



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI
DI POLIKLINIK RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL**

TESIS

**SADAR PRIHANDANA
1006748873**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI
DI POLIKLINIK RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**SADAR PRIHANDANA
1006748873**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK,
JULI 2012**

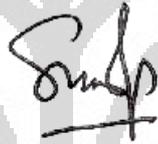
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : SADAR PRIHANDANA

NPM : 1006748873

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

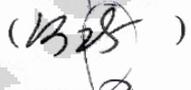
Nama : Sadar Prihandana
NPM : 1006748873
Program : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas : Universitas Indonesia
Judul Tesis : Studi fenomenologi: Pengalaman kepatuhan perawatan mandiri pada pasien hipertensi di RSI Siti Hajar Kota Tegal

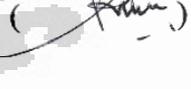
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M. Kep) pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc. ()

Pembimbing II : Tuti Herawati, S.Kp., MN. ()

Penguji I : Agung Waluyo, S.Kp., MSc., PhD. ()

Penguji II : Roswita Hasan, CVRN, Sp.KV., M.Kep. ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Studi fenomenologi: Pengalaman kepatuhan perawatan mandiri pada pasien hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari bahwa dalam proses penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan, serta do'a dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator Tesis yang telah memberikan pengarahan dalam penyusunan tesis.
3. Ibu Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App. Sc, selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis.
4. Ibu Tuti Herawati, S.Kp., MN, selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis.
5. Bapak Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., PhD, selaku Penguji I yang telah memberikan arahan dan penilaian tesis.
6. Ibu Roswita Hasan, CVRN., Sp.KV., M.Kep, selaku Penguji II yang telah memberikan arahan dan penilaian tesis.
7. Ibu dr. Pradijati, selaku Direktur RSI Siti Hajar Kota Tegal yang telah memberikan izin dan fasilitas untuk melakukan penelitian.
8. Ibu dr. Teti Yudiati beserta staff di Poliklinik yang telah memfasilitasi dengan penuh kebaikan untuk dapat meneliti di Poliklinik.

9. Ibu Wari Triasti, S.Kp, selaku Direktur Akper Pemerintah Kota Tegal dan Pemerintah Kota Tegal yang telah memberikan bantuan pendanaan pendidikan serta memberi kesempatan kepada peneliti untuk menempuh pendidikan di Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan segenap dukungannya.
10. Para partisipan yang dengan sukarela bersedia menjadi partisipan penelitian.
11. Seluruh Dosen Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan terutama Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah dan seluruh staff akademik yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis.
12. Istri tercinta Rini Pujiastuti, Ns., Ayah Abdul Rachman, SKM., Sukimo Hadiyatmono, S.Pd., Ibu Endang Werdiningsih, S.Pd., Suyati, keluarga besar dan sahabat tercinta yang telah memberikan kasih sayang tanpa pamrih, dukungan moril dan materiil, selama peneliti menempuh program pendidikan ini.
13. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan Kekhususan KMB Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, atas semua kekompakan, bantuan, dukungan dan kerjasama selama menempuh program pendidikan ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini

Peneliti menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna dan mengharapkan masukan, saran, kritik yang bersifat membangun. Semoga semua bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada peneliti mendapat balasan dari Allah SWT. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan bagi pengembangan ilmu.

Depok, 12 Juli 2012

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : SADAR PRIHANDANA
NPM : 1006748873
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul Studi fenomenologi: Pengalaman kepatuhan perawatan mandiri pada pasien hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/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 : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



Sadar Prihandana

ABSTRAK

Nama : Sadar Prihandana
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman kepatuhan perawatan mandiri pada pasien hipertensi di RSI Siti Hajar Kota Tegal

Kepatuhan pasien menjadi hal utama dalam keberhasilan perawatan mandiri pada pasien hipertensi. Penelitian menggunakan metode penelitian kualitatif dan pendekatan fenomenologi dengan hasil 6 tema, yaitu pengalaman kepatuhan kontrol, pengalaman menangani gejala dan komplikasi, pengalaman kepatuhan minum obat, pengalaman kepatuhan mengelola, kurang patuh berolahraga, dan kendala untuk patuh. Pengetahuan pasien dan peran keluarga dapat meningkatkan kepatuhan kontrol dan minum obat. Kurangnya dukungan keluarga dan aktivitas sosial partisipan merupakan kendala dalam kepatuhan terutama diet dan olahraga. Hasil penelitian berimplikasi untuk konseling hipertensi ketika pasien kontrol serta melibatkan peran anggota keluarga sebagai upaya meningkatkan kesadaran dan kepatuhan pasien hipertensi terhadap perawatan mandiri.

Kata kunci: kepatuhan, pengalaman kepatuhan, pasien hipertensi, perawatan mandiri hipertensi, pengelolaan hipertensi

ABSTRACT

Name : Sadar Prihandana
Courses : Magister of Nursing Science
Specialist : Medical Surgical Nursing
Title : Phenomenology studies: Experience of patients self-care adherence on patients with hypertension at outpatient clinic RSI Siti Hajar Kota Tegal.

Patient adherence to be the main thing in the success of self-care in patients with hypertension. Research using qualitative research methods and approaches to the phenomenology and had six themes: experience of adherence to visit, experience of dealing with the symptoms and complications, experience of adherence for taking drug, experience of adherence to manage diet, non adherence to exercise, and difficulties in implementing adherence. Knowledge of the patient and family roles could improve adherence for taking drug and visiting routine. Lack of family support and social activities of the participants were difficulties in patients adherence, especially for diet and exercise. The results had implications for counseling patients with hypertension when patients visit the hospital and involve the role of family members as an effort to improve the awareness and adherence of self-care of hypertension

Key words: adherence, self-care adherence, adherence experience, self-care of hypertension

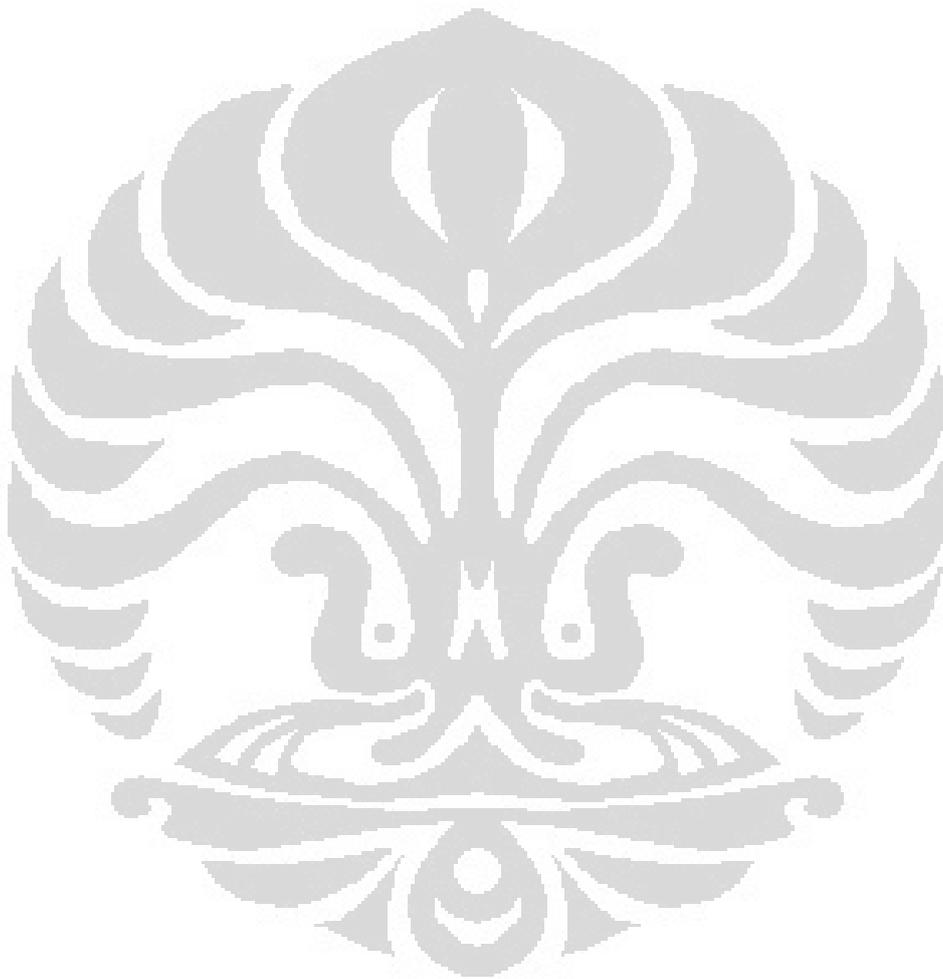
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I: PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan penelitian	8
1.4 Manfaat penelitian	8
BAB II: TINJAUAN TEORI	10
2.1 Hipertensi	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Patogenesis	13
2.1.4 Faktor risiko hipertensi	14
2.1.5 Faktor risiko penyakit kardiovaskular	17
2.1.6 Manifestasi klinis dan kerusakan organ target	18
2.2 Terapi hipertensi	19
2.2.1 Penatalaksanaan farmakoterapi	19
2.2.2 Penatalaksanaan nonfarmakoterapi	20
2.3 Kepatuhan	24
2.3.1 Pengertian	24
2.3.2 Dimensi kepatuhan	24
2.3.3 Strategi dalam peningkatan kepatuhan	26
2.4 Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi	27
2.4.1 Pengkajian	27
2.4.2 Diagnosa	28
2.4.3 Intervensi	28
2.4.4 Evaluasi	31
BAB III: METODE PENELITIAN	33
3.1 Rancangan Penelitian	33
3.2 Partisipan	33
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	34

3.4	Pertimbangan Etik	35
3.5	Alat dan Metode Pengumpulan Data	36
3.6	Prosedur Pengumpulan Data	37
3.7	Pengolahan dan Analisa Data	39
3.8	Keabsahan Data	41
BAB IV:	HASIL PENELITIAN	44
4.1	Karakteristik Partisipan	44
4.2	Analisa Tematik	44
4.2.1	Pengalaman kepatuhan melakukan kontrol	45
4.2.2	Pengalaman menangani gejala dan komplikasi	46
4.2.3	Pengalaman kepatuhan minum obat	49
4.2.4	Pengalaman kepatuhan mengelola diet	50
4.2.5	Kurang patuh melakukan olahraga	51
4.2.6	Kendala untuk patuh	52
BAB V:	PEMBAHASAN	56
5.1	Interpretasi Hasil	56
5.2	Keterbatasan Penelitian	64
5.3	Implikasi Hasil Penelitian	65
BAB VI:	SIMPULAN DAN SARAN	66
6.1	Simpulan	66
6.2	Saran	67
DAFTAR REFERENSI	69

