dan kurang mengetahui tindakan yang perlu dilakukan keluarga jika ada lansia yang mengalami hipertensi, atau dengan kata lain keluarga kurang mengetahui masalah hipertensi pada lansia.

Fenomena hipertensi yang banyak terjadi pada lansia yang ada di DIY khususnya di Kecamatan Jetis dan keluarga kurang menjalankan tugas perawatan kesehatan keluarga maka pertanyaan penelitian yang muncul yaitu “Adakah hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yaitu mengetahui hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian yang dilakukan adalah teridentifikasi:

- 1.3.2.1. Status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.2. Karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi mencakup pendidikan dan penghasilan keluarga di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.3. Tugas perawatan kesehatan keluarga meliputi keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga memodifikasi lingkungan, serta keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.4. Hubungan pendidikan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta

- 1.3.2.5. Hubungan penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.6. Hubungan tugas keluarga mengenal masalah kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.7. Hubungan tugas keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.8. Hubungan tugas keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.9. Hubungan tugas keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.10. Hubungan tugas keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.11. Hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 1.3.2.12. Karakteristik dan tugas perawatan kesehatan keluarga yang paling dominan terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan

Hasil penelitian yang diperoleh sebagai masukan untuk melakukan pelatihan atau promosi kesehatan bagi keluarga lansia mengenai tugas perawatan kesehatan keluarga pada lansia dengan hipertensi meliputi pengetahuan tentang masalah hipertensi, berbagai tindakan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menjaga kondisi lansia yang mengalami hipertensi, mengelola diet lansia dengan hipertensi, pengontrolan terhadap pengobatan yang digunakan untuk mengatasi

hipertensi pada lansia, pengaturan olahraga atau aktivitas pada lansia dengan hipertensi, kondisi lingkungan rumah dan situasi yang kondusif bagi lansia yang mengalami hipertensi, cara berinteraksi yang baik dengan lansia yang mengalami hipertensi, penggunaan sumber-sumber yang tepat di masyarakat seperti pelayanan kesehatan atau sosial untuk meningkatkan status kesehatan lansia.

1.4.2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian dapat dijadikan landasan dalam mengembangkan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas yang komprehensif yang berkaitan dengan *ageing process*, karakteristik keluarga serta tugas perawatan kesehatan keluarga sehingga secara bertahap dan sistematis perawat kesehatan komunitas dapat menurunkan kejadian hipertensi pada lansia dan mengembangkan mitra kerja dengan keluarga dalam memberikan perawatan pada lansia dengan hipertensi karena keluarga sebagai pendukung utama dalam meningkatkan status kesehatan lansia sehingga status kesehatan lansia pun dapat menjadi lebih baik.

1.4.3. Bagi Keluarga

Keluarga dengan mengetahui tugas perawatan kesehatan keluarga pada lansia dengan hipertensi melalui pelatihan atau promosi kesehatan dapat secara mandiri memberikan perawatan pada lansia dengan hipertensi serta keluarga tidak mengalami kesulitan atau stres ketika berhadapan dengan lansia yang mengalami hipertensi karena keluarga telah memahami perubahan yang terjadi pada lansia dan tindakan yang perlu dilakukan terhadap lansia dengan hipertensi sehingga keluarga pun ikut berperan dalam meningkatkan status kesehatan lansia khususnya di dalam keluarga dan umumnya bagi masyarakat dan negara.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bagian tinjauan pustaka akan memaparkan teori yang menjadi sumber referensi atau landasan dalam melakukan penelitian dan pembahasan hasil penelitian. Tinjauan pustaka yang akan digunakan dalam penelitian mencakup lanjut usia sebagai populasi berisiko (*population at risk*) dan populasi rentan (*vulnerable population*), status kesehatan lansia dengan hipertensi, keluarga mencakup konsep keluarga, karakteristik keluarga, tugas perawatan kesehatan keluarga.

2.1. Lanjut Usia Sebagai Populasi Berisiko (*Population At Risk*) dan Populasi Rentan (*Vulnerable Population*)

2.1.1. Definisi populasi berisiko dan populasi rentan

Populasi adalah sekumpulan individu yang bertempat tinggal di suatu wilayah (Maurer & Smith, 2005). Risiko berarti peluang/kemungkinan mempunyai konsekuensi yang merugikan dan akan meningkat dengan adanya satu atau lebih karakteristik (Backett, Davies, & Petros-Barvazian, 1984 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Populasi berisiko (*population at risk*) adalah kumpulan orang-orang yang mempunyai masalah kesehatan yang kemungkinan akan berkembang karena dipengaruhi oleh adanya faktor resiko yang dapat dimodifikasi seperti penyakit kardiovaskular (Allender, Rector, & Warner, 2010).

Kelompok yang mempunyai kumpulan dari berbagai risiko, mengalami berbagai masalah, terutama sangat sensitif terhadap berbagai risiko tergolong sebagai populasi rentan atau *vulnerable population* (Stanhope & Lancaster, 2004). Menurut New Collins Dictionary (dalam Polit & Beck, 2012) bahwa *vulnerability* berarti mudah mengalami gangguan fisik. *Vulnerable population* ialah kelompok yang mempunyai karakteristik lebih memungkinkan berkembangnya masalah kesehatan, lebih mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, kemungkinan besar penghasilannya kurang atau masa hidup lebih singkat akibat kondisi kesehatan (Maurer & Smith, 2005). Menurut Flaskerud dan Winslow (1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004) *Vulnerable population* adalah

kelompok sosial yang mengalami peningkatan risiko. *Vulnerable population group* adalah bagian dari kelompok populasi yang lebih mudah mengalami masalah kesehatan akibat terpapar risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Jadi dapat disimpulkan bahwa, populasi rentan adalah kelompok yang mempunyai karakteristik mudah mengalami masalah kesehatan yang lebih berat, sulit mengakses pelayanan kesehatan, penghasilan yang kurang, dan bahkan berdampak pada kematian akibat terpapar risiko.

Lansia sebagai kelompok *vulnerable* karena mengalami perubahan fisiologis yang berkaitan dengan usia disertai juga dengan berbagai penyakit kronis yang mengakibatkan keterbatasan fungsional (Stanhope & Lancaster, 2004). Status sosioekonomi yang lemah, gaya hidup yang buruk, masalah psikis akibat kemiskinan atau pensiun, keturunan dapat membuat lansia termasuk kelompok rentan (Maurer & Smith, 2005). Kondisi tersebut ditambah dengan proses penuaan dan mengalami penyakit kronis seperti hipertensi membuat lansia termasuk dalam populasi *vulnerable* (U.S Department of Health and Human Services 2000 dalam Maurer & Smith, 2005).

2.1.2. Karakteristik populasi berisiko

Karakteristik populasi berisiko mencakup biologi dan usia, sosial, ekonomi, gaya hidup, dan kejadian hidup (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.1.1. Risiko biologis dan usia

Faktor biologis mencakup genetik dan fisiologi (Cronin et al., 2011; Stanhope & Lancaster, 2004). Faktor biologis dapat menjadi faktor kontribusi kejadian penyakit dan bahkan kematian (Swanson & Nies, 1995), seperti penyakit kardiovaskular karena faktor biologis yang berkaitan dengan genetik atau fisiologi dapat diturunkan pada generasi berikutnya di dalam keluarga. Kebiasaan keluarga yang mengalami obesitas, disertai dengan terjadi aterosklerosis dan perubahan pada sistem kardiovaskular terkait proses penuaan dapat meningkatkan risiko seorang individu terutama lansia mengalami penyakit jantung dan hipertensi (Stanhope & Lancaster, 2004; Miller, 1995). Risiko biologis dibuktikan dengan

adanya disregulasi beberapa sistem fisiologis meningkat sesuai dengan usia kronologis seperti yang terjadi pada sistem kardiovaskular (Crimmins, 2004; Miller, 1995). Faktor biologis sulit dipisahkan dari faktor gaya hidup individu (Stanhope & Lancaster, 2004).

Faktor usia juga berkontribusi terhadap kondisi kesehatan dan tingkat kematian (Swanson & Nies, 1995). Seorang individu disebut lansia lansia menurut umur kronologis meliputi *young old* yaitu kelompok lansia yang berusia 65 sampai 74 tahun; *middle old* yaitu kelompok lansia yang berusia 75 sampai 84 tahun; dan *old old* atau *very old* atau *frail elderly* yaitu kelompok lansia yang berusia lebih atau samadengan 85 tahun (Mauk, 2006; Miller, 1995). Lansia yang disebut *old* atau *older adults* ialah kelompok usia yang berumur lebih dari 65 tahun (Anderson & McFarlane, 2011; Carmody & Forster, 2003; Mauk, 2006). Menurut UU No. 13 tahun 1998 dan PP RI No. 43 tahun 2004, lansia ialah individu yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Biro Hukum dan Humas BPKP, 1998, 2004). Banyak lansia yang berusia lebih dari 60 tahun mengalami penyakit kronis (Swanson & Nies, 1995). Penyakit kronis yang terjadi pada lansia juga karena proses penuaan yang diperkuat dengan faktor risiko mengakibatkan terjadinya gangguan pada sistem kardiovaskular salah satunya adalah hipertensi (Miller, 1995).

2.1.1.2. Risiko gaya hidup atau perilaku

Beberapa penyakit yang terjadi pada individu bahkan kematian dapat disebabkan karena gaya hidup atau kebiasaan. Risiko perilaku merupakan risiko gaya hidup individu dan keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004). Individu yang senang mengubah gaya hidup seperti obesitas, merokok, kadar kolesterol yang tinggi, jarang melakukan kontrol tekanan darah disertai perubahan sistem kardiovaskular akibat proses penuaan dapat meningkatkan faktor risiko penyakit kardiovaskular salah satunya ialah hipertensi (Swanson & Nies, 1995; Miller, 1995). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan merokok, kurang melakukan aktivitas fisik, konsumsi alkohol yang berlebihan, berat badan yang berlebihan merupakan risiko gaya hidup yang mempunyai hubungan dengan masalah sistem

kardiovaskular salah satunya adalah hipertensi (Bornoa, Engstrom, Essen, & Hedblad, 2012).

2.1.1.3. Risiko sosial

Risiko sosial antara lain tinggal di sekitar lingkungan yang tingkat kriminal tinggi, komunitas yang tidak mempunyai kegiatan rekreasi atau tidak adanya aktivitas dan sumber kesehatan tidak memadai, lingkungan yang memiliki polusi suara dan zat kimia yang tinggi, atau lingkungan yang tingkat stresnya tinggi yang berdampak pada lansia sulit dalam melakukan aktivitas dapat meningkatkan risiko kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004; Miller, 1995). Salah satu stres sosial adalah diskriminasi baik diskriminasi ras maupun budaya yang dapat menambah beban psikologi. Kondisi demikian menambah stressor pada individu maupun keluarga. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan masalah kesehatan jika individu dalam keluarga atau anggota keluarga tidak memiliki sumber dan coping yang memadai (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.1.4. Risiko ekonomi

Risiko ekonomi ada hubungannya dengan risiko sosial. Risiko ekonomi berkaitan dengan sumber dan pendapatan keuangan. Sumber keuangan yang memadai dapat memudahkan lansia untuk memenuhi kebutuhan kesehatan. Keterbatasan sumber keuangan pun berdampak pada kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, dan papan pun akan terbatas. Kondisi tersebut berakibat pada meningkatnya masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Lansia akan membutuhkan perawatan jangka panjang terutama berkaitan dengan penyakit kronis yang dialami sementara lansia mengalami kekurangan sumber ekonomi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan (Miller, 1995). Hasil penelitian menunjukkan risiko sosioekonomi menjadi faktor risiko terjadinya masalah pada sistem kardiovaskular (Bornoa, Engstrom, Essen, & Hedblad, 2012).

2.1.1.5. Risiko kejadian hidup

Faktor kejadian hidup dapat menimbulkan stres atau tekanan yang meningkatkan penyakit dan ketidakmampuan. Risiko kejadian hidup sering terjadi selama transisi dari tahap perkembangan yang satu ke tahap perkembangan yang lain. Tahap perkembangan yang dialami lansia mengakibatkan lansia mengalami perubahan perilaku, jadwal, komunikasi, membuat keputusan baru, merubah peran keluarga, belajar keterampilan baru, dan identifikasi serta belajar untuk menggunakan sumber-sumber baru (Stanhope & Lancaster, 2004). Tahap perkembangan keluarga dengan lansia pun akan mempunyai tugas baru bagi lansia yaitu mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi, melanjutkan untuk merasionalisasi kehilangan keberadaan anggota keluarga atau peninjauan dan integrasi kehidupan masa lalu (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penuaan yang terjadi pada lansia berdasarkan teori penuaan psikologikal menurut Miller (1995) berdampak pada kejadian hidup lansia seperti kejadian yang berkaitan dengan pensiunan, kematian teman atau pasangan, janda atau duda, relokasi rumah, penyakit kronis, stereotypes berdampak pada masalah kesehatan pada lansia.

Risiko bermula dari bahaya lingkungan (sosial dan ekonomi), gaya hidup atau perilaku, dan biologi atau genetik yang disertai oleh penyakit penyerta seperti masalah pada sistem kardiovaskular yaitu hipertensi akibat proses penuaan pada lansia dapat mengakibatkan suatu kelompok tergolong dalam populasi rentan (Stanhope & Lancaster, 2004; Miller, 1995).

2.2. Status Kesehatan Lansia dengan Hipertensi

2.2.1. Konsep hipertensi pada lansia

2.2.1.1. Perubahan sistem kardiovaskular pada lansia

Perubahan sistem kardiovaskular pada lansia secara umum dipengaruhi oleh usia dan penyakit (Miller, 1995) dan proses penuaan yang normal pada lansia salah satunya yaitu perubahan anatomi dan fungsional pada sistem kardiovaskular

(Wallace, 2008). Perubahan sistem kardiovaskular yang berkaitan dengan usia terhadap kerja sistem kardiovaskular berupa miokardium, *cardiac*, vaskular, dan mekanisme barorefleks (Miller, 1995).

Perubahan anatomi miokardium pada jantung lansia menurut Klausner dan Schwart (1995) dan Wei (1988) (dalam Miller, 1995) berupa hipertrofi ventrikel sinistra. Hipertrofi ventrikel sinistra ditandai oleh dilatasi aorta dan meningkatnya tekanan darah sistolik. Menurut Gerstenblith et al. (1977 dalam Miller, 1995), bahwa dinding ventrikuler sinistra posterior juga mengalami penebalan kira-kira 30% antara usia 25 - 80 tahun.

Perubahan yang berkaitan dengan usia pada fisiologi jantung tersebut menyebabkan konsekuensi fungsional meliputi elektrofisiologi atau sistem konduksi jantung. Sistem konduksi jantung mengalami perubahan karena berkurangnya sel pacemaker dan bentuknya membesar serta tidak beraturan (Miller, 1995). Menurut Kitzman dan Edward (1990 dalam Miller, 1995) bahwa jumlah sel pacemaker pada nodus sinus berkurang hingga 90% antara usia 20 - 75 tahun dan akan disertai dengan berkurangnya jumlah sel konduksi pada nodus atrioventrikular, bundle of his, dan serabut kiri dan kanan (Klausner dan Schwart 1985 dalam Miller, 1995). Sistem konduksi pada nodus sinus juga dipengaruhi oleh peningkatan jumlah lemak pada miokardium, kolagen, dan serabut elastis (Miller, 1995).

Perubahan lebih lanjut berkaitan dengan usia, pada pembuluh darah terutama pada lapisan tengah atau tunika media. Lapisan tengah mengalami peningkatan kolagen, penipisan, kalsifikasi serabut elastin yang mengakibatkan kekakuan pada pembuluh darah. Lapisan tengah juga mengalami hipertrofi yang mengakibatkan terbatasnya lumen pembuluh darah yang berdampak pada endotelium tidak mampu melakukan vasodilatasi (Tabloski, 2006; Miller, 1995). Menurut Adelman (dalam Miller, 1995) konsekuensi yang terjadi akibat perubahan yang terjadi pada lapisan tengah yaitu peningkatan tekanan perifer, gangguan fungsi baroreseptor, dan aliran darah ke organ berkurang. Perubahan pada lapisan tengah

mempengaruhi peningkatan tekanan darah karena lapisan tengah mempunyai struktur pada arteri untuk berdilatasi dan berkontraksi (Miller, 1995). Perubahan pada barorefleks yang berkaitan dengan usia berpengaruh terhadap tekanan darah dan aspek lain dari kerja kardiovaskular. Tekanan darah diatur oleh mekanisme barorefleks yang juga dapat meningkatkan detak jantung (heart rate) dan tekanan pembuluh darah perifer. Penurunan mekanisme barorefleks dapat berdampak pada meningkatnya tekanan darah atau terjadi hipertensi (Miller, 1995).

Perubahan status fisiologi secara normal dapat menjadi faktor predisposisi seorang individu menjadi rentan dan diakibatkan proses penyakit seperti seseorang yang mempunyai satu atau lebih penyakit kronis. Lansia tergolong populasi rentan karena mengalami perubahan fisiologi terkait proses menua yang berdampak juga pada perubahan sistem kardiovaskular yang mengakibatkan terjadi penyakit kronis yaitu hipertensi mengakibatkan lansia mengalami keterbatasan status fungsional dan kehilangan kemandirian (Stanhope & Lancaster, 2004).

Lansia merupakan individu yang kemampuan fungsionalnya dipengaruhi oleh perubahan yang berkaitan dengan usia dan faktor risiko (Miller, 1995; Kaakinen, et al., 2010).

2.2.1.2. Hipertensi pada lansia

Hipertensi ialah kondisi tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (*Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* 2003 dalam Tabloski, 2006; Wallace, 2008). Perubahan tekanan darah yang berkaitan dengan usia yaitu meningkatnya secara bertahap tekanan darah diastolik sampai usia 60 tahun pada laki-laki dan 80 tahun wanita, tekanan darah sistolik meningkat juga secara bertahap sampai usia 80 tahun dan lebih tinggi wanita daripada pria, tekanan darah sistolik meningkat lebih tinggi daripada tekanan darah diastolik, dan setelah usia 70 atau 75 tahun tekanan darah diastolik dan sistolik sedikit menurun pada laki-laki dan wanita (Miller, 1995).

Menurut Hunt dan William (1999 dalam Tabloski, 2006) Individu yang secara genetik mengalami peningkatan tekanan darah maka akan berisiko mengalami hipertensi. Hipertensi dianggap sebagai *silent killer* karena sebagian tanpa tanda dan gejala, namun beberapa lansia mengalami sakit kepala karena hipertensi (Wallace, 2008).

Tabel 2.1 Kategori tekanan darah menurut *The Joint National Committee of the National High Blood Pressure Education Program VII*

Kategori	Klasifikasi	
	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Prehipertensi	120-139	atau 80-89
Hipertensi tingkat I	140-159	atau 90-99
Hipertensi tingkat II	>160	atau >100

Sumber: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003 dalam Essential Gerontological Nursing Tabloski, 2006; Wallace, 2008)

Beberapa hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan laporan JNC VII:

- Individu dengan tekanan darah sistolik 120 – 139 mmHg atau tekanan darah diastolik 80 – 89 mmHg sudah termasuk prehipertensi dan perlu promosi kesehatan yang berkaitan dengan modifikasi gaya hidup untuk mencegah penyakit kardiovaskular.
- Pasien dengan hipertensi dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan (kurang dari 140/90 mmHg atau kurang dari 130/80 mmHg).
- Tenaga kesehatan membina hubungan saling percaya dan sebagai pemberi motivasi yang kuat kepada klien (Joint National Committee, 2003 dalam Tabloski 2006).

2.2.2. Status kesehatan

2.2.2.1. Definisi status kesehatan

Menurut teori konsekuensi fungsional, kesehatan adalah kemampuan lansia untuk berfungsi secara optimal meskipun dalam situasi perubahan yang berkaitan dengan penuaan dan faktor risiko (Miller, 1995). Menurut Williams (1979 dalam

Anderson & McFarlane, 2011) kesehatan lansia adalah kemampuan untuk hidup dan berfungsi secara efektif di masyarakat, latihan secara mandiri, dan memiliki otonomi seoptimal mungkin tetapi tidak harus bebas atau terlepas dari penyakit. Menurut Messecar (2002 dalam Anderson & McFarlane, 2011) kesehatan lansia adalah ketika lansia dapat pergi dan melakukan sesuatu yang bermakna, dapat berguna dan diharapkan dapat melakukan sesuatu, adanya keseimbangan antara kemampuan dan tantangan, sesuai dengan sumber daya yang dimiliki, dan memiliki kepribadian yang berkarakter.

Status kesehatan individu yakni lansia yaitu situasi atau kondisi kesehatan seseorang pada waktu atau periode tertentu. Status kesehatan lansia tentu bergantung pada perilaku kesehatan lansia seperti kemampuan memahami status kesehatan sendiri, kemampuan mempertahankan status kesehatan yang optimal, mencegah faktor risiko penyakit atau cedera, dan kemampuan mencapai potensi fisik dan mental secara optimal (Blois, Hayes, Kozier, & Erb, 2006). Status sehat/sakit lansia sebagai individu dan salah satu anggota keluarga dengan keluarga saling mempengaruhi, apalagi ditunjangi oleh penurunan fungsi fisik (kardiovaskular) membuat status kesehatan lansia mengalami penurunan sehingga memerlukan keluarga sebagai pemberi asuhan agar lansia mengalami penuaan yang sehat (*healthy ageing*) (Miller, 1995; Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

2.2.2.2. Pengukuran status kesehatan lansia berdasarkan *12-item Short Form Health Status Survey*

12 item Short Form Health Status Survey merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengukur status kesehatan lansia (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999). SF-12 merupakan versi singkat dari SF-36. Sama seperti SF-36, SF-12 merupakan kombinasi, penilaian, dan bobot untuk mengukur fungsi mental dan fisik (*Physical and Mental Components Summary/PCS & MCS*) yang terdiri dari 12 pertanyaan (Lam, Tse, & Gandek, 2005; Utah Department of Health, 2001; Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002). SF-12 merupakan suatu alat ukur yang bersifat umum dan sasarannya tidak mengenal kelompok usia dan penyakit yang memiliki delapan konsep yaitu fungsi fisik, peran fisik; nyeri tubuh; kesehatan

secara umum; kesehatan mental secara umum; vitalitas; fungsi sosial; peran emosional; kesehatan mental (Bentur & King, 2010; Sahar, 2004). Subyek yang digunakan dalam penelitian survei kesehatan SF-12 dilakukan pada individual atau orang mempunyai indikasi atau diagnosa hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, penyakit paru menahun (penyakit paru kronik), gangguan psikologi, penyakit sendi menahun (Lam, Tse, & Gandek, 2005).