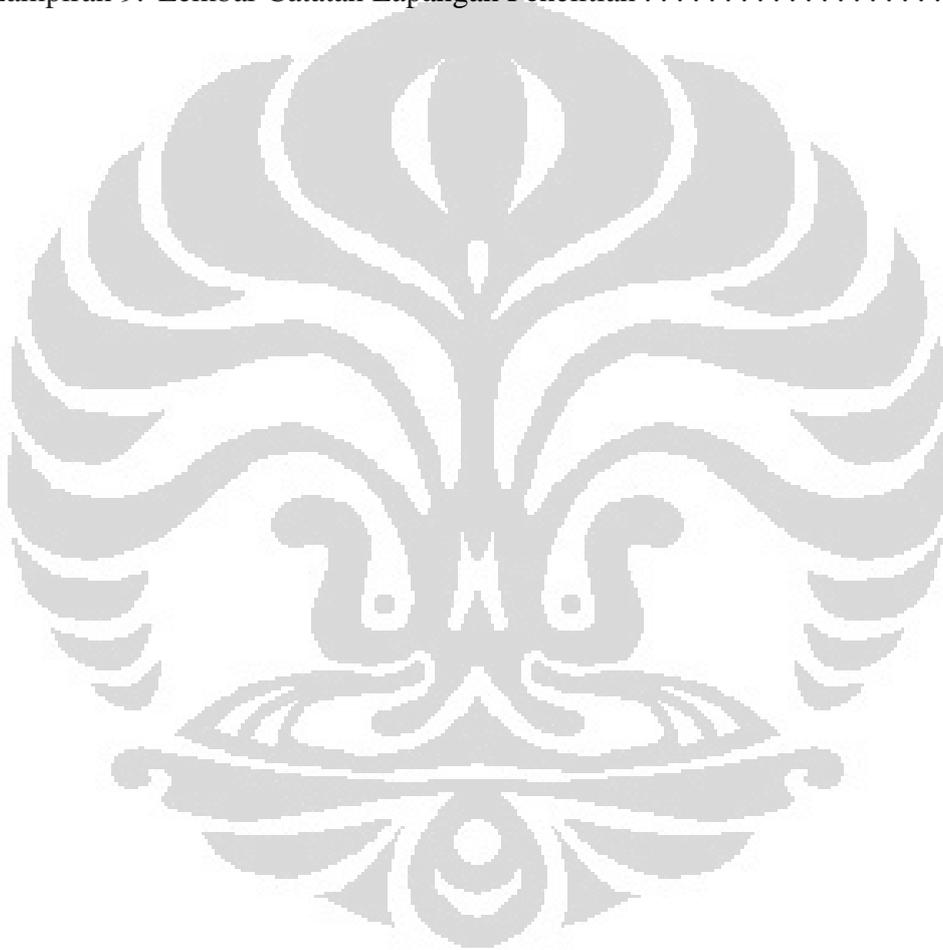
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC 7 tahun 2003.	11
-----------	---	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Analisa Transkrip Verbatim	73
Lampiran 2: Surat Permohonan Ijin Penelitian	79
Lampiran 3: Surat Keterangan Lolos Kaji Etik	80
Lampiran 4: Penjelasan Penelitian	81
Lampiran 5: Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan	83
Lampiran 6: Lembar Data Demografi	84
Lampiran 7: Pedoman Wawancara Mendalam	85
Lampiran 8: Prosedur Wawancara Pada Partisipan	86
Lampiran 9: Lembar Catatan Lapangan Penelitian	87



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dari Departemen Kesehatan RI, menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sangat tinggi, yaitu 31,7% dari total penduduk dewasa. Keadaan tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Singapura (27,3%), Thailand (22,7%), dan Malaysia (20%) (Hartono, 2011).

Fakta lain dari Riskesdas 2007, menunjukkan 23,7% penduduk usia 10 tahun ke atas merokok setiap hari. Konsumsi garam dan makanan asin di masyarakat masih tinggi, yaitu 15 gram per orang per hari, jauh dari batas maksimal yang dianjurkan yaitu 6 gram per orang per hari, dan sebanyak 24,5% masyarakat di atas usia 10 tahun mengkonsumsi makanan asin setiap hari. Sebanyak 93,6% masyarakat kurang mengkonsumsi buah dan sayuran. Riskesdas 2007 juga menunjukkan sebanyak 48,2% masyarakat kurang melakukan aktivitas fisik. Hal tersebut terjadi sebagai efek samping dari perkembangan teknologi, seperti aktivitas ke kantor dengan memakai sepeda motor atau mobil, naik ke lantai atas dengan eskalator dan lift, makan siang cukup dengan pesan antar, rekreasi digantikan dengan menonton televisi atau film di bioskop, sehingga aktivitas fisik sangat minimal. Data-data tersebut menggambarkan pola diet dan gaya hidup yang berkontribusi dalam tingginya prevalensi hipertensi di Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2008; Hartono, 2011).

Studi yang dilakukan oleh Geleijnse, Kok, dan Grobbee (2004), pada populasi di negara barat (Finlandia, Italia, Belanda, Amerika, dan Inggris) menunjukkan bahwa diet dan pola hidup mempunyai pengaruh yang tinggi dalam prevalensi terjadinya hipertensi di negara-negara tersebut. Kontributor utama tingginya prevalensi hipertensi adalah konsumsi garam yang berlebih, konsumsi kalium yang rendah, kurang beraktivitas, dan kelebihan berat badan. Berdasarkan persentase *Population Attributable Risk (PAR)*, kontribusi yang paling besar pada prevalensi hipertensi (tekanan darah di atas 140 mmHg) adalah kelebihan berat

badan (PAR 11-25%), kemudian konsumsi garam berlebih (PAR 9-17%), kurang beraktivitas (PAR 5-13%), dan kurang konsumsi kalium (PAR 4-17%) (Geleijnse et al., 2004).

Bila pasien sudah terkena hipertensi, maka akan diberikan pengobatan secara terus menerus untuk mengontrol tekanan darahnya. Hal tersebut mengakibatkan biaya pengobatan hipertensi yang tidak sedikit. Selain itu, penggunaan farmakologi terus menerus dapat menimbulkan efek samping, dan efikasi terhadap pengobatan menjadi rendah. Ketika pasien tidak berhasil mengontrol tekanan darah, akan meningkatkan risiko kasus penyakit kardiovaskular bahkan kematian (Manfredini et al., 2009). Profil Kesehatan Indonesia 2008, menunjukkan hipertensi merupakan penyebab utama kematian ketiga (6,8%) di Indonesia setelah stroke dan tuberkulosis. Setiap peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 20 mmHg dan tekanan darah diastolik 10 mmHg, akan berisiko dua kali lipat mengalami kematian karena iskemik jantung dan stroke (Chobanian et al., 2003).

Karena hal tersebut perlu penatalaksanaan yang komprehensif untuk mengontrol tekanan darah, terdiri dari minum obat antihipertensi yang teratur dan modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup direkomendasikan pada prehipertensi untuk menghindari terapi farmakologi. Pada pasien hipertensi, modifikasi gaya hidup dapat menurunkan dosis obat yang diberikan dan mengurangi risiko akibat hipertensi (Geleijnse et al., 2004; Manfredini et al., 2009).

Pentingnya modifikasi gaya hidup bagi pasien hipertensi, dipertegas dalam *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure/ JNC 7* (Chobanian et al., 2003), meskipun pasien diberikan obat antihipertensi yang adekuat dengan tidak disertai perubahan gaya hidup, maka tekanan darah tetap tidak dapat terkontrol. Modifikasi gaya hidup yang direkomendasikan dalam JNC 7 adalah penurunan berat badan, konsumsi makanan rendah lemak, konsumsi makanan rendah garam, peningkatan aktivitas fisik, serta pembatasan konsumsi alkohol. Dengan melakukan modifikasi gaya hidup seperti tersebut diatas, pasien hipertensi akan

mengalami penurunan tekanan darah yang sangat berarti, yaitu program penurunan berat badan (penurunan 5-20 mmHg/10 kg), modifikasi diet (8-14 mmHg), dan peningkatan aktivitas fisik (penurunan 4-9 mmHg) (Manfredini et al, 2009). Pelaksanaan modifikasi gaya hidup yang dilakukan oleh Rigsby, (2011) dalam proyek “*Doctorate of Nursing Practice (DNP)*,” meliputi peningkatan kesadaran dalam penanganan hipertensi, peningkatan konsumsi buah dan sayur, peningkatan aktivitas fisik, serta penurunan BMI (*Body Mass Index*). Hasilnya menunjukkan partisipan merasakan peningkatan status kesehatan dan peningkatan kemampuan dalam mengontrol tekanan darah.

Peningkatan aktivitas fisik dilakukan melalui latihan fisik yang terprogram. Hasil positif yang didapatkan adalah kerja dari terapi farmakologi akan optimal, dan kapasitas fungsional pasien juga optimal. Latihan fisik juga akan meminimalkan efek fisiologis yang merugikan dari *bed rest* maupun pola hidup *sedentary* (Pederson, 2006). Penelitian lain yang dilakukan di Malaysia kepada wanita paruh baya yang mengalami hipertensi, dengan latihan aerobik bertingkat dalam 8 minggu, menghasilkan penurunan tekanan darah sistolik (-17 mmHg, $P < 0,01$) (Aminuddin et al., 2011). Selain itu, studi yang dilakukan oleh Alparslan dan Akdemir (2010) di Australia, menunjukkan latihan relaksasi dan latihan jalan secara rutin dapat menurunkan 10,96 mmHg tekanan darah sistolik dan 7 mmHg tekanan darah diastolik.

Pada pasien hipertensi, agar tekanan darahnya tetap terkontrol dan mengurangi risiko penyakit, maka diperlukan kemampuan pasien dalam merawat dirinya secara mandiri (*self care*). Perawatan mandiri pasien menggambarkan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan pengobatan penyakit secara individu. Perawatan mandiri yang baik tergambar dari meningkatnya kepuasan pasien, meningkatnya kualitas hidup, dan mengurangi rawat inap. Komponen perawatan mandiri pasien adalah menjalani pola hidup sehat, pengobatan terhadap penyakit, pengelolaan terhadap kondisi kronis, serta perawatan setelah keluar rumah sakit (Gohar, Greenfield, Beevers, Lip, & Jolly, 2008). Perawatan mandiri yang harus dilakukan oleh pasien hipertensi meliputi meminum obat yang diresepkan,

Universitas Indonesia

mengukur tekanan darah secara teratur, memodifikasi diet, menurunkan berat badan, serta meningkatkan aktivitas (Chobanian et al., 2003; Gohar et al., 2008; Rigsby, 2011).

Untuk dapat melakukan hal tersebut, perlu kedisiplinan dan kepatuhan yang baik dari pasien terhadap perawatan mandiri, dan perawat perlu memonitor program tersebut serta mengevaluasi kepatuhan pasien. Neutel dan Smith (2003) dalam Tsiantou, Pantzou, Pavi, Koulierakis, dan Kyriopoulos (2010), menyatakan kepatuhan pengobatan terutama pada penyakit kronis adalah hal yang penting dan penyebab utama dari kegagalan pasien dalam mengontrol tekanan darah adalah ketidakpatuhan dalam melaksanakan perawatan hipertensi. Kim dan Evangelista (2010), menegaskan kepatuhan pasien yang rendah terhadap perawatan mandiri, akan mengakibatkan tujuan terapi tidak dapat tercapai.