Survei status kesehatan SF-12 telah diterjemahkan dan divalidasi dalam beberapa bahasa termasuk bahasa Indonesia serta telah dilakukan uji validitas dan reliabel pada populasi secara umum, dapat diaplikasi pada lintas budaya dan juga pada lansia dan juga telah diuji secara internasional (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999; Sahar, 2004). Penentuan nilai atau skoring dalam survei status kesehatan SF-12 yang terdiri memiliki 12 pertanyaan yaitu nilai nol sampai 100 (0 - 100). Nilai nol berarti status atau tingkat kesehatan rendah sedangkan nilai 100 berarti status atau tingkat kesehatan tinggi (Utah Department of Health, 2001).

Peluang/kemungkinan terjadinya penyakit dapat diminimalkan jika dilakukan tindakan antisipasi dan tindakan yang dilakukan dengan melakukan pendekatan faktor risiko pada tingkat individu salah satunya adalah lansia dan juga keluarga (Backett, Davies, & Petros-Barvazian dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

2.3. Konsep Keluarga

2.3.1. Definisi keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang berkumpul bersama oleh suatu ikatan yang saling berbagi dan mempunyai kedekatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Keluarga adalah dua individu atau lebih yang saling tergantung satu dengan yang lain secara emosional, fisik, dan dukungan ekonomi (Hanson, 2005 dalam Kaakinen, et al., 2010). Keluarga merupakan unit dasar dalam mengembangkan, mengatur, dan menjalankan perilaku kesehatan yang meliputi nilai kesehatan, kebiasaan hidup sehat, dan persepsi terhadap kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Jadi, dapat disimpulkan keluarga merupakan individu yang

berkumpul bersama karena suatu ikatan yang mempunyai hubungan timbal balik secara emosional, fisik, dan dukungan ekonomi serta mengakui bahwa diri mereka adalah bagian dari keluarga yang mengembangkan, mengatur dan menjalankan perilaku kesehatan yang meliputi nilai kesehatan, kebiasaan hidup sehat, dan persepsi terhadap kesehatan.

Menurut Goldenberg dan Goldernberg (2000 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003), keluarga berfungsi dengan baik jika saling memberikan kebebasan, motivasi, serta perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri bagi anggota keluarga. Keluarga merupakan tempat bagi anggota keluarga untuk belajar tentang kesehatan dan penyakit serta sebagai tempat memberi dan memperoleh perawatan sepanjang kehidupan setiap anggota keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Kesehatan keluarga dapat tergambar dari kemampuan keluarga memberikan bantuan kepada anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kemampuan keluarga memenuhi fungsi keluarga serta mencapai tugas perkembangan yang sesuai dengan tingkat perkembangan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pemberian perawatan pada anggota keluarga khususnya lansia merupakan tanggung jawab keluarga (Kaakinen, et al., 2010) sehingga keluarga memiliki potensi besar sebagai mitra dalam mempertahankan dan memulihkan kesehatan anggota keluarga terutama lansia (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Menurut Bomar (dalam Stanhope & Lancaster, 2004) dan Nightingale et all (dalam Stanhope & Lancaster, 2004), keluarga mempunyai peranan penting dalam kesehatan individu dalam keluarga dan komunitas.

2.3.2. Karakteristik keluarga

Keluarga mempunyai karakteristik yang terdiri tipe keluarga, status sosial-ekonomi, etnis atau suku, budaya, dan tahap perkembangan keluarga (Kaakinen, et al., 2010).

2.3.2.1. Etnis atau suku keluarga

Etnis adalah aspek kunci dari kebudayaan dan merujuk pada kebiasaan leluhur, rasa kebersamaan dan identitas kelompok. Latar belakang etnik sangat mempengaruhi pemikiran, perilaku, perasaan, persepsi, ritual/upacara, dan selebrasi/perayaan, diet, nilai, serta kepercayaan dan praktik sehat dan sakit (Huff dan Kline, 1999 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Etnis keluarga dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang dapat berdampak pada status kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Hasil penelitian terkait etnis dalam kaitannya dengan status kesehatan yang dilihat dari aspek gizi tidak ada hubungan (Bittikaka, Sahar, & Mustikasari, 2011).

Suku Jawa melakukan praktik kesehatan seperti porsi makan antara anak dengan orang tua berbeda. Orang tua sebagai pencari nafkah mendapatkan jatah makanan lebih banyak terutama lauk pauknya. Suku padang lebih banyak mengonsumsi lemak dan santan yang mengakibatkan tingginya prevalensi kejadian stroke atau penyakit vaskular lainnya. Sementara suku Sunda yang sedikit mengonsumsi lemak dan banyak makan sayur-sayuran yang berisiko menimbulkan defisiensi vitamin A karena vitamin A larut dalam lemak dan lemak yang tersedia di struktur otot suku Sunda tidak optimal untuk menyimpan vitamin A (Efendi & Makhfudli, 2009).

2.3.2.2. Kebudayaan keluarga

Pengkajian kebudayaan klien (individu dan keluarga) merupakan hal penting dari pengkajian dalam pemberian asuhan yang sesuai dengan kebudayaan (Kelley, 1997 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kebudayaan biasanya tampak sebagai cara hidup, berpikir, berperilaku, dan berperasaan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Budaya bersinggungan dengan semua aspek kehidupan keluarga termasuk kesehatan keluarga, sistem nilai, fungsi, dan perilaku kesehatan sehingga dapat berpengaruh terhadap status kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005).

2.3.2.3. Status sosioekonomi keluarga

Kelas sosial adalah suatu ukuran individu atau stratifikasi ekonomi keluarga yang terdiri dari tiga unsur yaitu kekayaan (unsur materi), status (unsur pretise), dan kekuatan politik (unsur pengambilan keputusan) (Curran dan Ranzetti, 2003 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kelas sosial sebuah keluarga dapat dapat berpengaruh terhadap gaya hidup keluarga atau dimana dan bagaimana keluarga tersebut tinggal yang berdampak pada status kesehatan sedangkan status ekonomi merupakan suatu komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat dan sumber penghasilan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Status sosioekonomi selain berkaitan dengan tingkat pendidikan keluarga tetapi juga status pekerjaan, dan pendapatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pendidikan dan pekerjaan juga merupakan salah satu aspek dari status sosial yang sangat berkaitan dengan status kesehatan karena pendidikan dan pekerjaan penting untuk membentuk pengetahuan dan perilaku kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pendidikan juga dipandang sebagai alat untuk mencapai produktivitas dan kesuksesan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Status ekonomi keluarga juga dapat diidentifikasi melalui anggapan keluarga terhadap penghasilan yang diperoleh (memadai atau tidak memadai), jenis pengeluaran utama keluarga, jaminan kesehatan yang dimiliki oleh keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian lain menunjukkan bahwa indikator status sosial ekonomi keluarga yaitu pendidikan (lama pendidikan atau tingkat pendidikan), pekerjaan (bekerja atau tidak bekerja), pendapatan, dan aset atau tabungan (terkait dengan tabungan keluarga atau keluarga mempunyai dana atau uang tunai yang dapat digunakan dalam kondisi darurat atau yang mendesak) (Chen & Paterson, 2006).

Status ekonomi keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku kesehatan yang akan berpengaruh terhadap status kesehatan keluarga (Adler et al, 1997; USDHHS, Public Health Service, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004; Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005). Menurut penelitian Starfield (dalam

Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005) keluarga dengan status sosioekonomi yang kurang membuat keluarga sulit untuk melakukan pencegahan terhadap masalah kesehatan, kebutuhan nutrisi tidak memadai, dan sulit mengakses pelayanan kesehatan. Keluarga yang pendidikannya rendah akan mengalami masalah dalam menjalankan fungsi sosial, selain itu juga keluarga yang tingkat pendidikan rendah, penghasilan yang kurang, dan tidak bekerja juga dapat mengakibatkan tingginya angka kematian dan penyakit di dalam keluarga karena keluarga kurang informasi yang berkaitan dengan nutrisi yang sehat, pengaturan nutrisi yang baik sehingga dapat mengakibatkan kebiasaan makan yang buruk (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Hasil penelitian menunjukkan status sosioekonomi seperti tingkat pendidikan dan status perkawinan berhubungan dengan meningkatnya masalah kesehatan (Bornoa, Engstrom, Essen, & Hedblad, 2012). Pendapat lain juga mengatakan bahwa pendidikan dan penghasilan yang merupakan bagian dari status sosioekonomi keluarga mempunyai peranan penting dalam mengorganisasi atau mengkoordinir anggota keluarga (Ma, 2009). Rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya pendapatan dapat mengakibatkan munculnya berbagai masalah kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Sumber ekonomi, sosial, dan pendidikan dapat menjadi faktor predisposisi orang-orang menjadi rentan atau *vulnerability*. Orang yang kurang mampu (miskin) menjadi penyebab utama *vulnerability* karena membuat orang kesulitan dalam menjalankan fungsinya di masyarakat dan terbatas dalam mengakses berbagai sumber untuk hidup sehat (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.3.2.4. Tipe atau bentuk keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk. Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) bentuk keluarga mencakup keluarga inti dan *extended family*. Keluarga inti yaitu keluarga yang terbentuk karena pernikahan dan memiliki peran sebagai orang tua yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik biologis, adopsi atau keduanya yaitu biologis dan adopsi sedangkan *extended family* yaitu keluarga inti dan individu yang mempunyai hubungan darah yang biasanya merupakan anggota

keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga tersebut dapat mencakup kakek atau nenek, paman atau bibi, sepupu, keponakan, dan sebagainya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian yang dilakukan terhadap tipe keluarga yaitu keluarga inti dan keluarga besar bahwa tidak ada hubungan, karena keluarga besar juga tetap memperhatikan kebutuhan lansia, tidak hanya keluarga kecil atau keluarga inti (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011).

2.3.2.5. Tahap perkembangan keluarga

Tahap keluarga adalah suatu interval waktu dengan struktur dan interaksi hubungan peran di dalam keluarga yang secara kuantitas dan kualitas berbeda pada masing-masing periode (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Tahap perkembangan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan dan tahap perkembangan keluarga dengan lansia merupakan tahap yang terakhir dalam siklus tumbuh kembang keluarga yang ditandai dengan mulai pensiun salah satu atau kedua pasangan berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan lain (Duvall dan Miller dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

2.3.3. Tugas perawatan kesehatan keluarga

Kesehatan keluarga ialah keadaan sejahtera yang berubah secara dinamis yang meliputi faktor biologi, psikologi, sosial, kultural, dan spritual anggota keluarga dan seluruh sistem keluarga (Hanson, 2005 dalam Kaakinen, et al., 2010). Kesehatan keluarga ialah sejauhmana keluarga membantu anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan dirinya dan sejauhmana keluarga memenuhi fungsi keluarga serta mencapai tugas perkembangan yang sesuai dengan tingkat perkembangan keluarga (Tadych 1985 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Tugas perawatan kesehatan keluarga (Maglaya et al., 2009) terdiri dari:

2.3.3.1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan

Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan khususnya masalah kesehatan anggota keluarga yaitu lansia dengan hipertensi memiliki ciri-ciri:

- a. Keluarga memiliki pengetahuan tentang hipertensi atau tekanan darah tinggi yaitu suatu kondisi saat tekanan darah sistolik lansia lebih atau samadengan 140 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih atau samadengan 90 mmHg (Messerli, Williams, & Ritz, 2007; Tabloski, 2006; Wallace, 2008). Hipertensi mulai meningkat pada usia 50 tahun, dan pada usia 60 tahun. Kemudian proporsinya akan meningkat juga pada usia 70 tahun (Casiglia, Tikhonoff, & Pessina, 2009; Fischer, 2009).
- b. Keluarga juga mengetahui penyebab hipertensi seperti karena proses penuaan atau faktor usia terjadi penebalan pada pembuluh darah, gaya hidup seperti merokok, kurang aktivitas atau kurang olahraga, peningkatan kadar kolesterol, diet tinggi natrium, diet tinggi lemak, dan konsumsi alkohol, stres, obesitas (Blois, Hayes, Kozier, & Erb, 2006; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999; Miller, 1995; Tabloski, 2006).
- c. Keluarga mengerti tanda dan gejala yang dialami oleh lansia ketika mengalami hipertensi seperti meningkatnya tekanan darah ($\geq 140/90$ mmHg), mudah lelah, pusing, palpitasi, sesak napas atau napas pendek, nyeri dada (Tabloski, 2006; Miller, 1995; Friedman, Bowden, & Jones, 2003)
- d. Keluarga yang berperan dalam memberikan dukungan informasional mempunyai sikap yang positif terhadap masalah kesehatan dengan mencari dan mengumpulkan informasi dan memberitahukan kepada anggota keluarga tentang masalah hipertensi sehingga keluarga pun dapat ikut berperan dalam melakukan perawatan kesehatan bagi lansia (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

2.3.3.2. Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk dilakukan

Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk dilakukan bagi anggota keluarga khususnya lansia, harus memiliki ciri keluarga mengetahui konsekuensi atau komplikasi yang terjadi akibat hipertensi jika tidak dilakukan penanganan seperti stroke, penyakit jantung, penyakit ginjal, dan bahkan dapat mengakibatkan kematian (Miller, 1995). Keluarga, dengan mengetahui komplikasi yang terjadi akibat hipertensi maka keluarga pun memberikan tindakan berupa masukan atau bimbingan terhadap lansia yang hipertensi, membantu lansia dalam pemecahan

masalah terutama yang berkaitan dengan faktor risiko kejadian hipertensi pada lansia seperti obesitas, rokok, pola diet, dan malas beraktivitas sebagai bentuk dukungan penghargaan atau penilaian (*appraisal support*) keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Miller, 1995). Maka dengan demikian keluarga perlu mengetahui berbagai tindakan yang diperlukan untuk lansia yang mengalami hipertensi seperti pengaturan pola makan, pengaturan latihan atau olahraga, pengaturan berat badan, dan gaya hidup dan berbagai sumber yang dibutuhkan seperti keuangan serta mengetahui konsekuensi atau manfaat dari setiap tindakan yang akan dilakukan seperti pengaturan pola makan, olahraga, pengaturan berat badan dan gaya hidup dapat mengurangi faktor risiko penyakit kronis seperti hipertensi dan mencegah terjadinya komplikasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

2.3.3.3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga

Keluarga mampu merawat anggota keluarga khususnya lansia, harus mampu melakukan perubahan perilaku yang kompleks seperti keluarga memiliki sikap percaya diri dalam memberikan perawatan bagi anggota keluarga terutama lansia dengan hipertensi misalnya dengan menghentikan kebiasaan merokok, membuat program latihan atau olahraga, mengurangi konsumsi alkohol juga efektif untuk menurunkan tekanan darah (Cunningham, 2000 dalam Tabloski, 2006). Selain itu juga keluarga mampu berperilaku hidup sehat seperti kepatuhan terhadap diet dengan mengatur diet anggota keluarga yang mengalami hipertensi seperti diet rendah garam, diet rendah lemak, mengkonsumsi buah dan sayur-sayuran (Tabloski, 2006; Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Hasil penelitian klinis ditemukan bahwa pengaturan diet merupakan cara yang efektif untuk menurunkan tekanan darah pada lansia yang hipertensi (*National Heart, Lung, and Blood Institute* dalam Tabloski, 2006). Keluarga juga harus mampu mengatur pengobatan, melakukan pemeriksaan tekanan darah, dan mengatur berat badan anggota keluarga untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga (Steckel dalam Maglaya et. al., 2009). Tugas keluarga merawat juga merupakan suatu bentuk dukungan instrumental yang ditandai dengan keluarga

sebagai sumber bantuan yang praktis dan konkrit terhadap lansia seperti memberikan uang untuk kebutuhan lansia (Childs, Goldstein, & Wangdui, 2011; Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

2.3.3.4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan bagi anggota keluarga khususnya lansia, harus memiliki ciri keluarga dapat mengajarkan cara memodifikasi, memanipulasi atau mengatur lingkungan untuk meminimalkan atau menghindari ancaman atau resiko kesehatan atau mengatur ruangan untuk tempat perawatan bagi anggota keluarga. Keluarga juga dapat belajar membangun atau memodifikasi fasilitas yang diperlukan di dalam rumah seperti kamar kecil bagi anggota keluarga yang mengalami keterbatasan atau anggota keluarga seperti lansia yang tidak dapat menjangkau *toilet* karena kejauhan sehingga dapat meminimalkan ancaman kesehatan bagi anggota keluarga (Maglaya et al., 2009).

Keluarga mampu meminimalkan atau menghindari ancaman atau risiko psikososial dengan meningkatkan pola atau kebiasaan komunikasi, sikap menerima, berhubungan dan kebiasaan berinteraksi yang baik dengan lansia karena suatu keluarga yang sehat harus sering melakukan komunikasi verbal yang mendiskusikan berbagai masalah, membagi dan menyampaikan pendapat disertai juga komunikasi *non verbal* seperti memberikan senyuman, memeluk dengan penuh kehangatan, melakukan sesuatu dengan senang hati, menyediakan makanan dan minuman, dan memberikan pujian, dan menghormati perbedaan di dalam keluarga (Allender, Rector, & Warner, 2010). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lingkungan yang kondusif berupa dukungan emosional seperti kasih sayang, perhatian, dan kenyamanan efektif kepada lansia hipertensi dapat membuat lansia berperilaku baik terhadap kondisi hipertensi yang dialami (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011).

2.3.3.5. Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan

Menggunakan pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai penggunaan pelayanan kesehatan untuk mencapai kesehatan optimal (Millman dalam Schmidt, 2009).

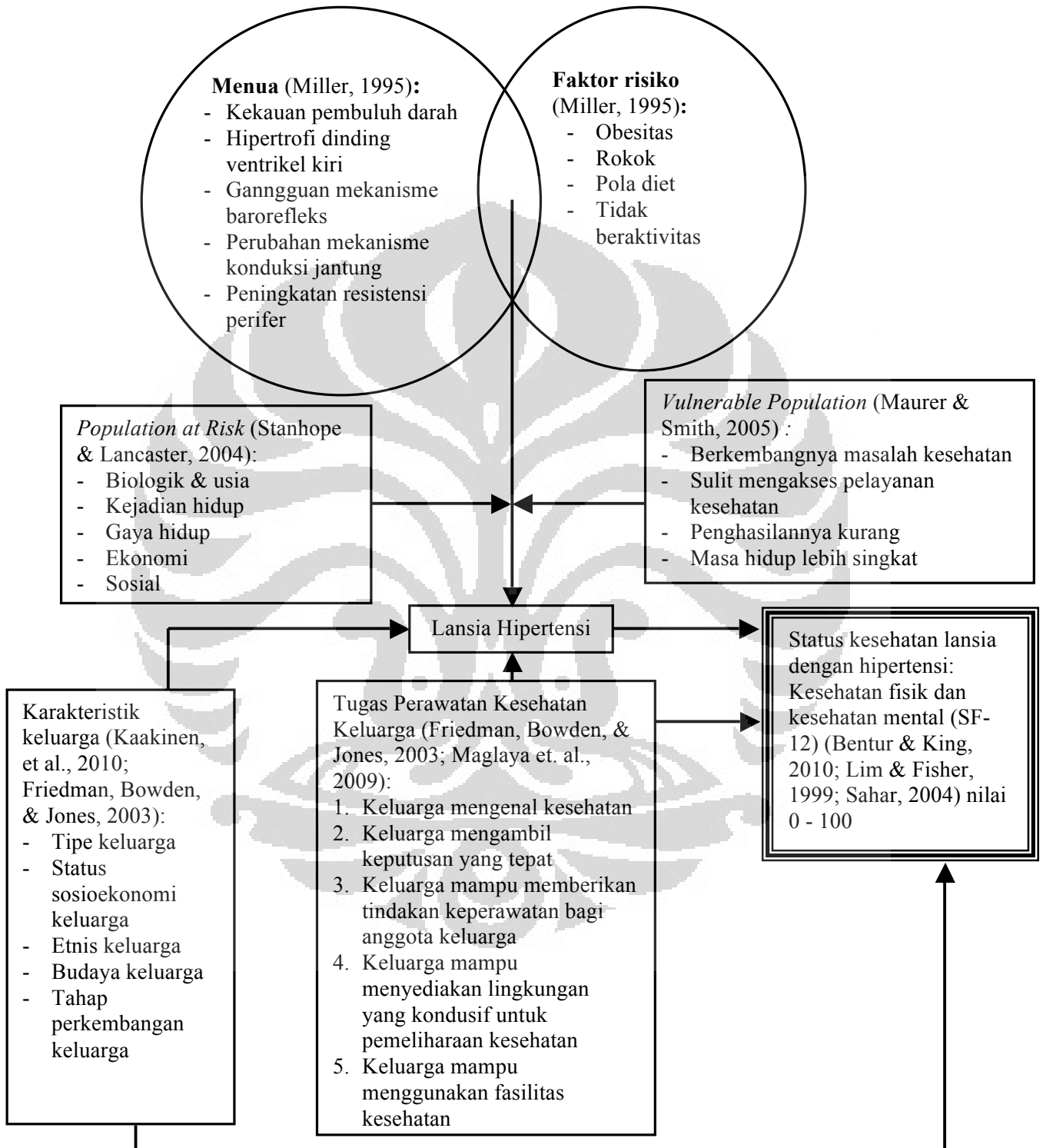
Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang terdapat di komunitas untuk perawatan kesehatan bagi anggota keluarga khususnya lansia, harus memiliki ciri mengetahui berbagai sumber perawatan kesehatan yang ada di masyarakat seperti puskesmas atau rumah sakit, berkoordinasi dan bekerjasama dengan pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat, serta menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat (Maglaya et al., 2009). Berbagai alasan penggunaan fasilitas atau pelayanan kesehatan sangat penting bagi semua usia antara lain memperlambat *disability*, menjaga kesehatan agar tetap baik, dan mempertahankan kualitas hidup yang tinggi (Schmidt, 2009).

Hasil penelitian menunjukkan keluarga yang menggunakan fasilitas kesehatan efektif untuk pengendalian hipertensi pada lansia karena puskesmas melaksanakan program promosi kesehatan (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Penelitian terdahulu juga menyatakan bahwa lansia di pedesaan mempunyai kesulitan yang sangat besar dalam menjangkau pelayanan kesehatan (Coburn et al., dalam Schmidt, 2009). Populasi di US, lebih dari 12% dilaporkan mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan (USDHHS, 2000 dalam Schmidt, 2009). Lansia juga mempunyai jumlah yang lebih besar selain kelompok anak-anak dalam mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan usia lain (Hing, Cherry, & Woodwell, 2006 dalam Schmidt, 2009). Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan juga merupakan dukungan instrumental karena sebagai bentuk konkrit bantuan keluarga kepada anggota keluarga dalam bentuk finansial memfasilitasi anggota keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan (*health care*) (Childs, Goldstein, & Wangdui, 2011; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009).

2.4. Kerangka Teori

Teori yang telah dipaparkan pada tinjauan pustaka dapat digambarkan pada skema 2.1

Skema 2.1 Kerangka teori keperawatan keluarga dan teori konsekuensi fungsional



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

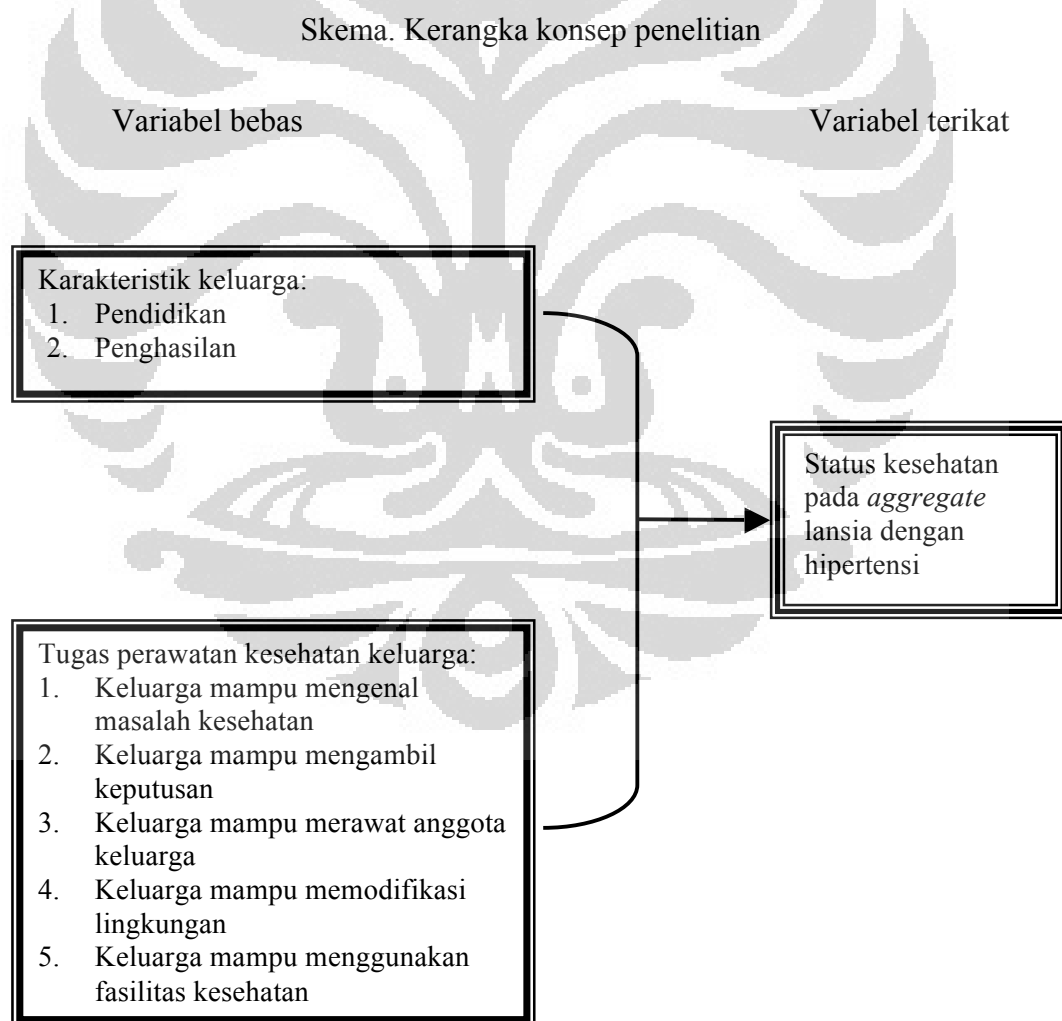
Bagian ini menjelaskan kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional penelitian. Kerangka konsep penelitian merupakan kerangka berpikir dalam melakukan penelitian sehingga dapat membantu peneliti dalam menentukan hipotesis untuk melihat hubungan variabel independent dengan dependent, sedangkan definisi operasional bermanfaat untuk memberi penjelasan terhadap variabel yang akan diteliti.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep atau kerangka pikir ialah cara berpikir tentang hubungan antara teori dengan berbagai faktor yang telah teridentifikasi sebagai masalah yang penting (Sugiyono, 2010). Kerangka konsep juga membantu peneliti dalam menjelaskan secara komprehensif variabel-variabel yang akan diteliti dan menggambarkan hubungan antara variabel-variabel yang akan diteliti (Dharma, 2011). Variabel yang akan diteliti mencakup karakteristik keluarga (Kaakinen, et al., 2010; Friedman, Bowden, & Jones, 2003), tugas perawatan kesehatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003), karena dari penelitian-penelitian terdahulu hanya satu peneliti temukan penelitian yang berkaitan dengan karakteristik keluarga (untuk status gizi) sedangkan tugas perawatan kesehatan keluarga belum ada yang melakukan penelitian terhadap status kesehatan lansia dengan hipertensi dan status kesehatan lansia dengan hipertensi (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999; Sahar, 2004).

Williams (1979 dalam Anderson & McFarlane, 2011) kesehatan lansia adalah kemampuan untuk hidup dan berfungsi secara efektif di masyarakat, latihan secara mandiri, dan memiliki otonomi seoptimal mungkin tetapi tidak harus bebas atau terlepas dari penyakit. Status kesehatan lansia diukur dari status kesehatan fisik dan mental lansia (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999; Sahar, 2004) dapat saja dipengaruhi oleh karakteristik keluarga mencakup suku dan status sosioekonomi keluarga (Kaakinen, et al., 2010; Friedman, Bowden, & Jones,

2003) serta tugas perawatan kesehatan keluarga mencakup keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, keluarga mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk dilakukan, keluarga mampu memberikan tindakan keperawatan bagi anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan, dan keluarga mampu menggunakan sumber daya yang terdapat di komunitas untuk perawatan kesehatan (Maglaya et al., 2009). Status sehat/sakit anggota keluarga dalam hal ini adalah lansia dan keluarga saling mempengaruhi (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Karakteristik, tugas perawatan kesehatan keluarga, dan status kesehatan lansia akan diteliti dalam penelitian ini yang termuat dalam kerangka konsep pada skema berikut:



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan dugaan dari peneliti terhadap hubungan antara dua atau lebih variabel penelitian (Polit & Beck, 2004). Hipotesis dibuat agar penelitian terfokus pada ciri-ciri atau aspek yang diukur sesuai dengan kepentingan penelitian (Martin & Thompson, 2000).

Hipotesis penelitian terdiri atas hipotesis mayor dan hipotesis minor (Polit & Beck, 2004). Hipotesis mayor adalah dugaan terhadap hubungan antara dua atau lebih variabel independen dan/atau dua atau lebih variabel dependen sedangkan hipotesis minor adalah hipotesis yang menyatakan dugaan hubungan antara satu variabel independen dan satu variabel dependen (Polit & Beck, 2004)

3.2.1 Hipotesis mayor

Hipotesis mayor penelitian “Ada hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.”

3.2.2 Hipotesis minor

Hipotesis minor dalam penelitian ini meliputi:

- a. Ada hubungan pendidikan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- b. Ada hubungan penghasilan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- c. Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: mengenal masalah kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- d. Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- e. Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.

- f. Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- g. Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- h. Ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- i. Ada faktor yang paling dominan berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.

3.3 Variabel Dan Definisi Operasional Penelitian

3.3.1 Variabel penelitian

Variabel adalah karakteristik suatu subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011) dan menurut Karlinger (1973 dalam Sugiyono, 2010) variabel merupakan sifat yang akan dipelajari. Variabel dalam penelitian mencakup:

3.3.1.1 Variabel terikat atau variabel dependen

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas atau menjadi akibat dari variabel bebas (Sugiyono, 2010). Variabel terikat dalam penelitian yaitu status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi berdasarkan hasil survei kesehatan SF-12.

3.3.1.2 Variabel bebas atau variabel independen

Variabel bebas merupakan variabel yang memberikan pengaruh terhadap variabel terikat atau variabel yang menjadi penyebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2010). Variabel bebas yang akan diteliti yaitu karakteristik keluarga dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi keluarga mencakup pendidikan dan penghasilan keluarga. Tugas perawatan kesehatan keluarga mencakup tugas keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, memberikan tindakan keperawatan

bagi anggota keluarga, menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan, dan menggunakan fasilitas kesehatan.

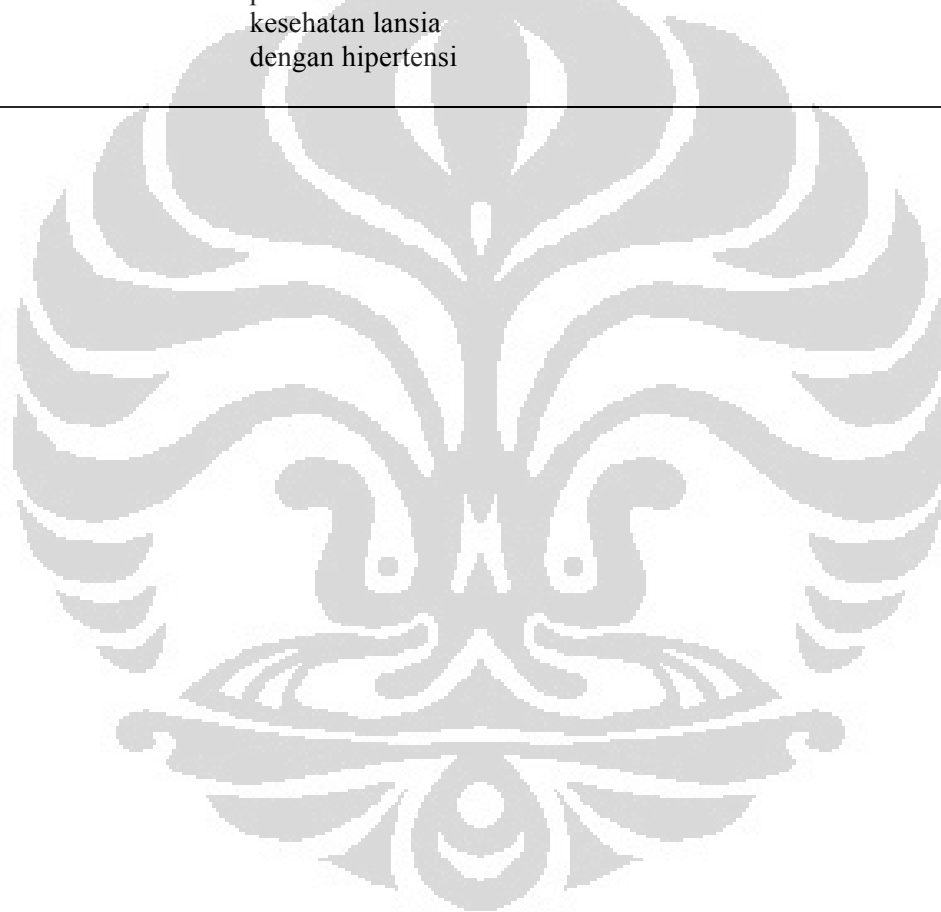
3.3.2 Definisi operasional

Tabel. Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Terikat					
	Status kesehatan lansia dengan hipertensi	Kondisi kesehatan lansia berdasarkan hasil survei kesehatan SF-12	Menggunakan survei status kesehatan SF-12	Untuk 12 pertanyaan menggunakan median: - Kurang bila nilainya ≤ 67 - Baik bila nilainya > 67	Ordinal
Variabel Bebas					
1	Sosioekonomi	Kondisi pendidikan dan penghasilan yang dapat mengakomodasi/memuenuhi kebutuhan kesehatan lansia	Item pertanyaan dalam kuesioner karakteristik keluarga tentang sosioekonomi	Disajikan dalam bentuk proporsi/persentase Pendidikan: 1=pendidikan menengah 2=pendidikan tinggi Penghasilan: < Rp 750.000,- = kurang \geq Rp 750.000,- = baik (UMR Kota Yogyakarta tahun 2010)	Ordinal Ordinal
2	Tugas perawatan kesehatan keluarga	Kemampuan keluarga melaksanakan seluruh tugas perawatan kesehatan keluarga	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang seluruh tugas perawatan kesehatan keluarga	Nilai berdasarkan mean - Kurang bila nilainya $< 18,58$ - Baik bila nilainya $\geq 18,58$	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3	Mengenal masalah kesehatan	Keluarga mampu menjawab pengertian, penyebab, tanda dan gejala, kondisi normal hipertensi	Item pertanyaan dalam kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga tentang mengenal masalah kesehatan	Nilai berdasarkan median - Kurang bila nilainya < 30 - Baik bila nilainya ≥ 30	Ordinal
4	Mengambil keputusan	Keluarga mampu menjawab komplikasi yang terjadi akibat hipertensi, keputusan yang tepat untuk dilakukan bagi lansia hipertensi meliputi: mengurangi kadar konsumsi garam, mengurangi kadar konsumsi lemak, mengurangi berat badan lansia	Item pertanyaan dalam kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga tentang mengambil keputusan	Nilai berdasarkan median - Kurang bila nilainya < 27 - Baik bila nilainya ≥ 27	Ordinal
5	Memberikan perawatan	Keluarga mampu menyediakan makanan rendah garam, rendah lemak, mengatur konsumsi obat lansia, melakukan penimbangan berat badan lansia, melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin	Item pertanyaan dalam kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga tentang memberikan tindakan keperawatan	Nilai berdasarkan median - Kurang bila nilainya < 17,0 - Baik bila nilainya $\geq 17,0$	Ordinal
7	Memodifikasi lingkungan	Keluarga mampu menyediakan tempat khusus untuk BAK lansia, mengatur ruangan rumah untuk mencegah jatuh pada lansia	Item pertanyaan dalam kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga tentang memodifikasi lingkungan	Nilai berdasarkan median - Kurang bila nilainya < 11 - Baik bila nilainya ≥ 11	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
8	Menggunakan fasilitas kesehatan	Keluarga mengetahui tempat pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, keluarga menggunakan pelayanan kesehatan yang ada dimasyarakat untuk perawatan kesehatan lansia dengan hipertensi	Item pertanyaan dalam kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga tentang menggunakan fasilitas kesehatan	Nilai berdasarkan median - Kurang bila nilainya < 9 - Baik bila nilainya ≥ 9	Ordinal



BAB IV

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan salah satu bagian yang penting dalam penelitian. Bagian metode penelitian akan membahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisis data.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun secara ilmiah (rasional, empiris, dan sistematis) sehingga dapat menuntun peneliti untuk memperoleh data dengan tujuan dan kegunaan tertentu terutama untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011; Sugiyono, 2010). Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian bersifat kuantitatif dengan desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif korelasional yaitu menguji hubungan antar variabel dengan pendekatan *cross-sectional* yaitu meneliti variabel terikat dan bebas secara bersamaan atau tanpa melihat hubungan variabel berdasarkan perjalanan waktu (Polit & Beck, 2004; Dharma, 2011).

Penelitian yang dilakukan diawali dengan melihat gambaran dari masing-masing variabel mencakup variabel dependen yaitu status kesehatan lansia sedangkan variabel independen yaitu status sosioekonomi mencakup pendidikan dan penghasilan keluarga, dilanjutkan tugas keluarga mengenal masalah kesehatan, tugas keluarga mengambil keputusan, tugas keluarga merawat anggota keluarga, tugas keluarga menyediakan memodifikasi lingkungan, tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga sebagai deskriptif univariat. Deskriptif korelasional pada penelitian dengan mengidentifikasi hubungan antara pendidikan dan penghasilan keluarga, keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga memodifikasi lingkungan, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan lansia.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah kelompok orang yang diteliti secara statistik yang mempunyai karakteristik yang umum (Polit & Beck, 2004; Maurer & Smith, 2005). Populasi dalam penelitian yang dilakukan adalah seluruh keluarga dengan lansia yang berusia 60 tahun atau lebih yang tinggal di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Populasi yang digunakan berdasarkan data sekunder dari Puskesmas Jetis yang terdapat di Kecamatan Jetis tahun 2011 mengenai jumlah lansia yang mengalami hipertensi yaitu sebanyak 182 lansia.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih untuk berpartisipasi dalam penelitian (Polit & Beck, 2004). Sampel yang digunakan dalam penelitian yaitu lansia dan keluarga yang terdapat di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta berdasarkan perhitungan sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian yang dilakukan terbagi atas:

4.2.2.1. Lansia

- a. Bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan
- b. Ada anggota keluarga yang sehari-hari merawat lansia dengan hipertensi (*care giver* utama)
- c. Anggota keluarga yang merawat tinggal bersama lansia dengan hipertensi

4.2.2.2. Keluarga

- a. Bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan
- b. Berusia lebih dari 25 tahun.

Kriteria eksklusi dalam penelitian yang dilakukan yaitu: lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif

Jumlah sampel penelitian dengan jumlah populasi lansia yang mengalami hipertensi sebanyak 182 (berdasarkan catatan Puskesmas tahun 2011) maka peneliti menentukan besar sampel untuk populasi yang lebih kecil dari 10.000 dengan menggunakan rumus (Notoatmodjo, 2002):

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

Keterangan:

N = Besar populasi

N = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan atau ketetapan yang diinginkan. Peneliti akan menggunakan ketetapan tingkat kepercayaan 0,05 atau 5%

Besar sampel yang digunakan oleh peneliti berdasarkan rumus adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2002):

$$n = \frac{182}{1 + 182(0,05^2)}$$

$$n = \frac{182}{1 + 182(0,0025)}$$

$$n = \frac{182}{1 + 0,455}$$

$$n = \frac{182}{1,455}$$

$$n = 125 \text{ orang}$$

Hasil perhitungan sampel diperoleh jumlah responden yang akan diteliti sebanyak 125 responden.

Jumlah sampel penelitian yang telah ditentukan, selanjutnya peneliti menentukan teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian. Teknik pengambilan sampel yang digunakan oleh peneliti yaitu *cluster random sampling* karena karakteristik responden pada setiap kelurahan tidak sama atau heterogen (Dharma, 2011). Penentuan jumlah sampel atau responden penelitian dengan metode *cluster random sampling* pada penelitian korelasi harus mengalikan dengan *design effect*. *Design effect* adalah rasio antara variasi dari sampel kluster (*Cluster sampling*) dengan variasi dari sampel acak sederhana (*simple random*

sampling). Efek desain memang sangat variasi mulai dari 1 sampai 6 (Shackman, 2001). Efek design yang digunakan peneliti yaitu 1,3 (Alecxi, Lisa, Corea, & Marker dalam Shackman, 2001) sehingga banyaknya sampel menjadi $162,3 = 163$ responden. Jumlah lansia pada masing-masing kelurahan bervariasi yaitu di Kelurahan Bumijo sebanyak 53 orang, Kelurahan Cokrodiningratan sebanyak 66 orang, dan Kelurahan Gowongan sebanyak 63 orang, sehingga peneliti menggunakan rumus berikut untuk menentukan jumlah responden pada setiap kelurahan agar jumlah responden yang menjadi sampel penelitian menjadi proporsional sesuai dengan jumlah pada masing-masing kelurahan maka peneliti menggunakan rumus berikut (Dharma, 2011):

$$nK = \frac{\text{jumlah populasi di setiap kelurahan}}{\text{jumlah total populasi}} \times \text{jumlah sampel}$$

Keterangan:

nK = jumlah sampel setiap kelurahan

a. Jumlah sampel Kelurahan Bumijo (nK_1)

$$nK_1 = \frac{53}{182} \times 163 = 47,5 = 48 \text{ responden}$$

b. Jumlah sampel Kelurahan Cokrodiningratan (nK_2)

$$nK_2 = \frac{66}{182} \times 163 = 59,1 = 59 \text{ responden}$$

c. Jumlah sampel Kelurahan Gowongan (nK_3)

$$nK_3 = \frac{63}{182} \times 163 = 56,4 = 56 \text{ responden}$$

Hasil perhitungan dari masing-masing kelurahan maka diperoleh jumlah sampel atau responden yang diteliti pada keluarga yang mempunyai lansia dengan hipertensi yaitu Kelurahan Bumijo sebanyak 48 responden, Kelurahan Cokrodiningratan 59 responden, dan Kelurahan Gowongan 56 responden. Pengambilan sampel pada masing-masing kelurahan dengan cara diundi dengan menggunakan kode nomor pada masing-masing kelurahan.

Kelurahan Cokrodiningratan yang diundi ternyata yang keluar undian pada lansia yang telah meninggal sebanyak satu orang maka peneliti membuang undian

tersebut dan mengundi lagi satu undian untuk menggantikan lansia yang telah meninggal, begitu juga dengan tiga lansia yang pindah maka peneliti membuang nomor undian yang lansianya telah pindah dan melakukan undian lagi untuk menggantikan tiga lansia yang telah pindah, dan untuk lansia yang menolak untuk didata juga dibuang dari daftar undian dan diganti dengan cara mengundi lagi untuk menggantikan lansia yang menolak. Kelurahan Bumijo juga demikian yaitu terdapat tiga undian lansia yang telah berpindah tempat tinggal di luar wilayah Kelurahan Bumijo, maka dilakukan undian lagi untuk menggantikan tiga lansia yang telah pindah tempat tinggal, sedangkan untuk semua responden di Kelurahan Gowongan tidak ada yang pindah ataupun meninggal sehingga tidak perlu dilakukan pengundian lagi. Dengan demikian, jumlah sampel pada masing-masing kelurahan sesuai dengan perhitungan sampel.

4.3. Tempat Penelitian

Tempat dilakukan penelitian ini adalah di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Kecamatan Jetis memiliki tiga kelurahan yaitu Kelurahan Bumijo, Gowongan, dan Cokrodingrat. Peneliti melakukan penelitian di Kecamatan Jetis yang merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Jetis karena hasil wawancara hasil komunikasi personal dengan salah satu petugas puskesmas bahwa penyakit hipertensi termasuk dalam 10 besar pola penyakit yang terjadi di Kecamatan Jetis, selain itu jumlah lansia yang mengalami hipertensi lebih tinggi bila dibandingkan dengan kejadian hipertensi DIY sebesar 4,8%. Meskipun Puskesmas Jetis juga mempunyai 27 posyandu lansia yang tersebar di masing-masing kelurahan, namun kejadian hipertensi pada lansia masih cukup tinggi yaitu sebesar 12,2% dari total populasi lansia. Kondisi tersebut belum termasuk lansia yang melakukan pemeriksaan kesehatan selain di Puskesmas Jetis, karena dari hasil observasi dan wawancara terhadap tiga keluarga dengan lansia, dua di antaranya tidak terdaftar di dalam catatan lansia hipertensi di Puskesmas Jetis.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian yang dilakukan meliputi tahap persiapan, pelaksanaan, dan penyusunan laporan. Tahap persiapan yang telah dilakukan berupa penyusunan proposal

penelitian, ijin melakukan studi pendahuluan, ujian proposal, uji etik, uji validitas dan reliabel, permohonan penelitian dan dilanjutkan dengan tahap pengumpulan data. Tahap terakhir ialah menyusun dan menyerahkan laporan hasil penelitian. Seluruh pelaksanaan penelitian mulai dari bulan Februari sampai dengan Juli 2012. *Time table* pelaksanaan penelitian terlampir (lampiran 4).