WHO (2003), menyatakan kepatuhan yang baik berhubungan dengan peningkatan kontrol tekanan darah dan penurunan komplikasi hipertensi. Kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri hipertensi, meliputi kepatuhan terhadap pengobatan/farmakologi dan kepatuhan terhadap pola hidup yang direkomendasikan meliputi penurunan berat badan, pengurangan konsumsi garam, pengurangan konsumsi alkohol, dan peningkatan aktivitas fisik.

Tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap terapi farmakologi tergolong rendah, yaitu antara 50-70% dan lebih dari 50% pasien dengan terapi farmakologi mengalami *drop out* pada tahun pertama. Karena tingkat kepatuhan yang rendah tersebut, 75% pasien tidak mencapai kontrol tekanan darah yang optimal. Selain itu, ketidakpatuhan pasien terhadap terapi beta bloker juga akan meningkatkan komplikasi penyakit jantung koroner sebanyak 4,5 kali (WHO, 2003). Dalam studi lain, Evangelista, dalam Albert (2008), menunjukkan kepatuhan pasien hipertensi yang rendah, yaitu kepatuhan terhadap minum obat sebesar 31-58%, melakukan kontrol rutin sebesar 16-84%, dan mengikuti diet yang direkomendasikan sebesar 13-76%. Dalam studi kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien hipertensi yang dilakukan di Italia tahun 2008 didapatkan hanya 8,1%

pasien dengan kepatuhan yang tinggi, 40,5% pasien dengan kepatuhan yang sedang dan 51,4% dengan kepatuhan yang rendah, dan dengan kepatuhan yang baik akan menurunkan risiko penyakit kardiovaskular sebesar 0,62 (Mazzaglia et al., 2009).

Tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap pola hidup yang direkomendasikan juga tidak boleh diabaikan. JNC 7 telah menegaskan bahwa pola hidup terapeutik efektif dalam menurunkan tekanan darah, tetapi informasi tentang kepatuhan pasien terhadap hal tersebut masih terbatas sehingga membutuhkan studi yang lebih lanjut tentang tingkat kepatuhan pasien hipertensi tersebut (WHO, 2003).

Tingkat kepatuhan yang rendah terhadap perawatan mandiri yang direncanakan oleh tenaga kesehatan, mengakibatkan 2 masalah kesehatan utama, yaitu menurunnya kualitas kesehatan pasien dan meningkatnya biaya pengobatan. Selain itu kepatuhan yang rendah erat hubungannya dengan peningkatan kekambuhan, pasien akan menjalani rawat inap kembali di rumah sakit, penurunan kemampuan fungsional, penurunan kualitas hidup dan kematian yang lebih awal (Alspach, 2011).

Studi yang dilakukan oleh *Scottish General Practice Team Information annual report for 2008-2009* dalam Kennedy (2011), hipertensi adalah alasan yang paling sering bagi pasien untuk datang ke perawat. Dengan kondisi yang demikian, perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan, berada pada posisi yang ideal dalam upaya untuk meningkatkan kepatuhan pasien (Breen, 2011). Perawat perlu menyadari akan pentingnya kepatuhan pasien terhadap terapi, sehingga tujuan dari asuhan keperawatan pada pasien hipertensi tercapai, yaitu menurunkan dan mengontrol tekanan darah tanpa komplikasi. Pengkajian kepada pasien tentang kepatuhan perlu dilakukan oleh perawat sehingga perawat mengetahui tingkat kepatuhan pasien, kesulitan dan hambatan yang dialami pasien untuk patuh dalam terapi hipertensi dan perawatan mandiri. Pengawasan dan evaluasi yang terprogram, pemberian dukungan dan pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat kepada pasien tentang perawatan mandiri yang harus dijalani, dapat

meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri (Albert, 2008; Breen, 2011; Casey, 2011).

Kota Tegal berdasarkan Riskesdas Jawa Tengah 2007, memiliki prevalensi hipertensi sebesar 36,9%, dan prevalensi yang meminum obat atau datang ke petugas kesehatan sebesar 10,1%. Hal tersebut menggambarkan bahwa sebagian kecil saja pasien yang melakukan pengobatan atau pasien yang sudah mengalami gejala baru datang ke petugas kesehatan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, sebenarnya sarana kesehatan yang tersedia di lingkungan kota Tegal sudah sangat memadai, dengan tempat yang terjangkau oleh sarana transportasi baik transportasi pribadi ataupun umum. Kota Tegal mempunyai 1 RSUD yang letaknya dapat dijangkau dan fasilitasnya juga menunjang, Terdapat dua RS swasta yang tepat berada di tengah kota, serta empat buah puskesmas. Beberapa temuan oleh peneliti juga memperlihatkan rendahnya kepatuhan terhadap diet. Meskipun pasien hipertensi berat, tetap mengkonsumsi makanan bersantan dan ikan asin. Pasien yang pernah rawat inap karena hipertensi berat pun juga mengatakan sulit untuk mengurangi atau tidak makan ikan asin. Dari diskusi dengan beberapa dokter dan perawat puskesmas, pasien telah diberikan penjelasan tentang pentingnya kontrol tekanan darah, pengobatan yang benar, diet yang baik, serta berolahraga. Hasilnya tetap saja pasien sulit untuk mengontrol dietnya, malas berolahraga meskipun jalan kaki di pagi hari, dan banyak pasien yang tetap merokok. Fenomena tersebut menggambarkan rendahnya kepatuhan pasien hipertensi dalam mengontrol tekanan darah dan perlu digali lebih lanjut apa yang menyebabkan hal tersebut terjadi.

Berdasarkan hal tersebut, maka diperlukan suatu strategi yang sistematis untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri, yang akan memberikan keuntungan dalam jangka waktu lama (Mazzaglia et al., 2009). Perlu digali lebih mendalam apa yang dibutuhkan oleh pasien untuk meningkatkan kepatuhan, dan hal-hal apa saja yang dapat membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap program perawatan mandiri yang diberikan (Albert, 2008; WHO, 2003). Karena hal tersebut, maka diperlukan suatu penelitian untuk

Universitas Indonesia

menggali lebih dalam tentang kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri hipertensi, apa saja yang bisa menjadi hambatan dalam meningkatkan kepatuhan dan apa saja yang bisa membantu dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang bila tidak terkontrol akan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, bahkan mengarah kepada kematian. Untuk dapat mengontrol hipertensi, tidak cukup hanya diberikan obat-obat anti hipertensi. Perlu dukungan untuk perubahan perilaku pasien yang meliputi modifikasi diet, dan peningkatan aktivitas.

Untuk melakukan hal tersebut, perlu kepatuhan yang tinggi terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi. Masih rendahnya tingkat kepatuhan perawatan mandiri pasien hipertensi, membawa konsekuensi kepada tujuan terapi tidak tercapai yang berakibat menurunnya kualitas kesehatan pasien dan meningkatnya biaya kesehatan.

Hal tersebut harus menjadi perhatian perawat, bahwa perawat perlu menyadari pentingnya kepatuhan pasien terhadap perawatan hipertensi, sehingga tujuan dari asuhan keperawatan pada pasien hipertensi tercapai. Perawat perlu mengembangkan intervensi dalam upaya meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri.

Dalam upaya mengatasi permasalahan tersebut diatas, penelitian ingin mengungkapkan berbagai perspektif yang terkandung dalam masalah kepatuhan pasien hipertensi terhadap perawatan mandiri dengan menggunakan metode penelitian kualitatif pendekatan fenomenologi. Penelitian perlu menggali secara kualitatif sehingga dapat diperoleh jawaban dan informasi yang mendalam, terperinci dan alamiah dari partisipan tentang persepsi, pendapat, dan perasaan yang tersirat (*insight*) dari realitas pengalaman kepatuhan terhadap perawatan dirinya. Penelitian menggali apa saja yang diperlukan oleh pasien hipertensi dalam perawatan mandiri, hal-hal apa saja yang dapat meningkatkan

Universitas Indonesia

kepatuhan pasien sehingga perawat dapat memberikan penguatan yang tepat dan hal-hal apa saja yang menjadi hambatan dalam kepatuhan pasien sehingga perawat dapat menyusun strategi intervensi untuk mengurangi hambatan tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka dapat dirumuskan masalah “Bagaimana pengalaman kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri hipertensi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan makna kepatuhan pasien dalam melaksanakan program perawatan mandiri hipertensi

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggali pengalaman kepatuhan pasien dalam melakukan kontrol
- b. Menggali pengalaman pasien dalam menangani gejala dan komplikasi
- c. Menggali pengalaman kepatuhan pasien dalam minum obat
- d. Menggali pengalaman kepatuhan pasien dalam mengelola diet
- e. Menggali pengalaman kepatuhan pasien dalam berolahraga
- f. Menggali kendala pasien dalam melakukan kepatuhan perawatannya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan keperawatan

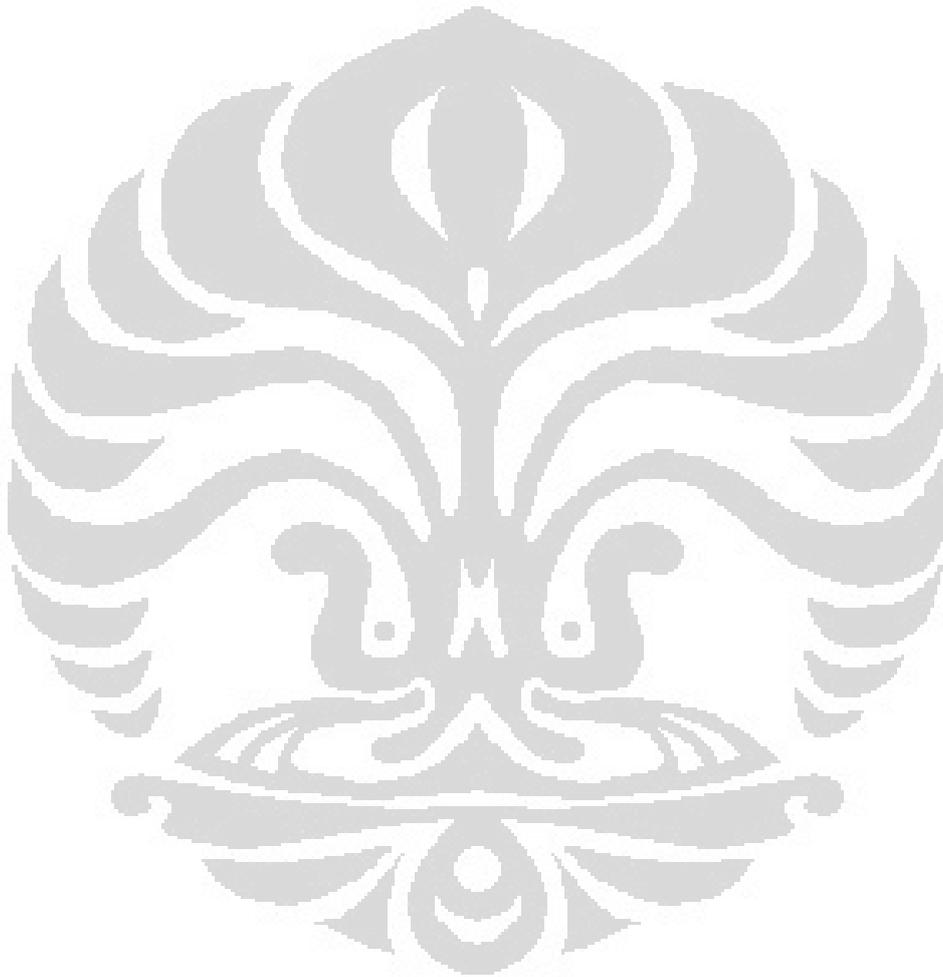
Hasil penelitian berupa tema-tema dalam pengalaman kepatuhan, diharapkan dapat meningkatkan pemahaman perawat tentang kepatuhan pasien. Berkaitan dengan hal tersebut perawat dapat melakukan perencanaan dan pengembangan intervensi keperawatan terkait dengan peningkatan kepatuhan pasien, sehingga keberhasilan program perawatan hipertensi akan meningkat.