4.5. Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan melibatkan manusia sebagai subyek atau responden penelitian. Oleh karena itu, tidak dapat dipungkiri penelitian dapat berdampak pada resiko ketidaknyamanan pada subyek penelitian, sehingga penelitian yang dilakukan telah melalui uji etik (Dharma, 2011). Uji etik telah dilakukan oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji etik dilakukan untuk memberikan perlindungan hak bagi responden penelitian yang dikutsertakan dalam penelitian keperawatan. Hasil uji etik dikeluarkan pada tanggal 21 Mei 2012. Perlindungan terhadap hak responden dengan menerapkan prinsip etik yaitu menghargai harkat dan martabat manusia dan mengutamakan keselamatan dan keamanan subyek penelitian mencakup *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice* (Polit & Beck, 2004).

4.5.1. Aplikasi prinsip etik dalam penelitian

Aplikasi prinsip etik dalam penelitian yang akan dilakukan meliputi:

4.5.1.1. Menghargai harkat dan martabat manusia

Peneliti menghargai harkat dan martabat manusia sebagai subyek penelitian dalam bentuk memberikan kebebasan kepada subyek penelitian untuk bebas atau secara sukerala menentukan keputusan untuk berpartisipasi atau menolak ikut dalam penelitian yang akan dilakukan (*self determination*) (Polit & Beck, 2012). Peneliti menghormati keputusan calon responden sehingga peneliti pun merahasiakan data yang diperoleh, tidak ada unsur paksaan, dan juga tidak ada unsur kebohongan dalam penelitian yang dilakukan (Burns & Grove, 2009). Subyek penelitian atau calon responden penelitian berhak memperoleh informasi yang sangat lengkap yang berkaitan dengan tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin diperoleh, dan kerahasiaan informasi

(Dharma, 2011; Polit & Beck, 2012). Calon responden penelitian juga kemungkinan akan merasa dipaksa, merasa dibohongi atau takut kalau kondisi yang terjadi di dalam keluarga akan disebarluaskan (Burns & Grove, 2009).

Peneliti memberikan kebebasan kepada keluarga untuk mengisi kuesioner pada waktu senggang dan hari berikutnya peneliti akan mengumpulkan kuesioner dari keluarga, sama halnya dengan lansia peneliti tidak memaksakan untuk langsung dilakukan wawancara terstruktur, namun untuk lansia proses pengumpulan data tidak ada penundaan. Peneliti juga menunjukkan rasa tanggung jawab terhadap responden dengan cara menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian secara lengkap yaitu tujuan pengambilan data yaitu untuk mengetahui karakteristik atau ciri-ciri keluarga dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan oleh keluarga dengan status kesehatan lansia yang hipertensi di dalam keluarga sehingga diharapkan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan di masyarakat yang berkaitan dengan hipertensi pada lansia; menjelaskan prosedur penelitian mulai dari penyebaran kuesioner sampai pengumpulan kuesioner berupa untuk responden lansia peneliti akan langsung bertanya kepada lansia sedangkan kuesioner untuk keluarga diisi sendiri oleh keluarga atau juga dapat dibantu oleh peneliti untuk membacakan dan mengisi sedangkan keluarga hanya menjawab sesuai dengan yang dialami oleh keluarga.

Peneliti juga menjelaskan risiko penelitian berupa kemungkinan akan lelah saat mengisi dan menjawab pertanyaan yang terdapat pada kuesioner sehingga responden baik keluarga maupun lansia perlu istirahat atau menunda pengisian. Selama penelitian kurang lebih hanya 12% (20 responden keluarga) yang kuesioner diambil pada hari berikutnya karena keluarga ingin istirahat setelah pulang kerja dan juga mempunyai waktu luang pada malam hari. Peneliti juga menjelaskan bahwa data yang dikumpulkan oleh peneliti tidak akan disebarluaskan kecuali untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan data tersebut akan dimusnahkan oleh peneliti.

Peneliti pun memberikan kesempatan kepada subyek penelitian atau calon responden untuk bertanya, untuk menolak atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian. Selama proses penelitian ada satu responden lansia yang menolak untuk pengambilan data, sehingga peneliti tidak memaksa responden tersebut untuk dilakukan pengambilan data. Peneliti pun memberi kesempatan kepada calon responden untuk mempertimbangkan segala penjelasan yang telah disampaikan, kemudian dipersilakan untuk menentukan calon responden tersebut mengikuti atau menolak proses penelitian. Ternyata seluruh responden yang telah mendapat penjelasan dari peneliti, tidak satu pun yang menolak, sehingga dilanjutkan dengan penandatanganan lembar persetujuan bersedia sebagai responden dan penelitian pun dilanjutkan. Prinsip tersebut peneliti tuangkan di dalam sebuah lembar persetujuan penelitian (*informed consent*) (Dharma, 2011).

4.5.1.2. Mengutamakan keselamatan dan keamanan

Penelitian yang dilakukan mengutamakan keselamatan dan keamanan subyek penelitian atau calon responden. Penelitian yang dilakukan pada manusia dapat juga menimbulkan kerugian dan ketidaknyamanan bagi fisik (seperti kelelahan), emosional (stres dan ketakutan), sosial (kehilangan dukungan sosial), atau finansial (tidak mendapat upah), sehingga diwajibkan penelitian yang dilakukan pada manusia harus bebas dari kerugian dan ketidaknyamanan (Polit & Beck, 2012).

Peneliti telah berupaya menghindari, mencegah atau meminimalkan kerusakan atau kerugian (*nonmaleficence*) terhadap penelitian yang dilakukan dengan cara memberikan kesempatan kepada responden untuk istirahat saat kelelahan dan selalu menanyakan kondisi responden ketika responden selesai menjawab beberapa pertanyaan. Peneliti juga tidak memaksakan kehendak kepada responden penelitian dalam pengisian kuesioner, memberikan kesempatan kepada responden untuk mengisi kuesioner dengan tidak terburu-buru atau dapat diisi pada waktu lain dan sepakat untuk diambil satu hari berikutnya. Peneliti juga menyediakan waktu bagi responden untuk menanyakan informasi terkait dengan masalah hipertensi setelah pengisian kuesioner selesai.

Penelitian yang dilakukan memberikan manfaat (*beneficence*) terhadap reseponden baik keluarga maupun lansia meskipun secara tidak langsung. Responden penelitian baik keluarga maupun lansia dapat menyadari tugas yang harus dilakukan dalam memberikan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi, sedangkan bagi lansia dapat mengetahui status kesehatannya berdasarkan kesehatan fisik dan mental. Manfaat lain dari penelitian yang telah dilakukan yaitu petugas kesehatan akan mengetahui bahwa pentingnya pemenuhan sumber daya keluarga dalam meningkatkan status kesehatan lansia dengan hipertensi. Peneliti juga memberikan dua lembar *leaflet* kepada responden yang berisi tentang masalah hipertensi mulai dari pengertian hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, penggolongan hipertensi, gejala hipertensi, faktor risiko hipertensi, komplikasi hipertensi, beberapa perawatan bagi penderita hipertensi, dan juga beberapa tanaman atau tumbuhan yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah yang tinggi.

Prinsip lain dalam penelitian yang dilakukan yaitu bebas dari segala bentuk eksploitasi (Polit & Beck, 2004). Data yang diperoleh dari hasil penelitian berupa data status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi, karakteristik keluarga, dan tugas perawatan kesehatan keluarga peneliti gunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan, bukan untuk kepentingan atau keuntungan pribadi peneliti atau kelompok tertentu.

Prinsip yang tidak kalah pentingnya yaitu keadilan. Hak responden atau subyek penelitian untuk mendapat perlakuan yang adil dan wajar sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian keperawatan. Prinsip adil memiliki beberapa ciri seperti tidak ada diskriminasi, menghormati budaya dan perbedaan keluarga dan individu (Polit & Beck, 2004). Aplikasi prinsip keadilan yang peneliti lakukan berupa tidak membedakan pemilihan partisipan penelitian tetap sesuai dengan undian yang telah diundikan dan didukung juga oleh pemenuhan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi yang peneliti tetapkan. Peneliti juga tetap menyediakan waktu bagi responden untuk bertanya terkait masalah hipertensi dan

perawatannya dan juga memberikan *leaflet* kepada setiap responden penelitian, namun ada beberapa responden yang tidak bertanya karena isi *leaflet* yang diberikan oleh peneliti cukup jelas.

4.5.2. *Informed consent* atau lembar persetujuan penelitian

Prosedur yang tidak kalah pentingnya juga yaitu upaya perlindungan terhadap responden penelitian berupa *informed consent*. *Informed consent* berarti responden telah memperoleh informasi yang memadai tentang penelitian, memahami informasi, dan mempunyai kemampuan secara sukarela menyetujui atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian (Polit & Beck, 2012).

Lembar persetujuan penelitian untuk data nama dan alamat hanya untuk lansia sedangkan tanda tangan dilakukan oleh responden keluarga dan lansia. Pengisian lembar persetujuan penelitian dilakukan pada saat peneliti masuk ke masing-masing rumah atau keluarga. Penjelasan lembar persetujuan penelitian pun dilakukan pada masing-masing keluarga dan lansia dan juga terkadang dilakukan sekaligus. Lembar persetujuan penelitian dapat dilihat pada lampiran 3 .

Peneliti melakukan beberapa hal yang berkaitan dengan lembar persetujuan penelitian antara lain (Dharma, 2011; Polit & Beck, 2012):

4.5.2.1. Mempersiapkan formulir persetujuan yang akan ditandatangani oleh keluarga dan lansia yang menjadi responden penelitian. Isi lembar persetujuan penelitian meliputi:

- a. Penjelasan tentang judul, tujuan, dan manfaat penelitian
- b. Permintaan kepada keluarga dan lansia untuk berpartisipasi dalam penelitian
- c. Penjelasan prosedur penelitian
- d. Penjelasan tentang risiko atau ketidaknyamanan dan manfaat dari partisipasi sebagai subyek atau responden penelitian yaitu keluarga dan lansia.
- e. Penjelasan tentang jaminan kerahasiaan dan anonimitas
- f. Hak untuk menolak dari peserta atau subyek penelitian.
- g. Persetujuan peneliti untuk memberikan informasi yang jujur terkait dengan prosedur penelitian.

h. Pernyataan persetujuan dari keluarga dan lansia

- 4.5.2.2. Memberikan penjelasan langsung kepada responden penelitian baik keluarga maupun lansia tentang segala sesuatu yang tertulis dalam formulir lembar persetujuan penelitian.
- 4.5.2.3. Memberikan kesempatan kepada reponden penelitian baik keluarga dan lansia untuk bertanya tentang berbagai aspek yang berkaitan dengan penjelasan peneliti dan peneliti memberikan jawaban terhadap pertanyaan responden dengan jujur dan terbuka.
- 4.5.2.4. Memberikan kesempatan atau waktu yang cukup kepada responden untuk menentukan pilihan menolak atau ikut berpartisipasi dalam penelitian.
- 4.5.2.5. Meminta responden penelitian baik keluarga maupun lansia untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian jika responden memutuskan untuk ikut serta dalam penelitian.

Lembar penjelasan dan persetujuan penelitian terlampir (lampiran 2 dan 3).

Berdasarkan konsep tersebut peneliti pertama-tama memperkenalkan diri kepada responden sebagai perawat yang sedang mengumpulkan data tentang status kesehatan anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi atau tekanan darah tinggi dan anggota keluarga yang sehari-hari atau paling sering merawat lansia tersebut. Setelah peneliti dipersilakan untuk masuk ke dalam keluarga tersebut peneliti selanjutnya memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat pengumpulan data yang dilakukan serta proses yang dilakukan selama pengumpulan data, kemudian mempersilakan kepada responden baik keluarga maupun lansia untuk bertanya mengenai penjelasan yang kemungkinan tidak dapat dipahami oleh keluarga. Setelah keluarga tidak ada pertanyaan karena telah mengerti penjelasan peneliti maka peneliti melanjutkan untuk proses pengisian nama dan alamat lansia yang mengalami hipertensi pada lembar persetujuan dan pada bagian yang menyatakan, peneliti membantu menuliskan nama responden keluarga dan lansia lalu kemudian meminta responden keluarga dan lansia untuk menandatangani pernyataan tersebut.

Peneliti juga menemukan ada responden keluarga dan lansia yang bersedia tanda tangan pernyataan jika selesai menjawab kuesioner atau wawancara terstruktur. Peneliti tidak memaksakan responden pada situasi tersebut karena peneliti menghormati hak responden, maka peneliti pun melakukan wawancara terstruktur kepada lansia yang mengalami hipertensi dan menyerahkan kuesioner kepada responden keluarga dan diakhiri dengan penandatanganan lembar persetujuan menjadi responden serta menyerahkan *leaflet* bagi responden.

4.6. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian berupa wawancara terstruktur tentang survei status kesehatan (SF-12 *health status survey*), kuesioner karakteristik keluarga, dan kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga.

4.6.1. Wawancara terstruktur tentang survei status kesehatan SF-12

Kuesioner survei status kesehatan SF-12 merupakan bentuk singkat dari SF-36 yang dirancang untuk mengukur status kesehatan pada berbagai usia termasuk lansia yang berisi tentang kesehatan mental dan fisik (Lam, Tse, & Gandek, 2005; Lim & Fisher, 1999; Utah Department of Health, 2001; Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002). SF-12 memiliki 12 komponen pertanyaan yang terdiri dari enam pertanyaan untuk kesehatan fisik dan enam pertanyaan untuk kesehatan mental. Kesehatan fisik meliputi evaluasi kesehatan secara umum, aktivitas sederhana atau ringan, memanjat beberapa anak tangga, kurang mencapai aktivitas yang diinginkan, terbatas dalam melakukan beberapa aktivitas, rasa nyeri yang mempengaruhi pekerjaan, sedangkan kesehatan mental meliputi perasaan tenang dan damai, kurang bersemangat, perasaan sedih dan putus asa, kurang hati-hati, waktu untuk bersosialisasi, serta kecemasan dan depresi (Jenkinson et al., 1997; Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002).

Perhitungan SF-12 terhadap 12 pertanyaan dengan kisaran dari nol sampai 100 (0 - 100). Nilai nol menunjukkan tingkat kesehatan rendah dan nilai 100

menunjukkan tingkat kesehatan sangat tinggi. Standar skoring untuk SF-12 berdasarkan aturan populasi umum di US dengan mean = 50 dan standar deviasi = SD = 10. Skor yang kurang dari mean dan SD tersebut maka dikatakan status kesehatan rendah atau kurang sedangkan skor lebih dari mean dan SD maka dikatakan status kesehatan tinggi atau baik (König, et al., 2010; Lam, Tse, & Gandek, 2005).

Tabel 4.1 Kisi-kisi kuesioner SF-12

No	Topik Pertanyaan	Nomor Pertanyaan
1	Kesehatan secara umum	1
2	Fungsi fisik	2, 3
3	Peran fisik	4, 5
4	Peran emosional	6, 7
5	Nyeri tubuh	8
6	Vitalitas	10
7	Kesehatan mental	9, 11
8	Fungsi sosial	12

4.6.2. Kuesioner karakteristik keluarga

Kuesioner karakteristik keluarga terdiri dari nomor responden, pendidikan dan penghasilan.

Tabel 4.2 Kisi-kisi karakteristik keluarga

No	Topik	Nomor Pernyataan
1	Pendidikan	1
2	Penghasilan	2

4.6.3. Kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga

Kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga mencakup lima tugas perawatan kesehatan keluarga yang terdiri dari tugas keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk dilakukan, keluarga mampu memberikan tindakan keperawatan bagi anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan, keluarga mampu menggunakan sumber daya yang terdapat di komunitas untuk perawatan kesehatan.

Kuesioner dibagi menjadi dua model model dikotomi dan tingkatan atau gradasi. Model dikotomi terdiri dari model pertama yang jawabanya ya dan tidak serta model kedua jawabanya setuju dan tidak setuju (skala *Guttman*) (Sugiyono, 2010) dengan skoring untuk model pertama yaitu nilai 0 untuk jawaban tidak dan 3 untuk jawaban ya untuk pernyataan *favourable*, sedangkan untuk pernyataan yang bersifat *unfavorable* jawaban tidak diberi nilai 3 dan jawaban ya diberi nilai 0. Model dikotomi yang kedua untuk jawaban tidak setuju diberi nilai 0 dan jawaban setuju diberi nilai 3 untuk pernyataan *favourable*, sedangkan untuk pernyataan yang bersifat *unfavorable* jawaban tidak setuju diberi nilai 3 dan jawaban setuju diberi nilai 0.

Model pernyataan yang mempunyai gradasi atau tingkatan atau model pernyataan yang ketiga menggunakan skala Likert yang jawabannya dari tingkat yang sangat positif sampai sangat negatif (Sugiyono, 2010). Peneliti memberikan skoring terhadap pernyataan model gradasi yaitu tidak pernah/tidak sama sekali=0, sekali-sekali/sedikit waktu=1, sering/sebagian besar waktu=2, dan selalu/setiap waktu=3 untuk pernyataan *favourable* dan untuk pernyataan *unfavourable* tidak pernah/tidak sama sekali=3, sekali-sekali/sedikit waktu=2, sering/sebagian besar waktu=1, dan selalu/setiap waktu=0.

Tabel 4.3 Kisi-kisi tugas perawatan kesehatan keluarga

No	Topik	Nomor Pernyataan
1	Keluarga Mengenal Masalah Kesehatan	Model pertama: 1 - 11
2	Keluarga Membuat Keputusan	Model pertama: 12 Model kedua: 1 - 10
3	Keluarga Melakukan Tindakan Perawatan	Model ketiga: 1 - 10
4	Keluarga Memodifikasi Lingkungan	Model ketiga: 11 - 15
5	Keluarga Menggunakan Sumber Pelayanan Kesehatan	Model ketiga: 16 - 20

Kuesioner tugas perawatan kesehatan keluarga terdiri dari pernyataan *favourable* dan *unfavourable* yang dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Kisi-kisi jenis pertanyaan tugas perawatan kesehatan keluarga

No	Jenis Pertanyaan	Nomor Pernyataan
1	<i>Favourable</i>	Model pertama: 2 - 12 Model kedua: 1 - 4, 8 - 10 Model ketiga: 1 - 2, 5 - 8, 10 - 18
2	<i>Unfavourable</i>	Model pertama: 1 Model kedua: 5 - 7 Model ketiga: 3 - 4, 9, 19 - 20

4.7. Uji Coba Instrumen

Instrumen yang digunakan telah dilakukan uji. Instrumen yang telah diuji yaitu instrumen yang berkaitan dengan tugas perawatan kesehatan keluarga. Uji instrumen dilakukan pada responden yang tidak terlibat dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti tetapi responden yang menjadi partisipan uji instrumen mempunyai karakteristik yang sama dengan responden yang diteliti (Dharma, 2011). Instrumen diujikan pada 30 responden karena jumlah tersebut lebih mendekati kurva normal (Sugiyono, 2010). Uji coba instrumen dilakukan di Kecamatan Tegal Rejo Kota Yogyakarta yang memiliki karakteristik lansia yang hampir sama dengan Kecamatan Jetis dan memiliki jumlah lansia yang hipertensi yang cukup banyak dengan jumlah responden baik lansia maupun keluarga sebanyak 30 responden dengan kriteria keluarga dengan lansia yang berusia ≥ 60 tahun yang mengalami hipertensi. Data lansia mengalami hipertensi yang dijadikan responden uji instrumen diperoleh dari catatan posyandu di tingkat RW.

Validitas adalah tingkat atau derajat ketepatan suatu instrumen untuk mengukur suatu variabel penelitian. Validitas merupakan syarat mutlak bagi suatu alat ukur agar dapat digunakan dalam suatu pengukuran (Polit & Beck, 2004; Dharma, 2011). Uji validitas yang digunakan oleh peneliti adalah uji validitas konstruk. Uji validitas konstruk untuk mengidentifikasi suatu instrumen telah disusun secara rasional berdasarkan konsep atau teori yang digunakan dalam penelitian (Polit & Beck, 2004; Dharma, 2011). Peneliti melakukan uji validitas terhadap instrumen

tugas perawatan kesehatan keluarga menggunakan alat uji korelasi berupa *Pearson moment* dengan dengan membandingkan r hitung dengan r tabel. Nilai r tabel dilihat pada tabel r dengan menggunakan $\alpha < 0,05$, bila nilai r hitung lebih besar dari nilai r tabel maka pernyataan tersebut dinyatakan valid (Hastono, 2007; Sugiyono, 2010). Menurut Masrun (dalam Sugiyono, 2010) secara umum syarat minimum nilai r hitung untuk 30 responden yaitu 0,3 ($r = 0,3$). Uji validitas yang dilakukan oleh peneliti terhadap 30 responden keluarga dengan lansia yang mengalami hipertensi di Kecamatan Tegal Rejo Kota Yogyakarta dengan tingkat kebebasan 28 ($df = 30 - 2$) dan r tabel 0,361 (Hastono, 2007). Uji intrumen juga dilakukan setelah memperoleh izin dari Dinas Perijinan Kota Yogyakarta untuk penambahan wilayah (surat izin terlampir).

Reliabilitas ialah tingkat konsistensi atau kehandalan suatu instrumen untuk mengukur sebuah atribut atau uji yang digunakan untuk melihat suatu intrumen sudah konsisten ketika akan digunakan kembali (Dharma, 2011; Polit & Beck, 2012). Uji reliabilitas yang akan digunakan dalam penelitian yaitu dengan metode *Cronbach's alpha* dengan rumus (Polit & Beck, 2004):

$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_y^2} \right]$$

Keterangan:

r = koefisien reliabilitas instrumen (*Cronbach's alpha*)

k = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

σ_i^2 = varians butir

σ_y^2 = varians

Σ = total

Koefisien reliabilitas suatu instrumen antara -1,00 - +1,00, dan suatu intrumen dikatakan hasilnya memuaskan atau layak digunakan dalam penelitian jika koefisien reliabilitasnya $> 0,6$ (Hastono, 2007). Hasil uji reliabilitas model satu,

dua, dan tiga masing-masing 0,871; 0,871; dan 0,842. Hasil uji validitas untuk model satu dan dua yaitu 0,371 – 0,636 sedangkan untuk model tiga yaitu 0,362 – 0,530. *Item* pernyataan yang digunakan dalam penelitian yaitu *item* yang telah dinyatakan valid dan reliabel. Proses anulir terhadap *item* pernyataan yang tidak valid dilakukan secara bertahap oleh peneliti dimulai dari nilai r hitung yang paling kecil sampai dengan yang mendekati nilai 0,361. Setelah semua r hitung yang nilai r kurang dari r tabel ($r = 0,361$) dikeluarkan dari instrumen maka instrumen tersebut peneliti gunakan dalam penelitian.

Instrumen SF-12 tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena SF-12 telah dilakukan uji validitas dan reliabel pada populasi secara umum dan dapat diaplikasi pada lintas budaya dan juga pada lansia dan juga telah diuji secara internasional (Bentur & King, 2010; Lim & Fisher, 1999; Sahar, 2004) dan bahkan telah dilakukan *test-retest reliability* (Sahar, 2004).

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian yaitu prosedur administratif dan prosedur teknis.

4.8.1. Prosedur administratif

Penelitian dilaksanakan setelah peneliti dinyatakan lulus ujian terhadap proposal penelitian yang berkaitan dengan konsep serta metode penelitian dan telah dinyatakan lulus uji etik oleh Komite Etik Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan mengeluarkan surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selanjutnya peneliti menyerahkan surat untuk izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kepada Dinas Perijinan Kota Yogyakarta. Setelah memperoleh izin dari Dinas Perijinan Kota Yogyakarta, peneliti meneruskan surat dari Dinas Perijinan Kota Yogyakarta Kecamatan Jetis dan diteruskan ke Kelurahan Bumijo, Gowongan, dan Cokrodiningratan. Penelitian pun dilaksanakan setelah mendapat ijin dari semua pihak yang terkait yang telah disebutkan.

4.8.2. Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian yaitu dimulai dengan uji validitas dan reliabiliti terhadap instrumen yang digunakan dalam penelitian. Instrumen yang dinyatakan valid dan reliabel selanjutnya digunakan oleh peneliti untuk penelitian. Penelitian yang dilakukan melibatkan mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners yang berjumlah tiga orang yang membantu peneliti dalam pengumpulan kuesioner. Peneliti menentukan responden yang diteliti sesuai dengan perhitungan sampel dan kriteria responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Peneliti masuk ke rumah-rumah lansia yang telah terdaftar pada catatan peneliti sambil mengidentifikasi apakah lansia tersebut tinggal sendiri atau bersama anggota keluarga lainnya. Semua responden yang ditemui oleh peneliti mempunyai anggota keluarga. Responden keluarga peneliti tentukan dengan cara mengidentifikasi kepada keluarga dan/atau lansia yang mengalami hipertensi bahwa anggota keluarga yang lebih sering atau selalu bersama dan melakukan perawatan pada lansia sehari-hari. Setelah diidentifikasi bersama keluarga atau lansia maka anggota keluarga hasil identifikasi tersebut yang dijadikan responden penelitian yang bertugas untuk mengisi kuesioner keluarga.

Lansia yang mempunyai keterbatasan dalam membaca dan menulis dibantu oleh peneliti untuk pengisian SF-12, sedangkan untuk keluarga diserahkan kepada anggota keluarga yang lebih sering atau selalu bersama dan melakukan perawatan pada lansia, namun ada juga keluarga yang meminta peneliti untuk membacakan isi kuesioner dan keluarga yang menjawab. Lama pengisian kuesioner untuk satu responden lansia kurang lebih 5-10 menit, kecuali pada lansia yang kurang mampu dalam berbahasa Indonesia peneliti membutuhkan waktu hingga 15 menit. Setelah sehari melakukan pengumpulan data maka peneliti melanjutkan ke tahap berikutnya yaitu pengolahan dan analisis data.

4.9. Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1. Pengolahan data

Tahapan pengolahan data terdiri dari 4 tahap yaitu *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning* (Hastono, 2007).

4.9.1.1. *Editing* (Penyuntingan data)

Hasil pengisian kuesioner yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu (Notoatmojo, 2010). Peneliti melakukan pengecekan terhadap setiap jawaban dari masing-masing responden. Peneliti melakukan pemeriksaan kembali kelengkapan pengisian terhadap setiap kuesioner pada masing-masing responden. Terkadang peneliti menemukan satu sampai tiga pertanyaan belum diisi oleh keluarga, maka peneliti langsung mengklarifikasi kepada keluarga dan keluarga memberikan respon yang positif dengan memberikan jawaban yang sesuai dengan kondisi keluarga.

4.9.1.2. *Coding* (Membuat kode)

Peneliti memberikan kode dalam bentuk angka untuk setiap model pernyataan atau setiap *item* pernyataan. Pembuatan kode untuk karakteristik keluarga dari aspek status sosioekonomi berupa pendidikan diberi kode satu (1) = tidak sekolah/tidak tamat SD, dua (2) = SD, tiga (3) = SMP, empat (4) = SMA, dan lima (5) untuk perguruan tinggi, sedangkan untuk penghasilan yang \leq Rp 750.000,- = 1 dan $>$ Rp 750.000,- = 2. Pembuatan kode untuk pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga untuk model satu dan dua semua pernyataan yang jawabannya positif (ya atau setuju) maka peneliti memberikan kode tiga (3) sedangkan semua pernyataan yang jawabannya negatif (tidak atau tidak setuju) maka peneliti memberikan kode nol (0). Model pernyataan yang ketiga peneliti memberikan kode tiga (3) untuk setiap jawaban selalu/setiap waktu, dua (2) untuk setiap jawaban sering/sebagian besar waktu, satu (1) untuk setiap jawaban sekali-sekali/sedikit waktu, dan nol (0) untuk setiap jawaban tidak pernah/tidak sama sekali.

Pembuatan kode untuk SF-12 yaitu mulai dari 1 sampai 5 yang terbagi atas untuk pernyataan nomor 1 terbaik = 5, sangat baik = 4, baik = 3, cukup = 2, dan buruk/tidak baik = 1. Pernyataan nomor 8 untuk tidak sama sekali = 5, sedikit = 4, sedang = 3, banyak = 2, dan sangat banyak = 1. Pernyataan 9 - 12 untuk selalu/setiap waktu = 5, sering/sebagian besar waktu = 4, kadang-kadang/sebagian waktu = 3, sekali-sekali/sedikit waktu = 2, dan tidak sama sekali = 1. Pernyataan 2 dan 3 untuk sangat terbatas = 3, sedikit terbatas = 2, dan tidak sama sekali = 1. Pernyataan nomor 4 - 7 untuk ya = 2 dan tidak = 1.

4.9.1.3. *Processing* (Memasukan data)

Tahap ini peneliti memasukan data ke dalam *software* atau program yang terdapat pada komputer. Peneliti memasukan data sesuai dengan variabel yang diteliti. Proses memasukan data hasil penelitian, peneliti lakukan secara bertahap yang berarti setiap kali peneliti mendapatkan kueseioner dalam sehari maka langsung peneliti masukan ke dalam program komputer. Peneliti memasukan data ke dalam program komputer berkisar 15 – 25 responden.

4.9.1.4. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Tahap pembersihan data peneliti melakukan pengecekan kembali terhadap data yang telah dimasukan ke dalam program komputer. Pengecekan dilakukan dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Data yang muncul *missing* saat membuat tabel distribusi maka peneliti langsung mengecek kembali pada kuesioner yang telah diberikan nomor berdasarkan nomor urut data yang dimasukan ke dalam program komputer kemudian memperbaiki data yang terdapat pada program komputer sesuai dengan data pada kuesioner.

4.9.2. Analisis Data

Peneliti melakukan analisis data setelah semua data yang dimasukan ke dalam program komputer yang dinyatakan tidak terjadi masalah atau lengkap.

4.9.2.1. Analisis univariat

Analisis univariat yang disebut juga analisis deskriptif yaitu analisis dengan cara mendeskripsikan data yang telah terkumpul berdasarkan masing-masing variabel (Sugiyono, 2010). Data yang telah dianalisis ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Data yang mempunyai distribusi normal maka yang akan digunakan adalah mean dan standar deviasi sebagai ukuran penyebaran sedangkan jika distribusi tidak normal maka menggunakan median dan minimum - maksimum sebagai ukuran penyebaran (Saryono, 2008). Data yang akan dianalisis pada penelitian ini yaitu distribusi frekuensi status kesehatan lansia dengan hipertensi, distribusi frekuensi karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi yang mencakup pendidikan dan penghasilan, dan distribusi frekuensi tugas perawatan kesehatan keluarga.

Analisis univariat dimulai dengan karakteristik keluarga pada variabel pendidikan peneliti melakukan *recode into different variabel* untuk mengkategorikan pendidikan menjadi pendidikan menengah (≤ 4) dan pendidikan tinggi (> 4). Jadi yang termasuk dalam pendidikan menengah yaitu tidak sekolah/tidak tamat SD sampai dengan SMA dan pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi. Peneliti membuat kategori penghasilan yaitu untuk penghasilan kurang atau samadengan ($<$) Rp 750.000,- = kurang, dan yang lebih dari (\geq) Rp 750.000,- = baik.

Tugas perawatan kesehatan keluarga dimulai dari tugas keluarga mengenal masalah kesehatan yaitu hipertensi sampai dengan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, peneliti melakukan *recode into same variabel* untuk mengubah data (angka) yang pernyataan nilainya *unfavourable* menjadi *favourable* kemudian dilanjutkan dengan *compute variabel* yaitu dengan menjumlahkan seluruh *item* pada masing-masing tugas lalu peneliti menentukan median untuk tugas keluarga mengenal masalah kesehatan sampai dengan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan karena bentuk data berdistribusi tidak normal (dengan uji *non parametric*) didapatkan nilai p untuk tugas pertama sampai dengan kelima $< 0,05$, sedangkan untuk tugas perawatan kesehatan keluarga secara keseluruhan bentuk data berdistribusi normal sehingga peneliti

menggunakan *mean*. Setelah menentukan *median* dan *mean* dari masing-masing tugas maka peneliti membuat kategori yaitu untuk nilai yang kurang atau sama dengan *median* atau *mean* termasuk dalam kategori kurang dan yang lebih dari *median* atau *mean* termasuk dalam kategori baik.

Status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu melakukan *recode into same variabel* untuk pernyataan yang nilainya *unfavourable* menjadi *favourable* kemudian dilanjutkan dengan *compute variabel* menggunakan formula SF-12. *compute variabel* yang pertama untuk delapan *item* yaitu kesehatan secara umum (GH = *General health*), fungsi fisik (PF = *physical function*), peran fisik (RP = *role physical*), nyeri tubuh (BP = *bodily pain*), vitalitas (VT = *vitality*), fungsi sosial (SF = *social functioning*), peran emosional (RE = *role emotional*), kesehatan mental (MH = *mental health*), kemudian dilakukan *compute variabel* lagi untuk membagi menjadi kesehatan fisik (PCS = *Physical Composite Score Health*) dan kesehatan mental (MCS = *Mental Composite Score Health*) dan kemudian dilakukan *compute variabel* menjadi status kesehatan lansia dengan hipertensi menggunakan SF-12, kemudian dilanjutkan dengan melakukan uji *non parametric* lagi dan ternyata status kesehatan lansia bentuk distribusinya tidak normal, maka peneliti menggunakan median untuk nilai tengahnya atau reratanya, namun untuk melihat perbandingan status kesehatan lansia di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta dengan standar normal US maka peneliti memaparkan juga nilai *mean* untuk PCS, MCS dan total status kesehatan lansia dengan hipertensi. Selanjutnya peneliti melakukan *recode into different variabel* untuk membuat kategori terhadap status kesehatan fisik, kesehatan mental, dan status kesehatan secara keseluruhan (komposit PCS dan MCS) dengan menggunakan mean dan median untuk membandingkan dengan standar norma US.

Nilai *mean* untuk PCS $\leq 59,6$ dikatakan kurang, $> 59,6$ dikatakan baik sedangkan untuk *median* untuk PCS $\leq 62,3$ dikatakan kurang, $> 62,3$ dikatakan baik. Nilai *mean* untuk MCS $\leq 65,3$ dikatakan kurang, $> 65,3$ dikatakan baik sedangkan untuk *median* untuk MCS $\leq 71,8$ dikatakan kurang, $> 71,8$ dikatakan baik. Nilai

mean untuk PCS dan MCS $\leq 62,4$ dikatakan kurang, $> 62,4$ dikatakan baik sedangkan untuk *median* untuk PCS dan MCS $\leq 67,0$ dikatakan kurang, $> 67,0$ dikatakan baik

Suatu data dikatakan berdistribusi normal atau tidak diketahui dari tiga cara yaitu (Hastono, 2007):

- a. Diamati dari grafik histogram dan kurva normal, bila bentuknya menyerupai bel shape, berarti berdistribusi normal.
- b. Menggunakan nilai *skewness* dan standar *error*-nya, bila nilai *skewness* dibagi standar *error*-nya menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal.
- c. Uji *kolmogorov smirnov*, bila hasil uji tidak signifikan ($p \text{ value} > 0,05$), maka distribusi normal, namun uji tersebut sangat sensitif dengan jumlah sampel, yaitu semakin besar jumlah sampel maka uji tersebut cenderung menghasilkan uji yang signifikan atau bentuk distribusinya tidak normal. Berdasarkan kelemahan tersebut maka dianjurkan untuk mengetahui suatu data bentuk distribusinya normal atau tidak lebih baik menggunakan angka *skewness* atau melihat grafik histogram dan kurva normal.

4.9.2.2. Analisis bivariat

Sebelum dilakukan analisis bivariat peneliti melakukan *compute* terhadap masing-masing tugas perawatan kesehatan keluarga dan status kesehatan lansia (SF-12), kemudian menentukan median dari masing-masing variabel. Setelah dilakukan *compute* peneliti melakukan *recode* pada variabel tugas keluarga satu sampai dengan lima agar dapat dibuat data dalam bentuk katagorik (ordinal) sehingga mempermudah dalam melakukan uji statistik dengan *Chi Square* variabel dependent dan independent. Setelah data variabel dependent dan independent dalam bentuk katagorik maka peneliti melanjutkan ke analisa bivariat.

Analisis bivariat merupakan suatu kajian untuk mengetahui hubungan dua variabel baik berupa korelatif, komparatif, maupun asosiatif (Saryono, 2008). Analisis bivariat yang akan digunakan oleh peneliti untuk melihat korelasi atau hubungan antara variabel independen dengan dependen yaitu uji *Chi square* untuk

data yang bersifat katagorik variabel independen dan dependen (Hastono, 2007). Variabel yang dicari korelasi dan penggunaan uji statistik terlihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Analisis bivariat

No.	Variabel bebas	Variabel terikat	Uji Statistik
1	Pendidikan		
2	Penghasilan		
3	Keluarga mengenal masalah kesehatan		
4	Keluarga mengambil keputusan	Status kesehatan	<i>Chi square</i>
5	Keluarga mampu merawat anggota keluarga	lansia	
6	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan		
7	Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan		

4.9.2.3. Analisis multivariat

Analisis multivariat merupakan kajian terhadap variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Maka peneliti menggunakan uji regresi logistik berganda karena dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti variabel independennya dan dependen terdiri dari data yang bersifat katagorik (Hastono, 2007). Analisis multivariat terlihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6 Analisis multivariat

No.	Variabel bebas	Variabel terikat	Uji statistik
1	Pendidikan		
2	Penghasilan		
3	Keluarga mengenal masalah kesehatan	Status kesehatan	Uji regresi logistik berganda
4	Keluarga mampu mengambil keputusan	lansia	
5	Keluarga mampu merawat anggota keluarga		
6	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan		
7	Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan		

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bagian hasil penelitian akan memaparkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta yang dilaksanakan selama dua minggu yaitu tanggal 18 Juni – 26 Juni 2012. Pemaparan data hasil penelitian terdiri dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat yang telah dilakukan analisis dengan menggunakan perangkat lunak komputer untuk uji statistik.

5.1 Gambaran Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi, Karakteristik Keluarga, Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta

5.1.1 Status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Data status kesehatan pada *aggregate* lansia dalam penelitian yang dilakukan berdasarkan survey status kesehatan *Short form 12* (SF-12) pada 163 responden lansia yang mengalami hipertensi. Status kesehatan pada *aggregate* lansia dapat terlihat dari data pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi berdasarkan SF-12 di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Status Kesehatan Lansia		Jumlah n (%)		Total n (%)
		Baik	Kurang	
PCS				
Mean (SD)	59,6 (18)	89 (54,6)	74 (45,4)	163 (100)
Median	62,3	89 (54,6)	74 (45,4)	163 (100)
PCS (berdasarkan US)	50 (10)	113 (69,3)	50 (30,7)	163 (100)
MCS				
Mean (SD)	65,3 (19,5)	102 (62,6)	61 (37,4)	163 (100)
Median	71,8	76 (46,6)	87 (53,4)	163 (100)
PCS (berdasarkan US)	50 (10)	119 (73,0)	44 (27,0)	163 (100)
PCS dan MCS				
Mean (SD)	62,4 (17,9)	98 (60,1)	65 (39,9)	163 (100)
Median	67,0	84 (51,5)	79 (48,5)	163 (100)
PCS dan MCS (berdasarkan US)	50 (10)	123 (75,5)	40 (24,5)	163 (100)

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar status kesehatan fisik (PCS) lansia dengan hipertensi masuk dalam kategori baik yaitu 54,6% dan status kesehatan mental (MCS) rata-rata yaitu 62,6% baik dan yang berada di atas 71,8 masuk dalam kategori baik perbandingannya hampir sama dengan yang kurang yaitu masing-masing 46,6% dan 53,4%. Jika dibandingkan dengan standar US maka status kesehatan lansia baik secara fisik maupun mental termasuk dalam kategori baik dengan presentase cukup banyak masing-masing 69,3% (PCS) dan 73,0% (MCS).

Status kesehatan lansia dengan hipertensi baik fisik maupun mental (PCS dan MCS) berdasarkan rata-rata sebagian besar baik yaitu 60,1% dan yang berada di atas 67,0 masuk dalam kategori baik perbandingannya hampir sama dengan yang kurang yaitu masing-masing 51,5% dan 48,5% sedangkan berdasarkan standar US status kesehatan lansia dengan hipertensi secara menyeluruh (PCS dan MCS) sebagian besar baik yaitu sebanyak 75,5%,.

5.1.2 Karakteristik keluarga

Data karakteristik responden keluarga dalam penelitian yang dilakukan mencakup status sosioekonomi dan suku. Status sosioekonomi meliputi pendidikan dan penghasilan keluarga.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden menurut karakteristik keluarga di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Karakteristik Keluarga	Frekuensi (n)	Persen (%)
Pendidikan		
Pendidikan Menengah	126	77,3
Perguruan Tinggi	37	22,7
Penghasilan		
Kurang	66	40,5
Baik	97	59,5
Total	163	100,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa status sosioekonomi keluarga yang diamati dari tingkat pendidikan responden keluarga sebagian besar berpendidikan menengah yaitu sebanyak 77,3% dan jumlah keluarga berpenghasilan baik hampir sama dengan yang kurang masing-masing 59,5% dan 40,5%.

5.1.3 Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga

Data tugas perawatan kesehatan keluarga meliputi keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga mampu memberikan tindakan keperawatan bagi anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan dan tumbuh kembang individu, serta keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan. Tugas perawatan kesehatan keluarga pada responden dapat terlihat dari data pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi tugas perawatan kesehatan keluarga pada responden di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga	Frekuensi (n)	Persen (%)
Keluarga Mengenal Masalah Hipertensi		
Kurang	81	49,7
Baik	82	50,3
Keluarga Mengambil Keputusan		
Kurang	59	36,2
Baik	104	63,8
Keluarga Merawat		
Kurang	41	25,2
Baik	122	74,8
Keluarga Memodifikasi Lingkungan		
Kurang	76	46,6
Baik	87	53,4
Keluarga Menggunakan Fasilitas Kesehatan		
Kurang	54	33,1
Baik	109	66,9
Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga		
Kurang	11	6,7
Baik	152	93,3
Total	163	100,0

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa distribusi kemampuan keluarga mengenal masalah hipertensi hampir sama kurang dan baik masing-masing 49,7% dan 50,3%; kemampuan keluarga mengambil keputusan sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebesar 63,8%; jumlah keluarga yang mempunyai kemampuan merawat lansia dengan hipertensi sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebesar 74,8%; kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 53,4%; dan jumlah keluarga yang mempunyai kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebesar 66,9. Kemampuan keluarga secara menyeluruh dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebesar 93,3%.

5.2 Hubungan Karakteristik Keluarga dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Kota Yogyakarta

5.2.1 Hubungan karakteristik keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hubungan karakteristik keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu hubungan status sosioekonomi yang meliputi pendidikan dan penghasilan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

Tabel 5.4 Hubungan Status Sosioekonomi keluarga dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Status Sosioekonomi	Status Kesehatan Lansia (SF12)		Total n (%)	Nilai p	OR (95% CI)
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Pendidikan					
Menengah	54 (42,9)	72 (57,1)	126 (100,0)	0,000*	5,71 (2,34 - 13,99)
Tinggi	30 (81,1)	7 (18,9)	37 (100,0)		
Penghasilan					
Kurang	23 (34,8)	43 (65,2)	66 (100,0)	0,001*	3,17 (1,65 - 6,09)
Baik	61 (62,9)	36 (37,1)	97 (100,0)		
Total	84 (51,5)	79 (48,5)	163 (100,0)		

* $\alpha < 0,05$

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (81,1%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang tingkat pendidikan menengah (42,9%), demikian juga dengan keluarga yang mempunyai penghasilan baik memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik lebih baik (62,9%) dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai penghasilan kurang (34,8%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,000$) dan ada hubungan penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,001$). Hasil nilai OR untuk pendidikan menunjukkan bahwa

keluarga yang tingkat pendidikan tinggi mempunyai peluang 5,71 kali untuk meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menjadi baik dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan menengah, demikian juga dengan keluarga yang memiliki penghasilan baik mempunyai peluang 3,17 kali untuk meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menjadi baik dibandingkan dengan keluarga berpenghasilan kurang.