1.4.2 Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian akan memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan bidang keperawatan, terutama yang berkaitan dengan strategi peningkatan kepatuhan pasien terhadap perawatan hipertensi

1.4.3 Penelitian keperawatan

Hasil penelitian akan memberikan landasan bagi pengembangan penelitian tentang strategi kepatuhan bagi pasien hipertensi dan diharapkan hasil penelitian dapat dijadikan sebagai kerangka acuan bagi peneliti selanjutnya serta memberikan informasi awal bagi pengembangan penelitian keperawatan di masa mendatang.



BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Tekanan darah adalah tekanan atau kekuatan yang berasal dari aliran darah yang menekan terhadap dinding pembuluh darah (Breen, 2008). Tekanan darah merupakan variabel kompleks yang melibatkan mekanisme fisiologi yang mempengaruhi volume darah yang dipompakan jantung (curah jantung) dan derajat dari dilatasi atau konstiksi dari arteriola (tahanan vaskular sistemik). Tekanan darah arteri digambarkan dengan tekanan darah sistole dan diastole, dimana sistole merupakan tekanan di dalam arteri ketika jantung berkontraksi kemudian mendorong darah ke dalam sirkulasi dan diastole adalah keadaan tekanan di dalam arteri pada tingkat terendah dikarenakan relaksasi jantung (Breen, 2008).

Hipertensi atau disebut juga dengan tekanan darah tinggi, adalah kondisi yang kompleks dimana tekanan darah secara menetap berada di atas normal, baik tekanan darah sistolik maupun diastolik (Breen, 2008; Chobanian et al., 2003; Williams et al., 2004). Berdasarkan rumusan dari *British Hypertension Society Guidelines 2004* (BHS IV) dan *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7), dikatakan hipertensi bila hasil dari pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Departemen Kesehatan RI juga menggunakan kriteria JNC 7 untuk menentukan kasus hipertensi dalam Riskesdas 2007 (Chobanian et al., 2003; Departemen Kesehatan RI, 2008; Williams et al., 2004).

2.1.2 Klasifikasi

Hipertensi diklasifikasikan berdasarkan dari nilai tekanan darah sistolik dan diastolik. JNC 7 mengklasifikasikan hipertensi untuk usia lebih dari 18 tahun menjadi hipertensi derajat 1 dan hipertensi derajat 2. Klasifikasi digunakan untuk pemilihan intervensi yang tepat serta untuk pencegahan lebih awal supaya tidak

meningkat ke derajat hipertensi yang lebih parah (Chobanian et al., 2003). Klasifikasi hipertensi dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1.
Klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC 7 tahun 2003

No	Kategori	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolik (mmHg)
1	Normal	< 120	< 80
2	Prehipertensi	120 - 139	80 - 89
3	Hipertensi	\geq 140	\geq 90
	a. Hipertensi derajat 1	140 - 159	90 - 99
	b. Hipertensi derajat 2	\geq 160	\geq 100

Sumber: JNC 7 tahun 2003 (Chobanian et al., 2003)

JNC 7 menyatakan prehipertensi bukan merupakan kategori penyakit, tetapi lebih digunakan sebagai penanda dimana pada kategori tersebut individu berada pada risiko tinggi untuk menjadi hipertensi, sehingga diharapkan kategori tersebut sebagai “peringatan awal” dan dapat dimulai intervensi yang tepat dalam pencegahan hipertensi. Intervensi untuk pasien pada tahap prehipertensi berfokus pada modifikasi pola hidup pasien, bukan dengan pengobatan hipertensi. Pasien pada tahap tersebut mendapatkan terapi obat bila pasien mempunyai penyakit diabetes atau penyakit ginjal dan pasien tersebut gagal dalam menurunkan tekanan darah hingga 180/80 mmHg atau kurang (Chobanian et al., 2003).

Klasifikasi lainnya yang biasa digunakan, hipertensi dapat dikategorikan menjadi hipertensi essensial atau primer dan hipertensi sekunder (Riaz, 2012; Willams et al., 2004). Hipertensi essensial merujuk kepada hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, dimana terdapat kecenderungan herediter pada pasien tersebut dan sebanyak 90-95% pasien hipertensi merupakan hipertensi essensial. Hipertensi sekunder merupakan hipertensi dimana diketahui penyebabnya dan paling banyak karena hiperaldosteronisme primer yang menyumbang 20% hipertensi yang resisten, dimana memerlukan lebih dari 4 macam terapi obat untuk mengontrolnya (Riaz, 2012).

Universitas Indonesia

Penyebab hipertensi yang dapat diidentifikasi antara lain (Chobanian et al., 2003; Williams et al., 2004):

- a. Penyakit renovaskular dan ginjal seperti nefropati diabetik, pielonefritis, polikistik renal, stenosis arteri renal dan glomerulonefritis
- b. *Conn's syndrome*, suatu kondisi dimana kelenjar adrenal memproduksi aldosteron secara berlebih, lebih sering disebabkan karena tumor benigna dari kelenjar adrenal
- c. *Paechromocytoma*, tumor di medula dari kelenjar adrenal yang menyebabkan pelepasan katekolamin berlebih
- d. *Coarctation aorta*, suatu keadaan abnormal kongenital dimana terjadi penyempitan aorta
- e. *Cushing syndrome*, suatu gangguan endokrin yang disebabkan peningkatan kadar kortisol di dalam darah
- f. Hiperparatiroidisme, keadaan aktivitas kelenjar paratiroid yang berlebih yang menghasilkan produksi hormon paratiroid yang berlebih pula
- g. Obat-obatan, seperti obat anti inflamasi non steroid (NSAID), kortikosteroid, kontrasepsi oral,

Pada kasus hipertensi yang lebih berat, dikategorikan menjadi hipertensi berat, hipertensi urgensi dan hipertensi emergensi. Hipertensi berat adalah tekanan darah mencapai lebih dari 180/110 mmHg tanpa adanya gejala. Hipertensi urgensi adalah tekanan darah pasien diatas 180/100 mmHg dan terdapat gejala atau efek pada organ target yang ringan, misalnya sakit kepala dan dispnea. Hipertensi emergensi merupakan keadaan dimana tekanan darah tidak terkontrol dan mencapai diatas 220/140 mmHg serta mengancam disfungsi organ target. Dalam kondisi tersebut, tekanan darah harus diturunkan secara agresif dalam hitungan menit. Kerusakan organ akhir karena kondisi tekanan darah tak terkontrol meliputi (Riaz, 2012):

- a. Neurologis: enseklopati, infark serebral, perdarahan subarachnoid, perdarahan intrakranial

- b. Kardiovaskular: iskemik/infark miokard, disfungsi ventrikel kiri akut, edema paru akut, disseksi aorta.
- c. Lain-lain: insufisiensi/gagal ginjal akut, retinopati, eklampsia, anemia hemolitik mikroangiopati

2.1.3 Patogenesis

Casey (2011), menjelaskan bahwa tekanan darah ditentukan oleh rerata aliran darah dari jantung (curah jantung) dan tahanan terhadap aliran darah yang ditimbulkan oleh pembuluh darah (resistensi perifer total/resistensi vaskular sistemik). Tekanan darah dipertahankan dalam rentang normal melalui mekanisme jangka pendek dan mekanisme jangka panjang.

Pengaturan tekanan darah jangka pendek diatur oleh baroreseptor yang terdapat di aorta dan arteri karotis internal yang memonitor MAP (*mean arterial pressure*). Informasi yang diterima oleh baroreseptor kemudian dikirimkan ke pusat pengaturan kardiovaskular yang berada di batang otak.

Pengaturan tekanan darah dalam jangka waktu lama, ditentukan oleh mekanisme hormonal. Sistem yang mengatur adalah *Renin-angiotensin-aldosteron system* (RAAS) dan *antidiuretic hormone* (ADH). Pada sistem RAAS, ketika terjadi penurunan tekanan di dalam arteriola ginjal, melalui reseptor beta-1, akan menstimulasi sistem saraf simpatis yang akan memacu pelepasan renin dari ginjal. Renin tersebut masuk ke dalam sirkulasi dan akan mengaktifkan molekul protein yang diproduksi oleh hati, yaitu angiotensinogen. Angiotensinogen tersebut akan pecah menjadi angiotensin I dan dengan bantuan *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE), angiotensinogen I akan berubah menjadi angiotensinogen II. Angiotensinogen II tersebut merupakan vasokonstriktor yang kuat, akan meningkatkan tahanan perifer dan efeknya bekerja dalam 15-20 menit, dan akan mengakibatkan pengaturan keseimbangan air dan natrium serta volume darah dengan cara:

- a. Meningkatkan reabsorpsi natrium di ginjal

- b. Menurunkan aliran darah dengan cara konstiksi arteri renal yang akan menurunkan *Glomerular filtrate rate* (GFR) dan volume urin
- c. Memacu sekresi aldosteron dari korteks adrenal yang akan meningkatkan reabsorpsi natrium di ginjal

Mekanisme kerja dari ADH adalah sebagai vasokonstriktor dan mengontrol tekanan darah dengan cara meningkatkan reabsorpsi air yang akan meningkatkan volume darah.

Hipertensi terjadi karena abnormalitas fungsi dari pengaturan tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial dipicu oleh faktor-faktor yang multipel, termasuk predisposisi faktor genetik, diet garam yang berlebih dan peningkatan adrenergik (Casey, 2011; Susalit, Kapojos, Lubis, 2001).

Pertama kali pasien mengalami hipertensi, berada dalam fase asimtomatik dan dalam jangka waktu tertentu akan berkembang menjadi hipertensi komplikasi dimana terjadi kerusakan pada organ target, yaitu pada aorta dan arteri, jantung, ginjal, retina dan sistem saraf pusat. Perkembangan penyakit dimulai pada pasien usia 10-30 tahun yang berada pada fase prehipertensi, mengalami peningkatan curah jantung. Kemudian berkembang pada usia 20-40 tahun mengalami hipertensi awal dimana pasien mengalami peningkatan tahanan perifer secara prominen, dan benar-benar mengalami hipertensi pada usia 30-50 tahun, akhirnya pasien mengalami hipertensi komplikasi pada usia 40-60 tahun (Riaz, 2012).

2.1.4 Faktor risiko hipertensi

Faktor risiko hipertensi meliputi faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah atau dikontrol. Faktor yang tak dapat diubah adalah usia, jenis kelamin, riwayat keluarga dan faktor genetic. Faktor yang dapat diubah adalah faktor kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak, konsumsi minyak goreng, kegemukan, kurang aktivitas fisik, penggunaan KB terutama estrogen, dan mudah stress (Black & Hawk, 2009; Sugiharto, 2007; Susalit dkk., 2001).

2.1.4.1 Usia

Pertambahan usia akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Tekanan darah meningkat dikarenakan terjadi perubahan alami pada jantung dan berkurangnya elastisitas dari arteri, sehingga insidensi hipertensi lebih tinggi pada usia lanjut. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Sigalargi (2006) menemukan insidensi hipertensi pada usia 41-55 tahun sebesar 24,52% dan pada usia lebih dari 55 tahun sebesar 65,68%. Sugiharto (2007) menyebutkan faktor risiko terjadinya hipertensi pada usia 36-45 tahun sebesar 1,23 kali, usia 45-55 tahun sebesar 2,22 kali dan usia 56-65 tahun sebesar 4,76 kali, dibandingkan dengan usia yang lebih muda.

2.1.4.2 Jenis kelamin

Hipertensi lebih banyak dialami oleh wanita dibandingkan dengan laki-laki. Berdasarkan dari hasil Riskesdas 2007, prevalensi hipertensi pada wanita sebesar 31,9% dan prevalensi pada laki-laki sebesar 31,3%. Riskesdas Jawa Tengah 2007 juga menunjukkan hal yang sama, dimana prevalensi hipertensi pada wanita sebesar 37,9% dan prevalensi pada laki-laki sebesar 36,0%. Menurut Bustan, dalam dari Sugiharto (2007), hipertensi lebih banyak terjadi pada wanita disebabkan karena terdapat hormon estrogen pada wanita.

2.1.4.3 Riwayat keluarga

Studi yang dilakukan oleh Sugiharto (2007) menunjukkan bahwa seorang yang orangtuanya (ibu, ayah, nenek atau kakek) mempunyai riwayat hipertensi, maka ia akan berisiko terkena hipertensi sebesar 4,04 kali dibandingkan dengan seorang yang orangtuanya tidak mempunyai riwayat hipertensi.

2.1.4.4 Genetik

Faktor genetik terhadap timbulnya hipertensi, dibuktikan dengan adanya kejadian bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada kembar monozigot dibandingkan dengan heterozigot. Dari beberapa percobaan terhadap binatang, faktor yang diturunkan adalah faktor neurogenik dan faktor kepekaan terhadap garam sebagai faktor utama timbulnya hipertensi (Susalit dkk., 2001).

2.1.4.5 Kebiasaan merokok

Konsumsi rokok berhubungan dengan hipertensi dan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular. Zat-zat kimia beracun yang terkandung di dalam rokok, akan masuk dan berakumulasi di dalam aliran darah, yang akan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan berakibat pada proses aterosklerosis dan akhirnya terjadi hipertensi (Sugiharto, 2007). Risiko terjadinya hipertensi berhubungan dengan lama merokok dan semakin berat bila jumlah rokok yang dihisap semakin banyak dalam satu hari. Seorang yang merokok lebih dari satu pak rokok dalam sehari akan berisiko 2 kali terkena hipertensi dibandingkan dengan yang tidak merokok (Price, 2006; Susalit dkk., 2001).

2.1.4.6 Konsumsi garam dan nutrisi

Konsumsi garam dapat meningkatkan volume plasma dan akan meningkatkan tekanan darah. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sugiharto (2007), seorang yang mengkonsumsi garam akan meningkatkan risiko terkena hipertensi 3,95 kali dibandingkan dengan orang yang tidak mengkonsumsi garam dan tingkat kesadaran pasien untuk membatasi konsumsi garam masih kurang. Berdasarkan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) dari *National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute*, konsumsi garam dibawah 1500 mg akan mengurangi tekanan darah.

Kebiasaan lain yang memiliki risiko terjadinya hipertensi adalah kebiasaan mengkonsumsi lemak jenuh, memasak dengan minyak jelantah dan mengkonsumsi alkohol. Dalam studi yang dilakukan oleh Sugiharto (2007) didapatkan bahwa risiko terkena hipertensi pada orang yang mengkonsumsi lemak jenuh sebesar 7,72 kali, orang yang memasak dengan minyak jelantah memiliki risiko sebesar 5,34, kali dan pada orang yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol akan berisiko sebesar 4,86 kali.

2.1.4.7 Kegemukan dan kurang aktivitas

Kegemukan atau obesitas dengan indeks massa tubuh (IMT) > 25 , merupakan salah satu faktor risiko terhadap timbulnya hipertensi. Risiko hipertensi akan

meningkat pada keadaan obesitas sebesar 4,02 kali dan pada orang yang tidak melakukan olahraga akan meningkatkan risiko hipertensi sebesar 4,73 kali (Sugiharto, 2007).

Pasien hipertensi dengan keadaan obesitas memiliki curah jantung dan volume darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien hipertensi yang tidak gemuk. Pada keadaan obesitas tahanan perifer akan menurun sedangkan aktivitas saraf simpatis akan tinggi dengan aktivitas renin plasma yang rendah. Peningkatan berat badan berhubungan dengan kerusakan endotelial dalam pengaturan vasodilatasi dan kekakuan arteri. Jaringan lemak akan mensekresi sitokin dan faktor lain yang berkontribusi terhadap inflamasi vaskular, disfungsi dan kekakuan vaskular yang berakibat kepada atherosklerosis. Peningkatan lemak tubuh juga berkontribusi kepada hiperinsulinemia, dimana terjadi resistensi insulin. Hipotesa dari Nazzaro, dalam Frost dan Topp (2006), mengungkapkan bahwa kadar insulin yang tinggi akan meningkatkan tonus saraf simpatis yang berakibat kepada peningkatan tekanan darah. Peningkatan massa tubuh akan berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah melalui berbagai mekanisme fisiologis (Frost & Topp, 2006; Susalit dkk., 2001). Tekanan darah yang meningkat dikarenakan kenaikan berat badan, dapat diperbaiki dengan melakukan olahraga secara teratur, dan hasil dari terapi tersebut sebanding dengan terapi farmakologi dosis tunggal (Frost & Topp, 2006).

2.1.4.8 Stres

Stres akan mempengaruhi kerja saraf simpatis dan akan meningkatkan tekanan darah. Bila stress berlangsung lama akan mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang menetap (Susalit dkk, 2001). Stres akan meningkatkan risiko hipertensi sebesar 1,85 kali (Sugiharto, 2007).

2.1.5 Faktor risiko penyakit kardiovaskular

Dijelaskan dalam JNC 7 dan WHO/ISH, bahwa hipertensi juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit kardiovaskular. Hipertensi yang berisiko untuk penyakit kardiovaskular antara lain :

- a. Hipertensi derajat 1 dan 2
- b. Laki-laki usia > 55 tahun
- c. Wanita usia > 65 tahun
- d. Merokok
- e. Kolesterol total > 240 mg/dl
- f. Kolesterol LDL > 160 mg/dl
- g. Kolesterol HDL pada laki-laki < 40 mg/dl dan pada wanita < 45 mg/dl
- h. Riwayat keluarga terkena penyakit kardiovaskular prematur
- i. Mikroalbuminuria
- j. Penurunan GFR < 60 ml/menit
- k. Obesitas IMT > 30
- l. Kurang beraktivitas

2.1.6 Manifestasi klinis dan kerusakan organ target

Manifestasi klinis dari hipertensi timbul setelah pasien mengalami hipertensi yang menahun dan mengakibatkan disfungsi atau kerusakan dari organ target (Corwin, 2001). Manifestasi klinis yang dapat terjadi adalah:

- a. Nyeri kepala yang kadang-kadang disertai dengan mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah di intrakranium
- b. Kerusakan retina mata yang ditandai dengan penglihatan kabur
- c. Berjalan yang tidak seimbang karena kerusakan persarafan
- d. Nokturia karena terjadi peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- e. Edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler
- f. Gejala lain yang sering timbul adalah epistaksis, telinga berdengung, emosi tidak stabil, terasa berat di tengkuk, sukar tidur dan mata berkunang-kunang.

Sistem organ yang terkena karena hipertensi adalah jantung, otak, ginjal, sirkulasi perifer dan mata (Chobanian et al., 2003). Hipertensi dapat memacu terjadinya penyakit kardiovaskular dan meningkatkan risiko terjadinya iskhemik ataupun infark miokard. Selain itu dengan adanya hipertensi, dapat berkembang menjadi hipertrofi ventrikel kiri (*Left ventrikular hypertrophy/LVH*), karena mekanisme kompensasi miokard terhadap peningkatan tahanan karena tekanan darah yang

meninggi. Dengan adanya LVH, merupakan faktor risiko yang kuat untuk mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung serta aritmia.

Hipertensi juga sering menjadi penyebab terjadinya penyakit serebrovaskular, yang ditandai dengan *transient ischemic attacks* (TIA), stroke iskemik, infark serebral dan perdarahan serebral. Bila terjadi peningkatan tekanan darah secara terus menerus dapat mengakibatkan ensefalopati.

Manifestasi pada ginjal, berhubungan dengan nefrosklerosis, karena peningkatan tekanan intraglomerular dan menyebabkan kerusakan kapiler glomerulus. Setelah itu akan berkembang ke arah gagal ginjal dan membutuhkan dialisa.

Komplikasi yang mengarah kepada arteri perifer, dimana dapat terjadi atherosklerotik. Pasien akan mengalami infeksi, dan nekrosis dimana pada beberapa kasus akan membutuhkan prosedur revaskularisasi atau bahkan amputasi.

2.2 Terapi Hipertensi

Penurunan tekanan darah walaupun sedikit sangat bermakna untuk mengurangi insidensi dari penyakit kardiovaskular. Penurunan sebesar 2 mmHg akan menurunkan risiko stroke sebesar 15%, risiko penyakit jantung koroner sebesar 6%, dan akan mengurangi sebanyak 17% komplikasi penyakit kardiovaskular bila pengobatan diminum sebelum tidur (Riaz, 2012). Penurunan ditargetkan untuk tekanan darah sistole < 140 mmHg, tekanan darah diastole < 90 mmHg, dan untuk pasien dengan diabetes atau penyakit ginjal ditargetkan penurunan tekanan darah < 130/80 mmHg (Chobanian et al., 2003).