5.2.2 Hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga mencakup sub-sub variabel yaitu hubungan keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif, dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan serta hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yang dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga	Status Kesehatan Lansia (SF12)		Total n (%)	Nilai p	OR (CI 95%)
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Keluarga mengenal masalah hipertensi					
Kurang	32 (39,5)	49 (60,5)	81 (100,0)	0,004*	2,65 (1,41 – 4,99)
Baik	52 (63,4)	30 (36,6)	82 (100,0)		
Keluarga mengambil keputusan					
Kurang	28 (47,5)	31 (52,5)	59 (100,0)	0,534	1,29 (0,68 – 2,45)
Baik	56 (53,8)	48 (46,2)	104 (100,0)		
Keluarga merawat					
Kurang	20 (48,8)	21 (51,2)	41 (100,0)	0,820	1,16 (1,57 – 2,35)
Baik	64 (52,5)	58 (47,5)	122 (100,0)		
Keluarga memodifikasi lingkungan					
Kurang	34 (44,7)	42 (55,3)	76 (100,0)	0,143	1,67 (0,89 – 3,11)
Baik	50 (57,5)	37 (42,5)	87 (100,0)		
Keluarga menggunakan fasilitas kesehatan					
Kurang	28 (51,9)	26 (48,1)	54 (100,0)	1,000	0,98 (0,51 – 1,88)
Baik	56 (51,4)	53 (48,6)	109 (100,0)		
Tugas perawatan kesehatan keluarga					
Kurang	1 (9,1)	10 (90,9)	83 (100,0)	0,009*	12,03 (1,50 – 96,31)
Baik	83 (54,6)	69 (45,4)	80 (100,0)		
Total	84 (100)	79 (100)	163 (100)		

* $\alpha < 0,05$

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa keluarga yang baik kemampuannya dalam mengenal masalah hipertensi memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (63,4%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang baik kemampuannya dalam mengenal masalah hipertensi (39,5%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan kemampuan keluarga mengenal masalah hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,004$); hasil nilai OR untuk keluarga yang baik kemampuannya dalam mengenal masalah hipertensi mempunyai peluang 2,65 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang mengenal masalah hipertensi.

Keluarga yang baik kemampuannya dalam mengambil keputusan memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (53,8%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang kemampuannya dalam mengambil keputusan (47,5%); tidak ada hubungan kemampuan keluarga mengambil keputusan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,534$), namun keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam mengambil keputusan mempunyai peluang 1,29 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam mengambil keputusan.

Keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (52,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam merawat anggota keluarga (48,8%); tidak ada hubungan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,820$); namun keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga mempunyai peluang 1,16 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi.

Keluarga yang baik kemampuannya dalam memodifikasi lingkungan memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (57,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan (44,7%); tidak ada hubungan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,143$), namun keluarga yang baik dalam memodifikasi lingkungan mempunyai peluang 1,67 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan.

Keluarga yang kurang kemampuannya dalam menggunakan fasilitas kesehatan memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik hampir sama dengan keluarga yang baik kemampuannya dalam menggunakan fasilitas kesehatan yaitu

masing-masing 51,9% dan 51,4%; tidak ada hubungan kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,187$).

Secara menyeluruh keluarga yang baik kemampuannya dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik (54,6%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang kemampuannya dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga (9,1%) dan secara menyeluruh juga ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,009$) serta keluarga yang baik dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga mempunyai peluang 12,03 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga.

5.3 Pemodelan Faktor Penentu Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta

5.3.1 Seleksi variabel bivariat untuk kandidat model multivariat

Tujuh sub variabel penelitian yang diprediksi mempunyai hubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi mencakup pendidikan dan penghasilan serta lima tugas perawatan kesehatan keluarga. Sebelum ketujuh variabel independent ikut dalam model multivariat maka terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat terhadap tujuh variabel independen dengan variabel dependen (status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi), setelah dilakukan seleksi bivariat maka hasilnya terlihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Hasil seleksi analisis bivariat variabel-variabel kandidat multivariat dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Variabel Kandidat Multivariat	Nilai p
Pendidikan	0,000*
Penghasilan	0,000*
Keluarga mengenal masalah hipertensi	0,002*
Keluarga mengambil keputusan	0,433
Keluarga merawat	0,684
Keluarga memodifikasi lingkungan	0,104*
Keluarga menggunakan pelayanan kesehatan	0,954

* Variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji multivariat harus mempunyai nilai $p < 0,25$.

Hasil seleksi analisis bivariat tabel 5.6 menunjukkan bahwa ada empat variabel yaitu pendidikan, penghasilan, dan tugas keluarga mengenal masalah hipertensi serta tugas keluarga memodifikasi lingkungan dapat lanjut masuk dalam pemodelan multivariat karena mempunyai nilai $p < 0,25$, namun karena secara substansial kemampuan keluarga mengambil keputusan, merawat, dan menggunakan pelayanan kesehatan juga mempunyai pengaruh terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi maka variabel tersebut diikutsertakan dalam analisis multivariat.

5.3.2 Pemodelan awal multivariat

Tabel 5.7 Hasil pemodelan awal analisis multivariat variabel-variabel dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012

Variabel	Nilai p	OR
Pendidikan	0,020*	3,18
Penghasilan	0,012*	2,56
Keluarga mengenal masalah hipertensi (tugas 1)	0,107	1,79
Keluarga mengambil keputusan (tugas 2)	0,780	1,11
Keluarga merawat (tugas 3)	0,994	1,00
Keluarga memodifikasi lingkungan (tugas 4)	0,042*	2,24
Keluarga menggunakan pelayanan kesehatan (tugas 5)	0,309	0,66

* Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Hasil dari tujuh variabel independent ada empat variabel yang nilai $p > 0,05$ yaitu keluarga mengenal masalah hipertensi, keluarga mengambil keputusan, keluarga

merawat, dan keluarga menggunakan pelayanan kesehatan. Tahap selanjutnya peneliti mulai mengeluarkan variabel independen yang nilai p-nya merupakan urutan pertama terbesar yaitu tugas 3. Setelah tugas 3 dikeluarkan maka dihitung perbandingan nilai OR ketika tugas 3 dikeluarkan dengan nilai OR sebelum tugas 3 dikeluarkan dengan rumus [(nilai OR setelah variabel dikeluarkan – nilai OR sebelum variabel dikeluarkan) / nilai OR variabel sebelum dikeluarkan] x 100% (Hastono, 2007). Dari hasil analisis perbandingan OR, ternyata perubahannya tidak ada yang > 10% dengan demikian variabel tugas 3 dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel tugas 2, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata perubahannya tidak ada yang > 10% maka variabel tugas 2 dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel tugas 5, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata perubahannya ada yang > 10% maka variabel tugas 5 tidak dikeluarkan dari model atau kembali diikutsertakan dalam model. Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel tugas 1, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata perubahannya ada yang > 10% maka variabel tugas 1 tidak dikeluarkan dari model atau kembali diikutsertakan dalam model. Model terakhir yang dihasilkan terlihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Hasil pemodelan tahap akhir analisis multivariat variabel-variabel dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012

Variabel	Nilai p	OR	CI 95%
Pendidikan	0,018*	3,23	1,22-8,52
Penghasilan	0,012*	2,55	1,22-5,31
Keluarga mengenal masalah hipertensi	0,102	1,79	0,89-3,64
Keluarga memodifikasi lingkungan	0,039*	2,24	1,04-4,81
Keluarga menggunakan pelayanan kesehatan	0,324	0,68	0,31-1,47
Constant		4,302	

* Bermakna pada $\alpha = 0,05$.

Hasil tabel 5.8, Model yang diperoleh setelah dilakukan uji regresi logistik yaitu:

$$z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5$$

$$z = -4,302 + 3,23 \text{ pendidikan} + 2,55 \text{ penghasilan} + 1,79 \text{ tugas keluarga mengenal} + 2,24 \text{ tugas keluarga memodifikasi lingkungan} + 0,68 \text{ tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan}$$

$$z = -4,302 + 3,23 \text{ pendidikan} + 2,55 \text{ penghasilan} + 1,79 \text{ tugas 1} + 2,24 \text{ tugas 4} + 0,68 \text{ tugas 5}$$

Berdasarkan model persamaan tersebut, maka dapat diperkirakan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menggunakan variabel pendidikan keluarga, penghasilan keluarga, tugas keluarga mengenal, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Arti koefisien B (OR) untuk masing-masing variabel yaitu:

- a. Setiap keluarga meningkatkan pendidikannya maka status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi akan naik sebesar 3,23 kali setelah dikontrol variabel penghasilan, tugas keluarga mengenal, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.
- b. Setiap keluarga meningkatkan penghasilan maka status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi akan naik sebesar 2,55 kali setelah dikontrol variabel pendidikan, tugas keluarga mengenal, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.
- c. Setiap keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah maka status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi akan naik sebesar 1,79 kali setelah dikontrol variabel pendidikan, penghasilan, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan.
- d. Setiap keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu memodifikasi lingkungan maka status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi akan naik sebesar 2,24 kali setelah dikontrol variabel pendidikan,

- penghasilan, tugas keluarga mengenal masalah, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan.
- e. Setiap keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu tugas keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan maka status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi akan naik sebesar 0,68 kali setelah dikontrol variabel pendidikan, penghasilan, tugas keluarga mengenal masalah, dan memodifikasi lingkungan.

Hasil uji regresi logistik berganda diperoleh nilai OR (*Odd ratio/Exp B*) yang paling tinggi yaitu variabel pendidikan (OR = 3,23; 95% CI: 1,22 - 8,52) yang sudah dikontrol dengan variabel penghasilan, tugas keluarga mengenal, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Jadi variabel yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu pendidikan keluarga.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bagian pembahasan terdiri dari tiga bagian yaitu pembahasan, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian. Bagian pembahasan akan mensintesis teori dan hasil penelitian yang telah dilakukan serta membandingkan berbagai hasil penelitian yang terkait yang mencakup hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen serta faktor yang paling berpengaruh terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yang berkaitan juga dengan tujuan penelitian. Bagian keterbatasan penelitian akan menjelaskan tentang proses penelitian dan membandingkan dengan proses yang seharusnya dilakukan selama penelitian yang sesuai dengan konsep atau teori. Bagian implikasi hasil penelitian akan membahas tentang implikasi penelitian bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan, bagi pengembangan ilmu keperawatan komunitas, dan bagi keluarga.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Hubungan karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang status sosioekonomi keluarga yang meliputi pendidikan dan penghasilan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan ada hubungan pendidikan dan penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki persentase lebih tinggi lansia yang status kesehatan baik dibandingkan dengan keluarga yang pendidikan menengah dan juga pendidikan tinggi mempunyai peluang 5,71 kali lebih baik untuk meningkatkan status kesehatan lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan menengah. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan keluarga mempunyai peranan dalam meningkatkan status kesehatan anggota keluarga yaitu lansia yang mengalami hipertensi.

Hasil penelitian lain tentang status kesehatan lansia yang dilakukan pada enam negara di Eropa menunjukkan dengan cara berbeda mengenai tingkat pendidikan yaitu dilihat dari lamanya pendidikan seseorang seperti kurang atau samadengan 12 tahun dan lebih dari 12 tahun ternyata ada hubungan lama pendidikan dengan status kesehatan pada lansia (Konig, et al., 2010). Indonesia pendidikan yang kurang atau samadengan 12 tahun berarti hanya sampai dengan tingkat SMA yang disebut pendidikan menengah sedangkan pendidikan yang lebih dari 12 tahun berarti melanjutkan studi ke perguruan tinggi yang disebut sebagai pendidikan tinggi. Hasil penelitian lain tentang kesehatan remaja di *St. Louis* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan kesehatan remaja (Chen & Paterson, 2006). Kondisi tersebut sesuai dengan teori bahwa tingkat pendidikan keluarga penting untuk membentuk pengetahuan dan perilaku kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Keluarga yang mempunyai pendidikan yang rendah juga dapat berdampak pada meningkatnya angka kejadian kematian dan penyakit karena keluarga kurang mendapat informasi yang berkaitan dengan kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Kedua hasil penelitian tentang kesehatan lansia dan remaja serta didukung oleh teori, meskipun penelitian dilakukan pada kelompok usia yang berbeda namun hasil menunjukkan bahwa pendidikan keluarga mempunyai hubungan dengan status kesehatan anggota keluarga. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa dengan tingkat pendidikan tinggi yang dimiliki oleh anggota keluarga dapat mempermudah anggota keluarga dalam mencari informasi tentang masalah hipertensi dari berbagai media, mudah mengetahui dan memahami masalah hipertensi, mampu berpikir kritis terhadap situasi yang terjadi pada anggota keluarga (lansia hipertensi) sehingga keluarga dapat mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga dengan tepat ketika salah satu anggota keluarga yaitu lansia mengalami hipertensi. Potensi pendidikan tinggi atau juga lamanya anggota keluarga di bangku pendidikan identik dengan banyak pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh dari bangku pendidikan sehingga ketika selesai melaksanakan pendidikan yang begitu lama maka diharapkan pengetahuan dan

pengalaman yang baik dapat diaplikasikan di dalam keluarga. Pengetahuan dan pengalaman yang banyak yang dimiliki oleh keluarga sangat bermanfaat dalam meningkatkan status kesehatan di dalam keluarga tersebut terutama anggota keluarga yang termasuk dalam kelompok rentan (*vulnerable population*) seperti lansia yang mengalami hipertensi ditambah lagi dengan menurunnya penghasilan atau pensiun atau terkadang sulit melakukan perawatan terhadap diri sendiri atau *self care* dan sulit pergi ke pelayanan kesehatan secara mandiri, dengan demikian pendidikan yang tinggi yang dimiliki oleh keluarga mempunyai potensi besar dalam meningkatkan status kesehatan bagi anggota keluarga terutama lansia dengan hipertensi untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat hipertensi.

Status kesehatan lansia juga baik didukung oleh penghasilan atau pendapatan yang dimiliki oleh keluarga yang juga dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan lansia sehingga dapat meningkatkan status kesehatan pada aggregate lansia dengan hipertensi. Didukung juga oleh hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga dengan penghasilan baik mempunyai peluang 3,17 kali lebih baik untuk meningkatkan status kesehatan lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga dengan penghasilan kurang. Hasil penelitian lain tentang kesehatan remaja di *St. Louis* juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan atau penghasilan keluarga dengan kesehatan remaja (Chen & Paterson, 2006), begitu juga penelitian yang dilakukan terhadap lansia di dua kota di Seoul Korea menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara lansia yang berpenghasilan tinggi dengan yang berpenghasilan rendah, lansia yang berpenghasilan tinggi lebih mengalami penuaan yang sukses (*ageing successfully*) daripada yang berpenghasilan rendah (Jang, Choi, & Kim, 2009).

Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa pendidikan dan penghasilan sebagai ciri status sosioekonomi keluarga sangat berpengaruh terhadap anggota keluarga (Hadjineophytou, 2012). Pendapat lain juga mengatakan bahwa pendidikan dan penghasilan yang merupakan bagian dari status sosioekonomi keluarga mempunyai peranan penting dalam mengorganisasi atau mengkoordinir anggota keluarga (Ma, 2009). Secara teori bahwa penghasilan yang diperoleh

keluarga dapat memenuhi kebutuhan pengeluaran utama anggota keluarga salah satunya adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) selain itu status ekonomi keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku kesehatan yang akan berpengaruh terhadap status kesehatan keluarga (Adler et al, 1997; USDHHS, Public Health Service, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004; Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005). Sebuah keluarga juga saling memberikan dukungan secara ekonomi (Hanson, 2005 dalam Kaakinen, et al., 2010).

Kedua hasil penelitian tentang lansia dan remaja, meskipun penelitian dilakukan pada kelompok usia yang berbeda namun hasil menunjukkan bahwa penghasilan keluarga dan lansia itu sendiri mempunyai hubungan dengan status kesehatan anggota keluarga menunjukkan bahwa penghasilan yang baik atau memadai bagi anggota keluarga dapat memudahkan anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga yang berkaitan dengan kesehatan seperti pemenuhan akan nutrisi yang sehat dan adekuat, kemudahan dalam menjangkau pelayanan kesehatan, kemudahan dalam mendapatkan perawatan dan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan, dapat memenuhi kebutuhan untuk penunjang kesehatan di dalam keluarga, dapat melakukan pemeriksaan atau *check up* secara berkala tanpa harus menunggu timbulnya masalah kesehatan sehingga dapat mengurangi dan mencegah meningkatnya masalah kesehatan atau mencegah terjadinya komplikasi akibat masalah kesehatan (hipertensi) seperti penyakit stroke, penyakit jantung, dan masalah pada ginjal. Dengan demikian kondisi penghasilan keluarga yang kurang pun dapat diatur dengan cara mengelola penggunaan keuangan secara lebih terperinci sehingga dapat digunakan juga untuk kepentingan kesehatan anggota keluarga.

6.1.2 Hubungan tugas keluarga mengenal masalah hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang tugas keluarga mengenal masalah hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan bahwa ada hubungan tugas keluarga

mengenal masalah hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,004$) dan keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam mengenal hipertensi mempunyai peluang 2,65 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menjadi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang kurang mengenal masalah hipertensi, hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai kemampuan baik dalam mengenal masalah hipertensi memberikan kontribusi yang baik pula terhadap meningkatnya status kesehatan lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian yang dilakukan pada lansia di Puskesmas Srandol Kota Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi (Suhadi, Wiarsih, & Widyatuti, 2011), begitu juga penelitian yang dilakukan pada keluarga dengan lansia hipertensi di Koja Jakarta Utara menunjukkan ada hubungan dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Hasil penelitian tersebut berbeda dengan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu mampu mengenal hipertensi berupa batasan tekanan darah yang normal pada lansia, penyebab hipertensi pada lansia dan keluarga merasa perlu mencari informasi tentang masalah hipertensi (Maglaya, et al., 2009; Tabloski, 2006; Messerli, Williams, & Ritz, 2007; Wallace, 2008). Secara teori tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu keluarga keluarga mengenal masalah kesehatan merupakan dukungan informasional keluarga dengan mengumpulkan informasi dan memberitahukan informasi yang diketahui kepada anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh dua peneliti sebelumnya menunjukkan bentuk kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi dan berkaitan dengan kepatuhan dan pengendalian lansia terhadap hipertensi tidak terlepas dari dukungan keluarga. Dukungan keluarga salah satunya yaitu dukungan informasi terintegrasi di dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga terutama tugas keluarga mengenal masalah kesehatan. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

perlu didukung oleh tingkat pendidikan yang memadai (tinggi) karena dengan pendidikan yang memadai keluarga dengan mudah mengenal masalah hipertensi secara lebih mendalam dengan cara mengeksplorasi berbagai media atau sarana untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan masalah hipertensi pada lansia. Keluarga dikatakan mampu mengenal masalah hipertensi dengan mencari informasi dari berbagai media atau sarana seperti buku, majalah kesehatan, internet, dan sebagainya agar keluarga mampu mengidentifikasi bahwa anggota keluarga yaitu lansia mengalami tekanan darah tinggi atau tidak, mampu mengidentifikasi penyebab hipertensi pada lansia, mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipertensi dan kadang-kadang tanpa gejala, faktor risiko hipertensi. Dengan demikian pendidikan tinggi keluarga dapat mendukung keluarga dalam mengeksplorasi berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah hipertensi sehingga keluarga lebih banyak mengenal tentang masalah hipertensi yang memberikan dampak positif bagi status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

6.1.3 Hubungan tugas keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang tugas keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan tugas keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,534$), meskipun tidak ada hubungan namun terlihat bahwa keluarga yang baik dalam mengambil keputusan menunjukkan status kesehatan lansia baik (53,8%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam mengambil keputusan memiliki lansia dengan status kesehatan baik (47,5%) bahkan keluarga yang baik dalam mengambil keputusan mempunyai peluang 1,29 kali dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu mengambil keputusan yang sesuai dengan kebutuhan lansia dengan hipertensi maka akan meningkatkan status kesehatan pada lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan penilaian/penghargaan (*appraisal support*) keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan juga ada hubungan dukungan penilaian/penghargaan (*appraisal support*) keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Kecamatan Koja Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), namun penelitian ini sama dengan dua penelitian sebelumnya bahwa semakin efektif dukungan penghargaan yang diberikan keluarga kepada lansia dengan hipertensi maka perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak efektif dalam memberikan dukungan penghargaan (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), hal yang sama juga terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia bahwa dukungan penghargaan yang baik diberikan oleh keluarga pada lansia maka pemenuhan nutrisi pada lansia pun lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang memberikan dukungan penghargaan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011). Secara teori menunjukkan bahwa tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu keluarga mengambil keputusan merupakan *appraisal support* yang dilakukan dengan cara memberikan masukan atau bimbingan dan pemecahan masalah bagi anggota keluarga bermanfaat dalam menyelesaikan masalah anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009).

Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mempunyai kaitan dengan peningkatan status kesehatan pada lansia yang ditandai dengan tingginya status kesehatan lansia dengan hipertensi pada keluarga yang termasuk dalam kategori baik dalam mengambil keputusan, apalagi salah satu indikator status kesehatan lansia juga dapat dilihat dari pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia dan juga tergambar dari kemampuan lansia dalam mengendalikan masalah hipertensi. Selain peran keluarga dalam mengambil keputusan untuk kebutuhan lansia dengan hipertensi, aspek yang tidak kalah pentingnya yaitu tingkat kemandirian lansia. Tingkat kemandirian lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sangat

tinggi yang ditandai dengan kemampuan lansia baik fisik maupun mental yang tergambar dari kesehatan fisik (PCS) dan mental (MCS) pada lansia jika berdasarkan standar US maka status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebagian besar baik.

Kondisi tersebut juga didukung oleh situasi dan kondisi di Kecamatan Jetis mulai dari tingkat kecamatan mempunyai koordinator lansia sekecamatan Jetis, kemudian setiap kelurahan mempunyai paguyuban lansia dan setiap RW mempunyai kelompok lansia dan masing-masing RW mempunyai kegiatan posyandu yang dilaksanakan satu kali setiap bulan dan di tingkat kelurahan dilaksanakan satu kali setiap tiga bulan. Artinya pelayanan kesehatan telah sampai di tingkat kelompok yang kecil yaitu di tingkat RW yang dilaksanakan secara reguler sehingga kondisi tersebut membuat lansia mengalami status kesehatan yang lebih baik. Berdasarkan wawancara personal dengan penanggungjawab lansia di Puskesmas Jetis bahwa petugas dari Puskesmas Jetis (dokter) pelaksanaan penyuluhan tentang masalah hipertensi dan pola makan yang harus diperhatikan tergantung kesepakatan dengan masing-masing pihak kelurahan.

6.1.4 Tugas keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang tugas keluarga memberikan tindakan keperawatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan tugas keluarga merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,820$), meskipun tidak ada hubungan namun terlihat bahwa keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga menunjukkan status kesehatan lansia baik (52,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam merawat anggota keluarga memiliki lansia dengan status kesehatan baik (48,8%) bahkan keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga mempunyai peluang 1,16 kali dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu merawat

anggota keluarga yang sesuai dengan kebutuhan lansia dengan hipertensi maka akan meningkatkan status kesehatan pada lansia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental (*intrumental support*) keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan juga ada hubungan dukungan intrumental keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Kecamatan Koja Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga secara intrumental dengan penyesuaian diri siswa di empat sekolah di New York (Malecki & Demaray, 2003), namun penelitian ini sama dengan dua penelitian sebelumnya bahwa semakin efektif dukungan intrumental yang diberikan keluarga kepada lansia dengan hipertensi maka perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak efektif dalam memberikan dukungan intrumental (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), hal yang sama juga terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia bahwa dukungan intrumental yang baik diberikan oleh keluarga pada lansia maka pemenuhan nutrisi pada lansia pun lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang memberikan dukungan intrumental (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011).

Secara teori bahwa tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu merawat anggota keluarga secara langsung sebagai bentuk dukungan intrumental dengan memberikan perawatan berupa membuat program dan menerapkan program yang dibuat seperti mengatur pola makan lansia dengan diet rendah garam dan rendah lemak, mengkonsumsi buah dan sayur-sayuran, program olahraga secara teratur yang efektif untuk menurunkan tekanan darah pada lansia (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Steckel dalam Maglaya et. al., 2009; Tabloski, 2006). Dukungan intrumental juga dapat dilakukan dalam bentuk memberikan uang untuk kebutuhan lansia dan perawatan kesehatan lansia (Childs, Goldstein, & Wangdui, 2011). Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa pemberian makanan bagi

lansia yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan makanan khusus untuk perawatan adalah aspek penting yang perlu dilakukan oleh pemberi perawatan atau *caregiver* (Shaibu & Wallhagen, 2002).

Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga yang baik dalam merawat mempunyai lansia yang status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang kemampuannya dalam merawat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang lebih banyak merawat lansia hipertensi dengan baik dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan status kesehatan pada lansia. Penelitian yang dilakukan sebelumnya terkait pemenuhan nutrisi dan pengendalian hipertensi pada lansia sama-sama dipengaruhi oleh dukungan keluarga khususnya dukungan instrumental. Dukungan instrumental atau kemampuan keluarga dalam merawat yang dilakukan dalam bentuk mengatur pengobatan lansia yang mempunyai resep dari tenaga kesehatan, bersama lansia mengatur kegiatan yang perlu dilakukan, membantu lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pengaturan pola makan yang tepat bagi lansia yang mengalami hipertensi dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan status kesehatan pada lansia dengan hipertensi. Keluarga yang mampu merawat anggotanya tentu didukung oleh tingkat pendidikan yang tinggi yang dapat digunakan oleh keluarga untuk mencari informasi yang berkaitan dengan masalah hipertensi pada lansia disertai juga dengan penghasilan yang baik yang dimiliki keluarga sehingga dapat memfasilitasi kebutuhan lansia yang mengalami hipertensi. Maka tugas keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi dengan baik dapat membuat status kesehatan lansia menjadi lebih baik.

6.1.5 Hubungan tugas keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang tugas keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada

aggregate lansia dengan hipertensi ($p = 0,143$), meskipun tidak ada hubungan namun terlihat bahwa keluarga yang baik dalam memodifikasi lingkungan menunjukkan status kesehatan lansia baik (57,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan memiliki lansia dengan status kesehatan baik (44,7%) bahkan keluarga yang baik dalam memodifikasi lingkungan mempunyai peluang 1,67 kali dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan lansia dengan hipertensi maka akan meningkatkan status kesehatan pada lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan emosional dan penghargaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan ada hubungan antara dukungan emosional dan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), namun penelitian ini sama dengan dua penelitian sebelumnya bahwa semakin efektif dukungan emosional dan penghargaan yang diberikan keluarga kepada lansia dengan hipertensi maka perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak efektif dalam memberikan dukungan emosional dan penghargaan (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), hal yang sama juga terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia bahwa dukungan emosional dan penghargaan yang baik diberikan oleh keluarga pada lansia maka pemenuhan nutrisi pada lansia pun lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memberikan dukungan emosional dan penghargaan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011).

Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan secara teori juga merupakan bentuk dukungan keluarga secara emosional yang memberikan rasa nyaman bagi

anggota keluarga dan membantu proses penyembuhan terhadap emosional anggota keluarga, selain itu dapat juga dilakukan dengan cara menciptakan pola komunikasi yang baik dengan lansia, memberikan pujian, menyediakan suasana yang nyaman di dalam keluarga dan mengurangi resiko cedera bagi lansia (Allender, Rector, & Warner, 2010; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya, et al., 2009). Sebuah keluarga juga ada saling ketergantungan secara emosional (Hanson, 2005 dalam Kaakinen, et al., 2010). Hasil penelitian lain pun menunjukkan bahwa suasana lingkungan yang kondusif di dalam keluarga seperti kasih sayang, perhatian, dan kenyamanan efektif terhadap lansia yang mengalami hipertensi (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011) dan peran *caregiver* atau yang merawat anggota keluarga seperti memberikan kebebasan dan tempat yang nyaman bagi lansia dapat membuat lansia dalam kondisi yang sehat (Shaibu & Wallhagen, 2002). Teori juga menunjukkan bahwa dukungan penghargaan (*appraisal support*) yang dilakukan dengan cara bimbingan dalam pemecahan masalah anggota keluarga bermanfaat dalam menyelesaikan masalah anggota keluarga tersebut (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009).

Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan mempunyai kaitan dengan peningkatan status kesehatan pada lansia yang ditandai dengan tingginya status kesehatan lansia pada keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam memodifikasi lingkungan dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan. Dukungan keluarga baik secara emosional maupun penghargaan dapat membuat lansia merasa nyaman berada di tengah keluarga sehingga status kesehatan lansia pun ikut tinggi. Selain dukungan keluarga secara emosional dan penghargaan aspek lain yang dapat membuat status kesehatan lansia menjadi baik karena lansia juga masih mampu melakukan secara mandiri berbagai aktivitas yang diperlukan lansia dan mempunyai kemampuan untuk mengatur suasana hati atau emosi dengan cukup baik seperti mengesampingkan suasana hati yang kurang baik agar tetap melakukan aktivitas dengan teliti, suasana hati selalu tenang dan damai, jarang murung dan putus asa, tetap bersosialisasi dengan

keluarga atau orang lain meskipun kondisi badan sedikit menurun atau sedang sedih. Hal tersebut menunjukkan bahwa lansia mampu mengelola kesehatan mental secara baik sehingga tidak membuat status kesehatan lansia tersebut menjadi menurun, selain itu juga ditunjang oleh berbagai kegiatan yang banyak dilakukan di tingkat kelurahan atau di tingkat RW terhadap kelompok lansia seperti rekreasi, olahraga, atau kadang-kadang mengikuti lomba di tingkat kelurahan.

Kondisi kesehatan lansia (MCS) di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta pun tampak dari hasil penelitian bahwa lansia termasuk dalam kategori baik dengan rata-rata lebih dari 65,3 (SD = 19,5) sebanyak 62,6% bahkan lebih tinggi dari standar norma US dan lebih tinggi juga dari beberapa negara seperti penelitian yang dilakukan di Australia menunjukkan bahwa rata-rata status kesehatan orang yang berusia 50 - 69 tahun (mean = 50,4) dan usia 70 tahun atau lebih (mean = 48,5) (Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002), di Utah usia 55 - 64 tahun (mean = 53,9), 65 - 74 tahun (mean = 54,8), lebih dari 75 tahun (mean = 62,6) (Utah Department of Health, 2001), lansia di enam negara di Eropa usia 75 - 79 tahun (mean = 54; SD = 9) 80 - 84 tahun (mean = 54,7; SD = 8,4), lebih dari 85 tahun (mean = 54,5; SD = 8,2) (König et al., 2010), di Cina pada orang yang tidak mengalami penyakit kronis menunjukkan mean = 50 (SD = 10) (Lam, Tse, & Gandek, 2005). Dengan demikian kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan ikut memberikan kontribusi dalam mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia.

6.1.6 Hubungan tugas keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat tentang tugas keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan tugas keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 1,000$). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keluarga yang kurang dan baik dalam menjalankan

tugas menggunakan fasilitas kesehatan di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta memiliki presentase yang hampir sama terhadap status kesehatan lansia baik, masing-masing 51,9% dan 51,4%. Meskipun presentasinya hampir sama, namun terlihat bahwa kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dapat juga berkontribusi terhadap status kesehatan lansia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental (*intrumental support*) keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan juga ada hubungan dukungan intrumental keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Kecamatan Koja Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011) karena secara teori bahwa kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan juga merupakan dukungan intrumental karena sebagai bentuk konkrit bantuan keluarga kepada anggota keluarga dalam bentuk finansial memfasilitasi anggota keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan (*health care*) yang ada di masyarakat atau komunitas (Childs, Goldstein, & Wangdui, 2011; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009). Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa keluarga yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat seperti puskesmas efektif untuk pengendalian hipertensi pada lansia karena puskesmas melaksanakan program promosi kesehatan (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011).

Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan tetap mempunyai kaitan dengan baik atau kurangnya status kesehatan pada lansia yang ditandai presentase yang hampir sama antara keluarga yang menggunakan fasilitas kesehatan dengan yang kurang dalam menggunakan fasilitas kesehatan. aspek lain juga yang ikut berkontribusi dalam baik atau kurangnya status kesehatan lansia yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia yaitu lansia dapat melakukan aktivitas fisik secara mandiri untuk menjangkau pelayanan kesehatan tanpa bantuan atau fasilitasi dari keluarga.

Lansia masih dapat melakukan kegiatan yang ringan dan berat sekalipun yang ditandai dengan dalam kondisi fisik yang kurang lansia masih menyatakan hanya sedikit terbatas dalam melakukan aktivitas dan hasil kerja lansia pun tetap sesuai dengan yang diharapkan. Hal tersebut lebih konkrit lagi dengan hasil status kesehatan fisik lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebanyak 54,6% lebih dari rata-rata 59,6 (SD = 18) termasuk dalam kategori baik.

Kondisi tersebut bahkan lebih tinggi dari standar norma PCS US dan lebih tinggi juga dari beberapa negara seperti penelitian yang dilakukan di Australia menunjukkan bahwa rata-rata status kesehatan orang yang berusia 50 - 69 tahun (mean = 48,3) dan usia 70 tahun atau lebih (mean = 45,9) (Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002), di Utah usia 55 - 64 tahun (mean = 47,1), 65 - 74 tahun (mean = 44,9), lebih dari 75 tahun (mean = 40,8) (Utah Department of Health, 2001), lansia di enam negara di Eropa usia 75 - 79 tahun (mean = 42,8; SD = 10,8), 80 - 84 tahun (mean = 41,2; SD = 10,9), lebih dari 85 tahun (mean = 39,0; SD = 10,5) (König et al., 2010), di Cina pada orang yang tidak mengalami penyakit kronik mean = 50 (SD = 10) (Lam, Tse, & Gandek, 2005) didukung juga oleh berbagai kegiatan yang difasilitasi oleh pemerintah dalam bentuk pelayanan kesehatan bagi lansia di tatanan menengah seperti di tingkat puskesmas dan masyarakat. Di tingkat puskesmas yaitu terdapat pelayanan khusus bagi lansia dan ditunjang juga oleh Puskesmas Jetis yang termasuk dalam Puskesmas Santun Lansia yang secara teori bahwa program kegiatannya mencakup peningkatan dan pemantapan upaya pelayanan kesehatan lanjut usia di sarana pelayanan kesehatan dasar, peningkatan upaya rujukan kesehatan bagi lanjut usia, penyuluhan dan penyebarluasan informasi kesehatan bagi lanjut usia, perawatan kesehatan bagi lanjut usia dan keluarga di rumah (*home care*), peningkatan pemberdayaan masyarakat melalui kelompok lanjut usia dan pengembangan lembaga tempat perawatan bagi lanjut usia (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010a). Selain itu Puskesmas Jetis juga telah melakukan pembinaan kepada kelompok lanjut usia di wilayah Kecamatan Jetis sehingga status kesehatan lansia juga baik meskipun keluarga kurang dalam menggunakan fasilitas kesehatan untuk kebutuhan lansia.

Hasil kutipan wawancara singkat dengan Kepala Bidang Promosi Pengembangan Kesehatan, Surveilens, dan Sistem Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2012 (25 Mei 2012 pukul 11.00 WIB) bahwa pelayanan yang diberikan kepada kelompok lansia dalam bentuk promosi kesehatan selalu dilaksanakan secara berkelanjutan. Kondisi tersebut juga terjadi karena lansia dapat melakukan secara mandiri dalam melakukan pengontrolan ke pelayanan kesehatan dan lansia juga mampu menentukan dengan baik harus ke pelayanan sesuai ketika mengalami masalah yang berkaitan dengan kondisi fisik. Pelayanan kesehatan yang sering dilaksanakan setiap bulan pada masing-masing RW juga membuat lansia sangat mudah mengakses pelayanan tersebut meskipun yang dilakukan di posyandu lansia berupa pemeriksaan seperti pemeriksaan tekanan darah dan penimbangan berat badan.

Akses pelayanan kesehatan juga perlu didukung oleh penghasilan yang memadai. Jika keluarga yang mempunyai penghasilan yang kurang maka akan mengalami kesulitan dalam membantu anggota keluarga secara finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga dapat juga mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga. Dengan demikian tampak bahwa kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan juga berkontribusi dalam membuat status kesehatan lansia menjadi lebih baik.

6.1.7 Hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis bivariat terhadap secara menyeluruh tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 menunjukkan ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,009$) dan keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga mempunyai peluang 12,03 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menjadi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga, hal tersebut

menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai kemampuan baik dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga memberikan kontribusi yang baik terhadap meningkatnya status kesehatan lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian yang dilakukan pada lansia di Puskesmas Srandol Kota Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi (Suhadi, Wiarsih, & Widyatuti, 2011) dan juga penelitian lain dilakukan pada keluarga dengan lansia hipertensi di Koja Jakarta Utara menunjukkan ada hubungan dukungan informasi, penghargaan, emosional, dan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Secara teori menunjukkan bahwa kesehatan anggota keluarga sangat dipengaruhi juga oleh kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup lima tugas yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan (Maglaya et. al., 2009) karena di dalam tugas-tugas tersebut pun tertuang makna bahwa keluarga memberikan motivasi, kebebasan, serta perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri bagi anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Keluarga pun mempunyai peran dalam memberikan dukungan terhadap anggota keluarga baik dukungan informasi, penghargaan, emosional, maupun instrumental (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Keluarga juga merupakan unit dasar dalam mengembangkan, mengatur, dan menjalankan perilaku kesehatan yang meliputi nilai kesehatan, kebiasaan hidup sehat, dan persepsi terhadap kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Keluarga juga merupakan tempat bagi anggota keluarga memperoleh perawatan sepanjang kehidupan setiap anggota keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005). Nightingale, *et al.*, (dalam Stanhope & Lancaster, 2004), juga menyatakan bahwa keluarga mempunyai peranan penting dalam kesehatan individu dalam keluarga dan komunitas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya mengenai dukungan keluarga merupakan integrasi dari pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga. Dukungan keluarga yang baik atau efektif berupa dukungan informasional, penghargaan, emosional, dan instrumental dapat memberikan kontribusi bagi lansia dalam kepatuhan dan pengendalian terhadap hipertensi. Hal yang sama pun akan terjadi ketika keluarga mampu melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup keluarga mampu mengenal masalah hipertensi, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat, keluarga mampu memodifikasi lingkungan dan keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan bagi lansia dengan hipertensi maka status kesehatan lansia dengan hipertensi pun akan baik.

Pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga tentu perlu didukung oleh tingkat pendidikan dan penghasilan yang dimiliki oleh keluarga karena dengan pendidikan dan penghasilan yang memadai dapat membantu keluarga dalam melaksanakan lima tugas yang terdapat dalam tugas perawatan kesehatan keluarga secara optimal. Optimalisasi pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga akan memberikan kontribusi yang besar terhadap status kesehatan lansia dengan hipertensi terutama ke arah status kesehatan yang positif (baik). Hal tersebut pun tampak dari hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan dengan baik maka status kesehatan lansia dengan hipertensi pun ikut tinggi bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga, hal yang sama pun pada penelitian yang dilakukan pada lansia di Puskesmas Srandol Kota Semarang yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kuat akan membuat lansia lebih patuh dalam perawatan hipertensi bila dibandingkan dengan dukungan keluarga yang kurang (Suhadi, Wiarsih, & Widyatuti, 2011) sehingga dampaknya yaitu status kesehatan pada lansia dengan hipertensi pun menjadi baik.

Status kesehatan lansia di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta termasuk dalam kategori baik juga didukung oleh tingkat kemandirian yang dimiliki lansia baik

secara fisik maupun mental. Hal tersebut sangat konkrit dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi termasuk dalam kategori baik (75,5%) bila dibandingkan dengan standar norma US. Status kesehatan lansia juga baik ditandai dengan lansia secara fisik (69,3%) dan mental (73%) termasuk dalam kategori baik bila dibandingkan dengan standar US. Hal ini disebabkan karena lansia mampu mengelola situasi dan kondisi yang terjadi terkait dengan perubahan dan masalah kesehatan yang dialami saat ini.

Faktor lain yang berkontribusi terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu adanya tingkat keterlibatan lansia dalam mengikuti berbagai kegiatan yang ada di masyarakat diantaranya kegiatan lansia (posyandu lansia) baik di tingkat RW maupun kelurahan, dan juga berbagai kegiatan yang dilakukan di tingkat kecamatan, adanya Puskesmas Santun Lansia dan Puskesmas Jetis menjadi salah satu Puskesmas Santun Lansia, dan program dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta terhadap kesehatan lansia. Dengan demikian status kesehatan lansia dengan hipertensi menjadi baik karena pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dan didukung juga oleh berbagai kegiatan seperti posyandu lansia, senam lansia, lomba antar kelompok lansia, dan rekreasi yang dapat bermanfaat bagi peningkatan status kesehatan lansia.

6.1.8 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

Hasil analisis terhadap faktor yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta diperoleh bahwa ada tujuh variabel independen yang secara substansi dan statistik mempunyai hubungan sehingga dilakukan uji statistik secara multivariat dengan regresi logistik berganda. Hasil uji regresi logistik berganda diperoleh nilai OR (*Odd ratio/Exp B*) yang paling tinggi yaitu variabel pendidikan yang dikontrol dengan variabel penghasilan, tugas keluarga mengenal masalah hipertensi, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan. Jadi variabel yang paling berhubungan dengan status

kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu pendidikan dengan OR = 3,23 (CI 95%: 1,22 – 8,52). Pendidikan mempunyai peluang 3,23 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia baik dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan menengah dan variabel lainnya.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa variabel dukungan informasi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Kecamatan Kota Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Hasil penelitian lain juga mengenai status kesehatan lansia di enam negara di Eropa menunjukkan bahwa variabel lamanya pendidikan merupakan variabel kedua yang paling dominan mempengaruhi status kesehatan lansia (König et al., 2010), hal tersebut sesuai dengan teori bahwa tingkat pendidikan yang tinggi dapat membuat keluarga mempunyai tingkat pemahaman yang cukup tinggi untuk melakukan intervensi yang efektif terhadap masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga yang bermanfaat untuk mengurangi kesenjangan masalah kesehatan di dalam keluarga (Chen & Paterson, 2006). Sebagai contoh ketika di dalam keluarga mempunyai lansia yang mengalami masalah hipertensi maka dengan mempunyai pendidikan yang tinggi yang berdampak pada kemampuan pemahaman yang baik akan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami masalah dan melakukan intervensi atau perawatan lebih dikhususkan pada anggota keluarga yang berisiko tinggi (*high risk*) seperti lansia (Chen & Paterson, 2006) terutama lansia yang mengalami hipertensi yang merupakan kelompok rentan (Maurer & Smith, 2005).

Hasil analisis secara statistik juga menunjukkan bahwa selain pendidikan tugas perawatan kesehatan keluarga yang ikut berperan dalam meningkatkan status kesehatan lansia yaitu kemampuan keluarga memutuskan dan merawat anggota keluarga. Secara teori bahwa pelaksanaan tugas perawatan kesehatan mencakup keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan, keluarga merawat, keluarga memodifikasi lingkungan dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan (Maglaya, et al., 2009), namun secara analisis statistik hanya tugas

keluarga mengenal masalah, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini dengan dua hasil penelitian sebelumnya sesuai dengan pendapat para ahli bahwa pendidikan juga mempunyai hubungan yang cukup signifikan terhadap status kesehatan lansia, meskipun penelitian Herlina, Wiarsih, dan Rekawati (2011) menyatakan bahwa yang paling dominan yaitu dukungan informasional namun dukungan tersebut sebagai implikasi dari tingkat pendidikan (lamanya pendidikan) yang dimiliki oleh keluarga yaitu keluarga mempunyai pendidikan yang tinggi tentu dapat mengeksplorasi berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan dan dapat menyebarkan atau memberitahu informasi yang diperoleh kepada anggota keluarga sehingga status kesehatan anggota keluarga (lansia dengan hipertensi) pun menjadi lebih baik. Pendidikan tinggi yang dimiliki oleh keluarga pun seharusnya dapat dengan mudah membuat keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan menggunakan fasilitas kesehatan. Dengan demikian tingkat pendidikan yang tinggi atau lamanya pendidikan menjadi faktor yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.

6.2 Keterbatasan Penelitian

- 6.2.1** Keterbatasan penelitian yang dilakukan yaitu kriteria inklusi lansia yang dibuat oleh peneliti kurang spesifik karena lansia yang menjadi responden penelitian adalah kelompok lansia yang rata-rata masih mandiri dalam melakukan berbagai aktivitas sehari-hari sehingga kurang tampak adanya hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan lansia.
- 6.2.2** Alat ukur yang digunakan untuk mengukur status kesehatan lansia merupakan hasil terjemahan dari bahasa asing dan peneliti lebih banyak menggunakan bahasa yang formal sehingga terkadang sulit dimengerti oleh responden lansia.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini memberikan gambaran tentang status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi, karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi yang mencakup pendidikan dan penghasilan, dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup tugas keluarga mengenal masalah kesehatan hipertensi, tugas keluarga membuat keputusan, tugas keluarga merawat anggota keluarga (lansia dengan hipertensi), tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Ternyata status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi sebagian besar termasuk dalam kategori baik dari aspek fisik maupun mental sehingga implikasinya dari aspek fisik yaitu perlu secara berlanjut melaksanakan kegiatan fisik yang dapat memberikan dampak positif pada kekuatan fisik lansia seperti kegiatan senam lansia, olahraga pagi atau jalan pagi, melakukan kegiatan yang ringan atau yang sesuai dengan kemampuan fisik lansia sehingga kesehatan fisik lansia pun tetap terjaga dengan baik sedangkan aspek kesehatan mental pada lansia implikasinya berupa melaksanakan kegiatan seperti rekreasi, pertemuan bulanan para lansia, memperdalam ibadah dan agama, melakukan komunikasi dengan anggota keluarga atau orang lain.