2.2.1 Penatalaksanaan farmakoterapi

Tujuan utama dari farmakoterapi adalah mengurangi morbiditas dan mencegah terjadinya komplikasi. Keputusan untuk memulai pengobatan antihipertensi berdasarkan pada derajat hipertensi, terdapatnya manifestasi klinis penyakit kardiovaskular, kerusakan organ target dan terdapatnya penyakit penyerta yang memperberat kondisi pasien. Penatalaksanaan hipertensi dengan obat dimulai

dengan dosis rendah kemudian ditingkatkan secara titrasi sesuai dengan kebutuhan dan usia. Terapi harus efektif selama 24 jam dan pasien lebih menyukai diberikan dalam dosis tunggal karena lebih murah dan kepatuhan pasien akan lebih baik. Pemberian obat juga harus dapat melindungi pasien terhadap peningkatan tekanan darah saat bangun dari tidur (Riaz, 2012).

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi hipertensi adalah (Casey, 2011; Chobanian et al., 2003; Riaz, 2012):

- a. Diuretik meliputi Tiazide, diuretik hemat kalium, dan loop diuretik
- b. Agen penghambat Alpha-adrenergik
- c. Agen penghambat Beta-adrenergik
- d. Vasodilator perifer
- e. Calcium channel blocker, non-dihydropyridine
- f. Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) inhibitor
- g. Antagonis reseptor angiotensin II
- h. Antagonis aldosteron
- i. Agonis alpha-adrenergik
- j. Vasodilator
- k. Agonis dopamine

2.2.2 Penatalaksanaan nonfarmakoterapi

Penatalaksanaan nonfarmakologi dilakukan dengan memodifikasi perilaku atau gaya hidup pasien hipertensi, yaitu dengan memodifikasi diet dan nutrisi, menurunkan berat badan dan meningkatkan aktivitas atau olahraga. Hal tersebut sangat direkomendasikan untuk menghindari atau mengurangi terapi farmakologi pada pasien hipertensi, atau untuk menjaga tekanan darah tetap dalam keadaan normal pada orang yang memiliki risiko terkena hipertensi atau pada keadaan prehipertensi (Manfredini et al., 2009).

JNC 7 merekomendasikan beberapa tindakan untuk menurunkan tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular sebagai berikut (Chobanian et al., 2003):

- a. Menurunkan berat badan bila kegemukan, dengan diet banyak sayuran dan buah, mengkonsumsi makanan bebas lemak dan susu rendah lemak.
- b. Tidak mengkonsumsi alkohol atau mengurangi alkohol tidak lebih dari 30 ml per hari pada laki-laki dan tidak lebih dari 15 ml per hari pada wanita
- c. Meningkatkan aktivitas aerobik, dilakukan selama 30-45 menit dalam sehari
- d. Mengurangi konsumsi garam tidak lebih dari 2,4 gr garam
- e. Konsumsi potasium 90 mmol/hari
- f. Konsumsi kalsium dan magnesium untuk menjaga kesehatan secara umum
- g. Berhenti merokok dan mengurangi diet lemak jenuh dan kolesterol untuk kesehatan jantung

2.2.2.1 Modifikasi diet dan nutrisi

Pengaturan diet dan nutrisi mengacu kepada perencanaan pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) dari *National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute*. Pengaturan diet meliputi:

- a. Diet rendah garam, kurang dari 2,4 gr garam dalam sehari (atau sekitar 1 sendok teh (5 gr garam dapur)
- b. Diet rendah lemak, lemak jenuh, dan kolesterol
- c. Diet tinggi serat, termasuk banyak konsumsi buah dan sayur paling tidak sebanyak tujuh porsi
- d. Diet biji-bijian dan kacang-kacangan sesering mungkin dalam seminggu
- e. Diet susu dan produknya yang rendah lemak
- f. Diet konsumsi daging, ikan dan unggas dalam porsi sedang

Pasien harus diberikan pengertian untuk berhati-hati dalam mengkonsumsi suplemen makanan, karena dikhawatirkan suplemen tersebut bereaksi dengan terapi obat yang diberikan atau bahkan tidak mempunyai efek terhadap penurunan tekanan darah seperti pada suplemen minyak ikan yang hanya menurunkan tekanan darah 2 mmHg. Jenis bahan makanan lain yang dapat menurunkan tekanan darah adalah bawang putih, coenzyme Q10, vitamin C, dan L-arginine (DeSimone & Crowe, 2009).

Penelitian menunjukkan diet garam 100 mmol per hari dapat menurunkan tekanan darah sistole sebanyak 5 mmHg pada usia 15-19 tahun dan 10 mmHg pada usia 60-68 tahun. Diet tidak hanya mengurangi garam, tetapi juga harus memperhatikan makanan yang mengandung garam, seperti makanan yang mengandung pengawet monosodium glutamat (MSG). Strategi lain yang harus diajarkan kepada pasien adalah tidak menyediakan garam di meja makan sehingga pasien tidak menambah garam di makanannya. Dengan cara tersebut, akan mengurangi konsumsi garam hingga 15% (Reddy & Katan, 2004).

Buah-buahan dan sayuran mempunyai kandungan kalium atau potasium yang tinggi. Buah-buahan yang kaya akan kalium seperti apricot, jus jeruk, pisang, plum, tomat dan nanas. Studi yang dilakukan oleh *Intersalt Cooperative Research Group 1988* dalam Kennedy (2011), menunjukkan hasil penurunan sekresi kalium di urin lebih dari 50 mmol per hari (sebagai akibat dari diet kurang kalium), berhubungan erat dengan kenaikan tekanan darah sistole 3,4 mmHg dan diastole 1,9 mmHg. Tetapi pada studi meta analisa yang dilakukan oleh Dickinson dalam Kennedy (2011), disebutkan bahwa hanya dengan meningkatkan kalium per oral tidak berefek pada penurunan tekanan darah. Bila diet buah-buahan tinggi kalium dikombinasikan dengan diet rendah garam, akan bersinergi berefek terhadap penurunan tekanan darah (Adroque & Madias, 2007, dalam Kennedy, 2011).

2.2.2.2 Menurunkan berat badan

Melakukan penurunan berat badan sebesar 10 kg akan dapat menurunkan tekanan darah sebesar 5-20 mmHg (Chobanian et al., 2003). Untuk dapat menurunkan berat badan, perawat harus berkolaborasi dengan pasien dan perawat perlu untuk mengkaji kesiapan dan kebutuhan pasien dalam perencanaan penurunan berat badan, dan bersama pasien mendiskusikan pencapaian penurunan berat badan yang realistis (DeSimone & Crowe, 2009). Setelah perawat menentukan IMT pasien, maka target penurunan berat badan pasien untuk IMT 25-35 adalah penurunan 5-10% (sekitar 5-10 kg) dan IMT lebih dari 35 diperlukan pencapaian penurunan 15-20% (sekitar lebih dari 10 kg). Pencapaian tersebut diperlukan untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskular dan metabolik (Kennedy, 2011).

Kebutuhan kalori untuk penurunan berat badan adalah 1200-1600 kkal per hari untuk laki-laki dan 1000-1200 kkal per hari untuk wanita (NIH/NHLBI, & *North American Association for the Study of Obesity*, 2000, dalam DeSimone & Crowe, 2009).

2.2.2.3 Meningkatkan aktivitas

Melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara teratur merupakan hal yang paling direkomendasikan dalam manajemen terapi hipertensi. Aktivitas fisik intensitas sedang dan dilakukan secara teratur dapat menurunkan massa lemak tubuh, meningkatkan fungsi sistem saraf, sistem ginjal dan kardiovaskular. Sebagai contoh brisk walking yang dilakukan selama 30 menit per hari dapat menurunkan tekanan darah 4-9 mmHg (Manfredini et al., 2009).

Mekanisme penurunan tekanan darah karena olahraga melibatkan banyak faktor, tetapi faktor yang utama adalah adanya perubahan pada sistem saraf simpatis dan peningkatan fungsi endothelial. Olahraga akan mempengaruhi respons dari otot polos vaskular dan berhubungan dengan nitrit oksida dalam mengatur tonus vaskular, vasodilatasi dan menghambat kontraksi. Nitrit oksida diproduksi di sel endothelial dan bioavailabilitasnya terhadap otot polos vaskular akan bertambah karena hormon, obat dan stimulasi fisik. Olahraga juga akan meningkatkan aliran darah, mengurangi stress, kenaikan kadar enzim antioksidan (superoxide dismutase, catase, dan glutathione peroxidase) dan nonenzim seperti vitamin dan flavonoid, serta menurunkan kadar enzim pro oksidan. Hal tersebut akan meningkatkan availabilitas nitrit oksida di otot polos vaskular dan vasodilatasi endothelial (Manfredini et al., 2009).

Tipe olahraga yang direkomendasikan adalah aerobik dan olahraga ketahanan. Aerobik seperti jalan, jogging, sepeda statis atau kombinasi, mempunyai efek secara klinis meskipun relatif kecil dalam menurunkan tekanan darah. Penggunaan pedometer pada pasien dapat meningkatkan motivasi dalam berolahraga dan pasien harus termotivasi untuk mencapai 10.000 langkah dalam sehari. Olahraga ketahanan atau endurans efektif untuk menurunkan tekanan

darah dengan rata-rata penurunan 10,5 mmHg tekanan darah sistolik dan 7,6 mmHg tekanan darah diastolik (Manfredini et al., 2009). Sedangkan tipe olahraga yang tidak direkomendasikan adalah olahraga resistans dan olahraga isometrik, dimana semuanya menggunakan beban untuk berolahraga (Manfredini et al., 2009).

Frekwensi yang dianjurkan untuk dapat menurunkan tekanan darah secara efektif adalah 3-5 kali dalam seminggu, tetapi akan lebih baik bila dilakukan tiap hari atau mendekati hampir setiap hari (Pescatello, 2004). Intensitas latihan yang dianjurkan adalah latihan dengan intensitas sedang, yang akan meningkatkan keuntungan latihan dan menurunkan efek samping dari latihan tersebut. Bila latihan terlalu kuat, maka akan meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular dan risiko cedera orthopedi, serta kepatuhan pasien terhadap latihan akan menjadi sangat rendah. Durasi latihan yang dianjurkan untuk latihan tersebut adalah 30-60 menit per sesi latihan (Pescatello, 2004).

2.3 Kepatuhan

2.3.1 Pengertian

Kepatuhan, menurut WHO (2003) didefinisikan sebagai kemampuan pasien dalam berperilaku untuk melakukan pengobatan, mengikuti diet, dan melakukan perubahan pola hidup, sesuai dengan arahan dan rekomendasi dari petugas kesehatan.