Karakteristik keluarga yang ditandai dengan status sosioekonomi keluarga meliputi pendidikan dan penghasilan. Tingkat pendidikan dan penghasilan keluarga dapat saling mendukung dalam meningkatkan status kesehatan anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi. Tingkat pendidikan dan penghasilan yang memadai dapat membantu keluarga dalam melakukan pencegahan dan penanganan terhadap masalah hipertensi pada lansia antara lain membantu pemahaman keluarga terhadap masalah kesehatan terutama masalah hipertensi pada lansia, membantu keluarga dalam menentukan perawatan yang sesuai bagi lansia yang mengalami hipertensi, membantu keluarga dalam menentukan cara mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masalah hipertensi. Semua kondisi tersebut tentu perlu dukungan dari penghasilan keluarga. Bagi keluarga yang tingkat pendidikan menengah serta berpenghasilan kurang maka pelayanan keperawatan memfasilitasi keluarga dengan melakukan

berbagai promosi kesehatan yang berkaitan dengan masalah hipertensi pada lansia di dalam keluarga serta mengakses pelayanan kesehatan lansia di posyandu lansia atau puskesmas karena biayanya cukup terjangkau.

Tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup keluarga mengenal masalah kesehatan hipertensi, keluarga membuat keputusan, keluarga merawat anggota keluarga (lansia dengan hipertensi), keluarga memodifikasi lingkungan, dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Tugas perawatan kesehatan keluarga tersebut mengandung makna tahapan peran atau fungsi keluarga dalam memberikan perawatan bagi anggota keluarga khususnya lansia dengan hipertensi. Sebagai tahap awal yaitu keluarga perlu mengenal masalah hipertensi seperti pengertian hipertensi, penyebab hipertensi, tanda-tanda hipertensi, faktor risiko hipertensi. Tahap yang kedua yaitu keluarga mengambil keputusan yaitu dengan mengetahui akibat lanjut dari hipertensi ketika tidak diberi perawatan seperti penyakit jantung, stroke, sakit ginjal, bahkan mengakibatkan kematian. Setelah mengetahui akibat lanjut dari hipertensi keluarga mengetahui berbagai tindakan yang perlu dilakukan untuk pengelolaan pada lansia yang mengalami hipertensi serta mengetahui dampak positif dan pengelolaan tersebut.

Tahap yang ketiga yaitu keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi dengan melakukan secara konkrit tindakan yang diperlukan untuk pencegahan maupun penanganan secara langsung lansia yang mengalami hipertensi. Tahap yang keempat yaitu keluarga memodifikasi lingkungan dengan menciptakan suasana yang kondusif di dalam keluarga untuk mencegah masalah yang berkaitan dengan status emosi dan mencegah resiko cedera bagi lansia dan tahap kelima yaitu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan sebagai upaya pencegahan dan penanganan terhadap lansia yang mengalami hipertensi. Seluruh tugas perawatan kesehatan tersebut akan bermanfaat secara optimal jika semuanya dilakukan sebagai bentuk dukungan keluarga bagi anggota keluarga yang mengalami masalah khususnya lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa variabel yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu variabel pendidikan. Hal tersebut dapat menjadi acuan bagi pelaksanaan asuhan keperawatan baik keluarga maupun komunitas untuk memperhatikan pendidikan keluarga. Perhatian perawat tidak hanya pada pendidikan formal saja tetapi perlu memperhatikan pendidikan informal dengan cara melakukan penyuluhan kesehatan, mendemonstrasikan perawatan bagi anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi, dan memfasilitasi keluarga agar lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dapat menjadi acuan bagi pelayanan kesehatan untuk mencegah dan melakukan penanganan terhadap masalah hipertensi dengan pendekatan tugas perawatan kesehatan keluarga.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Bagian kesimpulan akan menjelaskan tentang hasil penelitian secara ringkas dan saran berisi penjelasan mengenai situasi atau kondisi yang perlu diperhatikan lebih lanjut oleh berbagai pihak yang berkaitan dengan hasil dan pembahasan penelitian.

7.1 Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

- 7.1.1 Status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebagian besar tergolong baik.
- 7.1.2 Karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi mencakup pendidikan sebagian besar tergolong pendidikan menengah sedangkan penghasilan keluarga persentasenya hampir sama antara kurang dan baik di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta
- 7.1.3 Tugas perawatan kesehatan keluarga meliputi keluarga mengenal masalah kesehatan sebagian besar baik, keluarga mengambil keputusan yang tepat sebagian besar baik, keluarga merawat anggota keluarga sebagian besar baik, keluarga memodifikasi lingkungan sebagian besar baik, serta keluarga menggunakan fasilitas kesehatan sebagian besar juga baik, dan secara menyeluruh pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebagian besar juga baik.
- 7.1.4 Ada hubungan karakteristik keluarga yaitu status sosioekonomi yang mencakup pendidikan dan penghasilan dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.
- 7.1.5 Ada hubungan pendidikan dan penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dan ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Pendidikan yang tinggi yang dimiliki oleh keluarga mempunyai potensi

besar dalam meningkatkan status kesehatan bagi anggota keluarga terutama lansia dengan hipertensi dan juga dengan penghasilan yang memadai atau baik dapat dialokasikan untuk kepentingan kesehatan sehingga status kesehatan lansia pun menjadi semakin baik.

- 7.1.6** Ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: mengenal masalah kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi memberikan dampak positif bagi status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.
- 7.1.7** Tidak ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: mengambil keputusan yang tepat dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta, namun kemampuan keluarga yang baik dalam merawat lansia dengan hipertensi dapat membuat status kesehatan lansia tetap baik dan didukung juga oleh adanya pelayanan kesehatan yang telah sampai di tingkat kelompok kecil yaitu di tingkat RW dan kegiatan dilaksanakan secara reguler.
- 7.1.8** Tidak ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Kemampuan keluarga merawat lansia dengan hipertensi didukung oleh tingkat pendidikan keluarga yang tinggi, keluarga mengenal masalah hipertensi, dan keluarga mempunyai penghasilan yang baik dapat membuat status kesehatan lansia dengan hipertensi menjadi lebih baik.
- 7.1.9** Tidak ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Dengan demikian kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan ikut memberikan kontribusi dalam mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia.
- 7.1.10** Tidak ada hubungan tugas perawatan kesehatan keluarga: menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta, namun kemampuan

keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan ikut memberikan kontribusi terhadap status kesehatan lansia yang baik.

- 7.1.11** Ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Dengan demikian status kesehatan lansia dengan hipertensi akan baik dengan adanya pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dan didukung oleh berbagai kegiatan yang ada di masyarakat yang bermanfaat bagi peningkatan status kesehatan lansia seperti posyandu lansia, senam lansia, lomba antar kelompok lansia, dan rekreasi.
- 7.1.12** Faktor yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu variabel pendidikan keluarga dan pendidikan keluarga yang baik mempunyai peluang 3,23 kali dalam meningkatkan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta. Dengan demikian tingkat pendidikan yang tinggi atau lamanya pendidikan menjadi faktor yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi dinas kesehatan dan puskesmas

- 7.1.1.1 Sesuai dengan sasaran deteksi dini faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah tahun 2010 – 2014 maka:
- a. Dinas kesehatan kabupaten/kota sudah mulai melaksanakan deteksi dini faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah
 - b. Puskesmas ikut dalam melaksanakan deteksi dini faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah
 - c. Puskesmas mengidentifikasi 80% pasien hipertensi yang ditemukan terkontrol tekanan darahnya.
- 7.1.2.1 Dinas kesehatan membuat kebijakan bagi perkesmas untuk melaksanakan peran perkesmas secara optimal

7.1.3.1 Pihak puskesmas memberikan tugas kepada perkesmas sesuai dengan peran perkesmas dan memberikan banyak waktu bagi perkesmas untuk melakukan supervisi ke keluarga atau masyarakat.

7.2.2 Bagi perawat kesehatan masyarakat

- a. Dengan adanya indikator proses perkesmas seperti ada rencana asuhan keperawatan pada setiap klien maka diharapkan perkesmas mempunyai keluarga binaan dengan masalah hipertensi pada lansia sehingga penanganan yang dilakukan pada lansia dengan hipertensi secara komprehensif dengan melibatkan keluarga sebagai mitra kerja.
- b. Mempunyai target terhadap keluarga binaan untuk mampu melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga terhadap lansia yang mengalami hipertensi.
- c. Memfasilitasi keluarga binaan yang berpenghasilan kurang untuk memanfaatkan pelayanan usia lanjut secara rutin di posyandu lansia (posbindu) atau puskesmas.
- d. Melakukan pelatihan bagi kader atau masyarakat tentang masalah hipertensi pada lansia dengan pendekatan tugas perawatan kesehatan keluarga yang meliputi mengenal masalah hipertensi, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga dengan hipertensi, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan fasilitas kesehatan.

7.2.3 Bagi ilmu keperawatan keluarga dan komunitas

- a. Melakukan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif dengan pendekatan tugas perawatan kesehatan keluarga.
- b. Mengembangkan pembentukan kelompok pendukung atau *support group* yang beranggotakan keluarga dari lansia yang mengalami hipertensi untuk meningkatkan peran keluarga dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga.
- c. Mengembangkan *support group* bagi kader untuk menjadi mitra dalam membantu keluarga dan lansia dalam meningkatkan status kesehatan anggota keluarga yaitu lansia dengan hipertensi.

- d. Pembentukan *self help group* bagi lansia agar tetap mempertahankan kondisi kesehatan baik fisik maupun mental sehingga status kesehatan lansia dengan hipertensi tetap baik.
- e. Melakukan kolaborasi dengan pihak terkait seperti dinas kesehatan, puskesmas, pihak kecamatan, kelurahan, atau RW dalam pengembangan dan pelatihan kelompok pendukung atau *support group* baik keluarga maupun anggota masyarakat bagi peningkatan status kesehatan lansia dengan hipertensi di masyarakat.

7.2.4 Bagi keluarga

- a. Keluarga perlu mengetahui secara mendalam masalah hipertensi pada lansia seperti tanda dan gejala hipertensi, penyebab hipertensi, faktor risiko hipertensi, akibat lanjut dari hipertensi ketika tidak diberi perawatan, dan cara merawat lansia dengan hipertensi.
- b. Keluarga memperhatikan dan mengatur pola diet lansia seperti hindari makan makanan asin setiap hari (seperti telur asin, ikan asin, sayun asin, kecap asin, kripik kentang, keju, daging kaleng, saos tomat/cabe), makanan berlemak (seperti sate, makanan gorengan, kulit ayam/bebek, kambing, jeroan, masakan bersantan, kuning telur, dan lain-lain).
- c. Keluarga membantu lansia dalam mengatur jadwal kegiatan atau aktivitas yang dapat menambah kekuatan fisik lansia serta memberikan dukungan bagi lansia untuk mengikuti kegiatan yang ada di dalam kelompok lansia baik di tingkat RW maupun kelurahan.
- d. Mengingatkan lansia untuk melakukan aktivitas yang ringan saja atau yang sesuai dengan kemampuan tanpa harus mengejar target.
- e. Membantu dalam pengaturan pengobatan yang dijalankan oleh lansia yang berkaitan dengan masalah hipertensi.
- f. Menciptakan suasana yang harmonis di dalam keluarga dengan melakukan komunikasi yang baik dengan lansia dan memberikan kebebasan bagi lansia untuk menentukan sendiri kegiatan atau keinginannya tanpa harus ada campur tangan dari keluarga yang dapat membuat suasana hati lansia menjadi tidak nyaman.

- g. Keluarga segera mengantar lansia ke pelayanan kesehatan ketika muncul tanda-tanda baru di dalam diri lansia yang membuat keluarga dan lansia kebingungan.
- h. Keluarga menganjurkan dan mendampingi lansia untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah dan menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan secara rutin sehingga lansia merasa diperhatikan oleh keluarga.

7.2.5 Bagi kader dan masyarakat

- a. Memberikan dukungan bagi lansia untuk tetap mengikuti kegiatan lansia seperti posyandu dan kegiatan lain untuk meningkatkan status kesehatan lansia dan juga membantu tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi bagi keluarga tentang masalah kesehatan.
- b. Pelaksanaan senam lansia di tingkat kelompok baik tingkat RW maupun kelurahan perlu diatur sebagai kegiatan yang rutin dilakukan oleh kelompok lansia.

7.2.6 Bagi peneliti keperawatan

- a. Peneliti keperawatan lainnya perlu melakukan penelitian kualitatif mengenai pengalaman keluarga tentang tugas perawatan kesehatan keluarga yang dilakukan oleh keluarga terhadap lansia yang mengalami hipertensi untuk mengetahui sejauhmana keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga.
- b. Peneliti keperawatan lainnya melakukan penelitian tentang persepsi lansia terhadap pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga.
- c. Peneliti keperawatan melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan karakteristik keluarga yang mencakup umur, tipe keluarga, tahap keluarga, dan budaya keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.
- d. Peneliti keperawatan melakukan penelitian lebih lanjut mengenai analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (2000). *Community As Partner: Theory And Practice In Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (2011). *Community as partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, M. A. (2007). *Caring for Older Adults Holistically*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ayranci, U., & Ozdag, N. (2006). Health of Elderly: Importance of Nursing and Family Medicine Care. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*, 1.
- Bentur, N., & King, Y. (2010). The challenge of validating SF-12 for its use with community-dwelling elderly in Israel. *Quality of Life Research*, 19(1), 91-95.
- Biro Hukum dan Humas BPKP. (1998). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Retrieved from www.bpkp.go.id/uu/filedownload/2/45/438.bpkp.
- Biro Hukum dan Humas BPKP. (2004). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia*. Retrieved from www.bpkp.go.id/uu/filedownload/4/61/968.bpkp.
- Bittikaka, F., Sahar, J., & Mustikasari. (2011). *Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.
- Blois, K. K., Hayes, J. S., Kozier, B., & Erb, G. (2006). *Praktik Keperawatam Profesional: Konsep & Perspektif*. Jakarta: EGC.
- Bornoa, Y., Engstrom, G., Essen, B., & Hedblad, B. (2012). Immigrant status and increased risk of heart failure: the role of hypertension and life-style risk factors. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(1), n/a-20.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis Missouri: Saunders Elsevier.

- Carmody, S., & Forster, S. (2003). *Aged Care Nursing: A Guide to Practice*. San Francisco: Ausmed Publications.
- Casiglia, E., Tikhonoff, V. r., & Pessina, A. C. (2009). Hypertension in the elderly and the very old. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 7(6), 659-665.
- Chen, E., & Paterson, L. Q. (2006). Neighborhood, Family, and Subjective Socioeconomic Status: How Do They Relate to Adolescent Health? *Health Psychology*, 25(6), 704 - 714.
- Childs, G., Goldstein, M. C., & Wangdui, P. (2011). Externally-Resident Daughters, Social Capital, and Support for the Elderly in Rural Tibet. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(1), 1-22.
- Conger, R. D., Conger, K. J., & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 685-704.
- Crimmins, E. (2004). Inequality In Aging Leads To Equality At Older Age: Chronological Age And Biological Risk. *The Gerontologist*, 44(1), 191-191.
- Cronin, J., Livhits, M., Mercado, C., Chen, F., Foster, N., Chandler, C., et al. (2011). Quality Improvement Pilot Program for Vulnerable Elderly Surgical Patients. *The American Surgeon*, 77(10), 1305-1308.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. (2008). *Profil Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta Tahun 2008*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. (2009). *Profil Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta Tahun 2008*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. (2010). *Profil Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta Tahun 2009*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta.
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fischer, M. J. (2009). Hypertension treatment and management concerns in the elderly. *Aging Health*, 5(5), 683-699.

- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*, 26, 105-134.
- Hadjineophytou, S. (2012). *The relationship between family socioeconomic status, parental marital status, parenting styles, parental involvement, bidialectalism, and understanding poetry*. Saint Louis University, United States -- Missouri.
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2005). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: Davis Company.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Herlinah, L., Wiarsih, W., & Rekawati, E. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi Di Kecamatan Koja Jakarta Utara*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok - Indonesia.
- Hidayati, R. N., Sahar, J., & Hariyati, T. S. (2011). *Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga Dan Anak Status Gizi Balita Pancoran Mas*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.
- Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
- Jang, S.-N., Choi, Y.-J., & Kim, D.-H. (2009). Association Of Socioeconomic Status With Successful Ageing: Differences In The Components Of Successful Ageing. *Journal of Biosocial Science*, 41(2), 207-219.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., et al. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health Medicine*, 19(4), 179-186.
- Kementrian Kesehatan Indonesia Republik Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia Republik Indonesia.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice And Research*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010a). *Aksesibilitas Dan Kemudahan Dalam Penggunaan Sarana Dan Prasarana*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.

- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010b). *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010c). *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- König, H.-H., Heider, D., Lehnert, T., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer, M. C., Matschinger, H., et al. (2010). Health status of the advanced elderly in six european countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 143.
- Kota Yogyakarta. *Profil Kabupaten/Kota*. Yogyakarta: Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Kraus, S. R., Bavendam, T., Brake, T., & Griebing, T. L. Vulnerable Elderly Patients and Overactive Bladder Syndrome. *Drugs & Aging*, 27(9), 697-713.
- Lam, C. L., Tse, E. Y., & Gandek, B. (2005). Is the standard SF-12 Health Survey valid and equivalent for a Chinese population? *Quality of Life Research*, 14(2), 539-547.
- Lee, J. K. (2008). *The family characteristics, parenting methods, and parental education philosophies, experiences, and expectations of Hmong parents and children*. Capella University, United States -- Minnesota.
- Leonard, L. G. (1998). Primary health care and partnerships: Collaboration of a community agency, health department, and university nursing program. *Journal of Nursing Education*, 37(3), 144-148.
- Lim, L. L. y., & Fisher, J. D. (1999). Use of the 12-item Short-Form (SF-12) Health Survey in an Australian heart and stroke population. *Quality of Life Research*, 8(1-2), 1-8.
- Ma, Y. (2009). Family Socioeconomic Status, Parental Involvement, and College Major Choices--Gender, Race/Ethnic, and Nativity Patterns. *Sociological Perspectives*, 52(2), 211-234.
- Maglaya, A. S., Cruz-Earnshaw, R. G., Pambid-Dones, L. B. L., Maglaya, M. C. S., Lao-Nario, M. B. T., & Leon, W. O. U.-D. (2009). *Nursing Practice in the Community*. Marikina: Argonauta Corporation.
- Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2003). What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. *School Psychology Quarterly*, 18(3), 231-252.
- Martin, C. R., & R.Thompson, D. (2000). *Design and Analysis of Clinical Nursing Research Studies*. London: Routledge.

- Martono, H. (2011). Lanjut Usia dan Dampak Sistemik Dalam Siklus Kehidupan. Retrieved 08 Mei, 2011, from <http://www.komnaslansia.or.id/modules.php?name=News&file=article&sid=63&mode=thread&order=0&thold=0>
- Mauk, K. L. (2006). *Gerontological Nursing: Competencies For Care*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- Maurer, F. A., & Smith, C. M. (2005). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Maurischat, C., Herschbach, P., Peters, A., & Bullinger, M. (2008). Factorial validity of the Short Form 12 (SF-12) in patients with diabetes mellitus. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 50(1), 7-20.
- McHorney, C. A. (1996). Measuring and monitoring general health status in elderly persons: Practical and methodological issues in using the SF-36 Health Survey. *The Gerontologist*, 36(5), 571-571.
- Meirina, Sahar, J., & Rekawati, E. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga, Karakteristik Keluarga, Dan Lansia Dengan Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.
- Messerli, F. H., Williams, B., & Ritz, E. (2007). Essential hypertension. *The Lancet*, 370(9587), 591-603.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing Care Of Older Adults: Theory and Practice*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Palloni, A., & McEniry, M. (2007). Aging and Health Status of Elderly in Latin America and the Caribbean: Preliminary Findings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(3), 263-285.
- Pander, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramlah, Sahar, J., & Rekawaty, E. (2011). *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Dan Dukungan Keluarga Dengan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.

- Rooks, R. N., Simonsick, E. M., Miles, T., & Newman, A. (2002). The Association of Race and Socioeconomic Status With Cardiovascular Disease Indicators Among Older Adults in the Health, Aging, and Body Composition Study. *The Journals of Gerontology*, 57B(4), S247-256.
- Sahar, J. (2004). *Suporting Family Care in Carers For Older People in the Community in Indonesia*. Queensland Univercity of Technology School of Nursing Centre for Nursing Research, Brisbane --- Australia.
- Saryono. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* (4 ed.). Jakarta: Sagung Seto.
- Schmidt, J. L. (2009). *Effects of the rural environment on access to health care for elders*. Unpublished 3359089, University of Maryland, Baltimore County, United States -- Maryland.
- Schneer, J. A., & Reitman, F. (1993). Effects of alternate family structures on managerial career. *Academy of Management Journal*, 36(4), 830-830.
- Seksi Pengendalian Penyakit. (2012). *Situasi Penyakit Tidak Menular Kota Yogyakarta Tahun 2011*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.
- Shackman, G. (2001). *Sample Size and Design Effect*. Paper presented at the American Statistical Association, Albany.
- Shaibu, S., & Wallhagen, M. I. (2002). Family caregiving of the elderly in Botswana: Boundaries of culturally acceptable options and resources. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(2), 139-154.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby.
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhadi, Wiarsih, W., & Widyatuti. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia Dalam Perawatan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Sronдол Kota Semarang*. Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.
- Swanson, J. M., & Nies, M. A. (1995). *Coomunity Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates*. Philadelphia: W.B. Saunder Commpany.
- Tabloski, P. A. (2006). *Essentials Of Gerontological Nursing*. Jurong: Pearson Prentice Hall.

- Tantriyani, & Harmilah. (2012). Pengaruh Pemberian Cincau Terhadap Tekanan Darah pada Lanjut Usia yang Menderita Hipertensi Di Posyandu Lansia Desa Trimulyo Jetis Bantul. *Caring Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 1(1), 35-41.
- Utah Department of Health. (2001). Interpreting the SF-12. from http://health.utah.gov/opha/publications/2001hss/sf12/SF12_Interpreting.pdf
- Wallace, M. (2008). *Essentials of Gerontological Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Weeks, L. E., & LeBlanc, K. Housing Concerns of Vulnerable Older Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 29(3), 333-347.
- Wilson, D., Tucker, G., & Chittleborough, C. (2002). Rethinking and rescoring the SF-12. *International Journal of Public Health*, 47(3), 172-177.
- World Health Organization. (2011). *World Health Statistics 2011*: World Health Organization.