2.3.2 Dimensi kepatuhan

Kepatuhan merupakan fenomena yang multidimensional, dimana ditentukan oleh lima faktor yang berkontribusi terhadap kepatuhan tersebut. Kelima dimensi tersebut adalah faktor sosial ekonomi, faktor sistem kesehatan, faktor kondisi penyakit, faktor terapi yang diberikan serta faktor pasien.

2.3.2.1 Faktor sosial ekonomi

Dalam diskusi yang dilakukan oleh WHO terkait dengan kepatuhan pada pasien dengan penyakit kronis, meskipun status sosial ekonomi bukan merupakan

prediktor utama pada kepatuhan, di negara maju status sosial ekonomi yang rendah akan membawa dampak terhadap pemilihan prioritas hidup mereka.

Faktor yang benar-benar secara signifikan berpengaruh terhadap kepatuhan pasien adalah status sosial ekonomi rendah, kemiskinan, pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan sosial, hidup pada kondisi yang tidak stabil, transportasi yang tidak terjangkau dan mahal, pengobatan yang mahal, budaya dan keyakinan tentang penyakit dan terapi serta disfungsi keluarga.

Usia, merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan. Dalam beberapa studi dilaporkan bahwa kelompok usia dewasa memiliki tingkat kepatuhan yang paling rendah dibandingkan dengan anak-anak maupun lansia, dan tingkat kepatuhan dari kelompok usia lansia jauh lebih baik dibandingkan dengan keduanya.

2.3.2.2 Faktor sistem pelayanan kesehatan

Kondisi yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien adalah terjalinnya hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan.

WHO menjelaskan bahwa terdapat lima hambatan utama terkait dengan sistem pelayanan kesehatan dan tim kesehatan dalam peningkatan kepatuhan pasien, antara lain:

- a. Kurangnya kesadaran dan pengetahuan tentang kepatuhan
- b. Kurangnya protap klinik untuk membantu tenaga kesehatan dalam mengevaluasi dan mengintervensi masalah kepatuhan pasien
- c. Kurangnya tool/alat untuk penilaian perilaku untuk membantu pasien dalam mengembangkan perilaku yang adaptif
- d. Adanya kesenjangan dalam penentuan perawatan pasien dengan kondisi kronis
- e. Komunikasi yang kurang optimal antara pasien dengan tenaga kesehatan

2.3.2.3 Faktor kondisi penyakit

Faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien adalah beratnya gejala yang dialami pasien, tingkat ketidakmampuan pasien baik fisik, psikologi, sosial ataupun vokasional, progresifitas dan keparahan penyakit, serta ketersediaan terapi.

2.3.2.4 Faktor terapi

Faktor yang berpengaruh adalah kompleksitas dari regimen obat, durasi dari terapi, kegagalan terapi sebelumnya, frekwensi perubahan terapi, efek benefit dari terapi, efek samping dan ketersediaan dukungan medis.

2.3.2.5 Faktor pasien

Hambatan utama dalam meningkatkan kepatuhan pasien adalah kurangnya informasi dan ketrampilan dalam manajemen diri, kesulitan dalam memotivasi pasien, kurangnya dukungan dalam perubahan perilaku.

Faktor lain dari pasien yang berpengaruh terhadap kepatuhan adalah:

- a. Keterbatasan pengetahuan tentang pengobatan
- b. Keterbatasan kemampuan dalam mendengarkan instruksi secara verbal atau instruksi yang ditulis
- c. Keterbatasan kemampuan kognitif untuk memahami situasi dan instruksi
- d. Pasien mudah lupa dan adanya gangguan dalam mengingat
- e. Keyakinan atau persepsi yang berhubungan dengan sifat dan beratnya penyakit, kebutuhan terhadap medikasi sesuai dengan gejala yang dialaminya, efektivitas pengobatan, keuntungan dari pengobatan tersebut.
- f. Penolakan terhadap penyakit
- g. Ketakutan terhadap efek samping obat, ketergantungan obat
- h. Keterbatasan finansial dan tak adanya asuransi kesehatan

2.3.3 Strategi dalam meningkatkan kepatuhan

Kepatuhan terhadap terapi membawa dampak yang besar terhadap keberhasilan pengobatan serta biaya pengobatan yang terkendali. Meskipun demikian, masih belum banyak studi tentang kepatuhan tersebut, terutama pendekatan kepada pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap terapi obat maupun perubahan pola hidup. Hipertensi merupakan penyakit kronis dan kepatuhan terhadap pengobatan yang lama membutuhkan perubahan perilaku yang membutuhkan proses belajar, adaptasi dan mempertahankan kebiasaan dalam melakukan terapi.

Intervensi terhadap perilaku pasien menjadi kunci untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi hipertensi, dan perlu dikembangkan secara teliti melalui penelitian klinik. Beberapa strategi telah dikembangkan untuk meningkatkan kepatuhan pasien, antara lain memberikan penghargaan, dan dukungan keluarga.

Studi yang dilakukan oleh Morisky et al., dalam WHO (2003), menyebutkan bahwa dalam meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi terhadap terapi, dilakukan tiga intervensi utama, yaitu:

- a. Konseling dari tenaga kesehatan
- b. Dukungan keluarga dalam memonitor program terapi, serta
- c. Terapi group

Selain itu penting untuk dilakukan untuk memberikan pemahaman kepada pasien tentang cara mengontrol tekanan darah dan menggunakan obat secara rasional. Pasien dapat mempelajari untuk mengidentifikasi komplikasi yang terjadi dan dapat melakukan tindakan pertolongan ketika hal tersebut terjadi.

2.4 Asuhan keperawatan terkait dengan kepatuhan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan secara sistematis yang menyangkut status kesehatan pasien saat ini maupun pada masa lalu (Perry & Potter, 2007). Pengkajian kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi difokuskan kepada (Alspach, 2011):

- a. Tingkat pengetahuan tentang penyakit hipertensi dan pengobatan atau terapi
- b. Kemampuan dalam menerima instruksi verbal atau tertulis
- c. Kemampuan kognitif pasien dalam memahami instruksi
- d. Tingkat mengingat, atau sering melupakan
- e. Persepsi dan keyakinan terhadap beratnya penyakit, kebutuhan terhadap pengobatan, riwayat gejala yang dialami, efektivitas pengobatan, dan keuntungan dari pengobatan
- f. Penerimaan atau penolakan terhadap penyakit
- g. Ketakutan terhadap efek samping obat, menjadi ketergantungan obat
- h. Sumber biaya atau asuransi yang diikuti pasien

Pengobatan hipertensi merupakan pengobatan yang terus menerus dan memerlukan perubahan perilaku atau gaya hidup pasien, sehingga selain dilakukan pengkajian tentang perilaku pasien, juga perlu dikaji adanya kesadaran pasien tentang pentingnya pengobatan dan kesiapan pasien dalam melakukan perubahan perilaku yang meliputi perubahan pola diet dan nutrisi, penurunan berat badan, dan peningkatan aktivitas. Perawat juga perlu mengkaji adanya penggunaan suplemen herbal atau pengobatan lain yang berinteraksi terhadap pengobatan antihipertensi, misalnya penggunaan kafein, ephedra, licorice, asetaminophen, obat anti inflamasi non steroid, dan kontrasepsi oral (DeSimone & Crowe, 2009).

2.4.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan terkait dengan kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi menurut NANDA (2009-2011) adalah: a) Ketidakepatuhan spesifik regimen terapi hipertensi; dan b) Perilaku mencari kesehatan spesifik terapi hipertensi

2.4.3 Intervensi

Perencanaan keperawatan meliputi merumuskan tujuan dan kriteria hasil, serta intervensi keperawatan yang didasarkan atas diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Tujuan keperawatan mengacu kepada *Nursing Outcome Classification (NOC)* dan intervensi keperawatan mengacu kepada *Nursing Intervention Classification (NIC)*. NOC yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien adalah (Moorhead, 2008): a) Motivasi; b) Manajemen mandiri: penyakit hipertensi; c) Perilaku kepatuhan: obat yang diresepkan; d) Perilaku kepatuhan: diet yang sehat; e) Perilaku menurunkan berat badan; f) Perilaku mengurangi rokok; g) Pengetahuan: manajemen hipertensi; h) Pengetahuan: manajemen berat badan; i) Kontrol gejala: penyakit hipertensi; j) Kontrol risiko: penyakit kardiovaskular

NIC dalam Bulechek, et al. (2008), berkaitan dengan kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi adalah:

Universitas Indonesia

1. Manajemen perilaku: membantu pasien untuk mengontrol perilaku yang negatif. Intervensinya antara lain: a) Komunikasikan harapan atas pencapaian dalam mengontrol hipertensi; b) Konsultasikan bersama dengan keluarga untuk menguatkan pengetahuan dasar tentang penyakit hipertensi; c) Pertahankan bahwa pasien bertanggung jawab atas perilakunya; d) Tetapkan jadwal yang rutin dalam minum obat, diet, dan aktivitas; e) Cegah adanya interupsi; f) Hindari berargumentasi dengan pasien; g) Abaikan perilaku yang tidak tepat.
2. Modifikasi perilaku: meningkatkan perubahan perilaku. Intervensinya antara lain: a) Tentukan tingkat motivasi pasien untuk berubah; b) Bantu pasien dalam mengidentifikasi kemampuannya dalam mengontrol hipertensi; c) Dukung pasien untuk mengubah kebiasaan yang tidak baik dengan kebiasaan baik; d) Dukung pasien dalam menilai perilakunya sendiri; e) Identifikasi perilaku yang dapat diubah; f) Mulai dari yang mudah dan yang kecil dahulu; g) Eksplorasi untuk memakai umpan balik diri, untuk menguatkan kesadaran pasien dalam mengubah perilaku; h) Evaluasi perubahan perilaku dengan membandingkan perilaku awal dengan perilaku setelah intervensi.
3. Pendidikan, obat yang diresepkan: mempersiapkan pasien untuk meminum obat secara aman serta dapat memonitor efeknya. Intervensi yang dilakukan adalah: a) Instruksikan pasien untuk mengenal karakteristik pengobatan hipertensi; b) Informasikan kepada pasien nama dagang dan nama generik obat anti hipertensi yang dikonsumsi; c) Instruksikan kepada pasien tujuan dan cara kerja obat anti hipertensi; d) Instruksikan kepada pasien tentang dosis, cara minum dan durasi dari setiap obat anti hipertensi; e) Informasikan kepada pasien apa yang harus dilakukan bila dosisnya terlewatkan; f) Informasikan kepada pasien tentang konsekuensi dari tidak minum obat teratur atau henti obat; g) Instruksikan kepada pasien untuk mengenal efek samping obat; h) Informasikan tentang interaksi obat terhadap makanan lainnya.

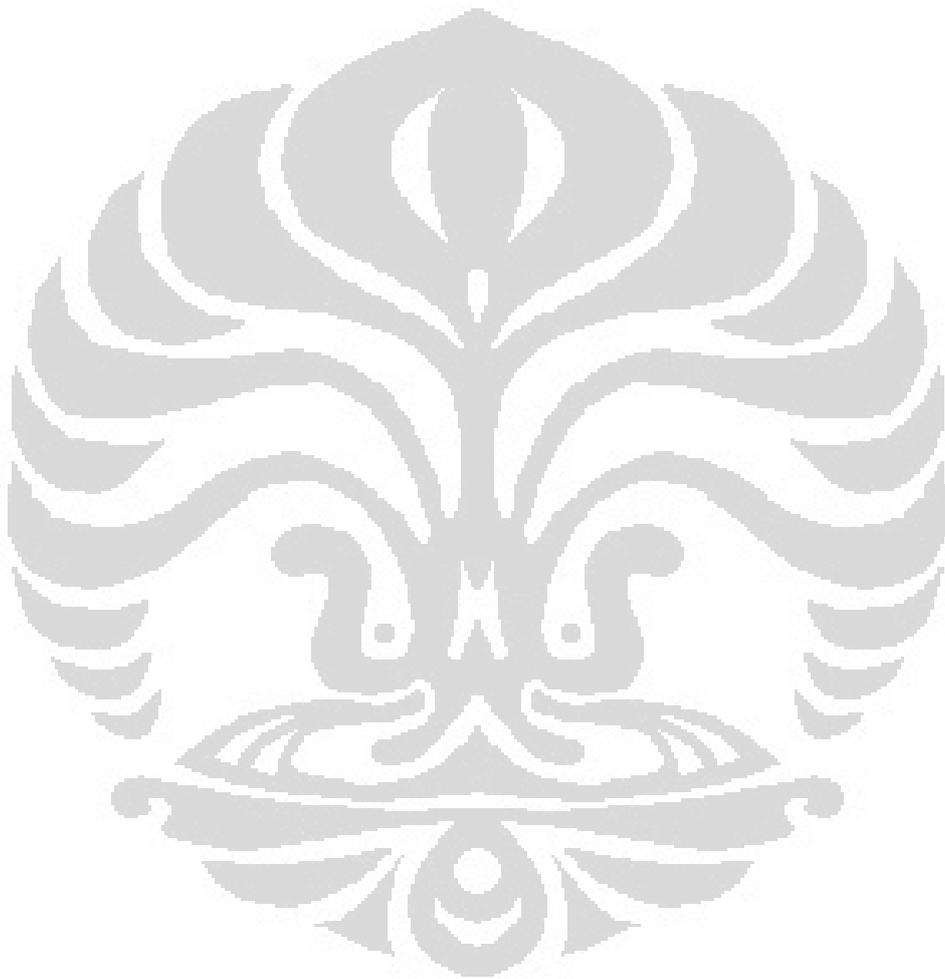
4. Pendidikan, pengaturan diet: menyiapkan pasien untuk mengikuti diet yang ditetapkan secara benar. Intervensinya meliputi: a) Nilai tingkat pengetahuan pasien tentang diet yang harus dilaksanakan; b) Jelaskan tujuan diet; c) Beri informasi kepada pasien berapa lama diet harus dilaksanakan; d) Instruksikan kepada pasien untuk membuat catatan makanan; e) Instruksikan kepada pasien untuk diet yang dianjurkan dan diet yang dibatasi atau dilarang; f) Libatkan keluarga dalam penyusunan diet; g) Bantu pasien dalam memilih makanan sesuai program diet.
5. Pendidikan, pengaturan aktivitas dan olahraga: menyiapkan pasien untuk memelihara dan meningkatkan tingkat aktivitas. Intervensi yang dilakukan adalah: a) Nilai tingkat pengetahuan pasien tentang latihan yang harus dilakukan; b) Informasikan kepada pasien tentang tujuan dan keuntungan dari latihan aktivitas tersebut; c) Instruksikan kepada pasien tentang bagaimana cara melakukan latihan aktivitas; d) Instruksikan kepada pasien tentang bagaimana memonitor latihan aktivitas yang dapat ditoleransi pasien; e) Instruksikan pasien untuk melakukan peregangan sebelum dan sesudah berolahraga; f) Instruksikan pasien untuk pemanasan sebelum memulai dan pendinginan setelah melakukan olahraga; g) Bantu pasien untuk menentukan periode istirahat; h) Observasi kemampuan pasien dalam melakukan latihan aktivitas.
6. Manajemen berat badan: memfasilitasi pemeliharaan berat badan yang ideal atau optimal dan mengendalikan persentase lemak tubuh. Intervensinya antara lain: a) Diskusikan dengan pasien tentang hubungan antara asupan makanan dan latihan yang mempengaruhi berat badan; b) Diskusikan dengan pasien tentang kebiasaan dan budaya yang mempengaruhi berat badan; c) Diskusikan dengan pasien tentang risiko kelebihan berat badan; d) Tetapkan dengan pasien berat badan ideal; e) Ukur indeks massa tubuh pasien; f) Rencanakan tujuan jangka pendek dan panjang; g) Dukung pasien untuk menuliskan jadwal latihan harian dan jadwal menu makanan yang realistis.

7. Pendampingan dalam penurunan berat badan: memfasilitasi penurunan berat badan dan lemak tubuh. Intervensi yang dapat dilakukan adalah: a) Tentukan motivasi dan keinginan pasien dalam menurunkan berat badan; b) Tentukan bersama dengan pasien target penurunan berat badan yang diinginkan; c) Tetapkan pencapaian penurunan berat badan tiap minggunya; d) Buat rencana yang realistis dengan pasien dalam mengurangi jumlah makanan dan meningkatkan pengeluaran energy; e) Tentukan pola makan, apa yang dimakan, kapan makan dan dimana harus makan; f) Rencanakan program latihan; g) Rencanakan menu harian dengan mengurangi kalori, mengurangi lemak dan mengurangi atau mengganti gula; h) Ajarkan pemilihan makanan ketika berada di restoran, ataupun acara sosial, yang sesuai dengan perencanaan dietnya.
8. Pendampingan dalam menghentikan rokok: membantu pasien berhenti merokok. Intervensinya meliputi: a) Catat riwayat merokok pasien; b) Nilai kesiapan pasien untuk belajar berhenti merokok; c) Monitor kesiapan pasien untuk berhenti merokok; d) Bantu pasien dalam mengidentifikasi alasan utama untuk berhenti merokok; e) Informasikan kepada pasien tentang gejala putus obat nikotin seperti sakit kepala, mual, kesemutan dan insomnia; f) Informasikan kepada pasien tentang penggunaan pengganti nikotin untuk mengurangi gejala tersebut; g) Bantu pasien dalam mengembangkan aspek psikososial yang mendukung henti rokok; h) Berikan penguatan dan penghargaan dalam memelihara gaya hidup tanpa rokok; i) Informasikan kepada pasien tentang hal yang akan terjadi setelah berhenti merokok, seperti mulut kering, batuk, tenggorokan gatal. Permen dapat membantu mengurangi masalah tersebut; j) Bila memungkinkan, pantau 2 tahun setelah berhenti untuk penguatan.

2.4.4 Evaluasi

Evaluasi kepatuhan terhadap program perawatan mandiri pasien hipertensi adalah (Smeltzer, 2006): a) Patuh terhadap pengobatan yang diresepkan, minum secara benar dan teratur, serta dapat melaporkan efek samping dari obat; b) Patuh

terhadap program diet, mengurangi garam, kalori dan lemak, serta meningkatkan konsumsi buah dan sayuran; c) Olahraga teratur; d) Teratur mengontrol tekanan darah; e) Tidak merokok dan mengurangi konsumsi alkohol.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif mempelajari setiap masalah dengan menemukannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau menginterpretasikan suatu fenomena yang berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Cresswell, 2002). Penelitian berfokus kepada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial yang bertujuan untuk memperoleh jawaban atas informasi mendalam tentang pengalaman sosial seseorang, khususnya kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi, dilihat dari sudut pandang orang tersebut (Pollit, Beck & Hugler, 2001).

Metode fenomenologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif. Fenomenologi deskriptif merangsang persepsi kita akan pengalaman hidup yang menekankan kekayaan, keluasan, dan kedalaman tentang kepatuhan pasien terhadap perawatan hipertensi. Melalui penelitian ini peneliti ingin mengeksplorasi lebih dalam tentang pengalaman kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi.

3.2 Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal. Pengambilan partisipan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu sampel yang memiliki karakteristik sesuai dengan maksud & tujuan penelitian (Speziale & Carpenter, 2003).

Ciri partisipan yang diambil adalah memiliki informasi yang dibutuhkan, memiliki kemampuan menceritakan pengalamannya atau memberikan informasi yang dibutuhkan, benar-benar terlibat dengan gejala, peristiwa, masalah itu dalam arti mereka mengalaminya secara langsung, bersedia ikut serta diwawancara, rela dan bersedia dengan keterlibatannya (Speziale & Carpenter, 2003). Berdasarkan

hal tersebut maka digunakan juga teknik *convenience sampling*, yaitu partisipan yang paling siap, tersedia dan nyaman untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Kriteria partisipan adalah pasien hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal dengan kriteria:

- a. Menjalani rawat jalan minimal 6 bulan di poliklinik
- b. Berusia 19 sampai dengan 60 tahun
- c. Dapat berkomunikasi dalam bahasa Indonesia dengan baik dan tidak mengalami gangguan bicara dan pendengaran
- d. Tidak memiliki komplikasi penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular
- e. Bersedia menjadi partisipan selama proses penelitian berlangsung.

Jumlah partisipan dalam penelitian ini direncanakan sebanyak 5 orang, atau sampai terjadi saturasi. Menurut Duker (1984) dalam Creswell (2002), jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif adalah 3 sampai 10 orang, tetapi jika saturasi telah tercapai dimana tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan pada pertanyaan yang sama maka pengambilan data dapat dihentikan dan jumlah partisipan tidak ditambah. Dalam pelaksanaan penelitian, jumlah partisipan mencapai 3 orang telah didapatkan saturasi dan tujuan tercapai.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSI Siti Hajar Kota Tegal. Pertimbangan pemilihan adalah RS tersebut terbuka untuk pengembangan pelayanan rawat jalan pasien hipertensi dan ada rencana untuk pembentukan kelompok khusus hipertensi di rumah sakit tersebut. Lokasi penelitian juga memberikan kemudahan administrasi dan fasilitas yang diperlukan untuk penelitian. Dalam pelaksanaan penelitian, partisipan lebih memilih untuk dilakukan wawancara mendalam di tempat tinggal partisipan dengan waktu wawancara sesuai dengan perjanjian dengan partisipan.

Waktu penelitian diawali dengan penyusunan proposal yang dimulai sejak bulan Januari sampai April, yang diuji proposal pada bulan Mei, pengambilan data dimulai pada bulan Juni, dan analisa data dilakukan pada bulan Juni 2012.

3.4 Pertimbangan Etik

Pertimbangan etik digunakan untuk melindungi partisipan dari hal yang merugikan partisipan. Penelitian menggunakan beberapa prinsip etik yang diterapkan dalam penelitian kualitatif, yaitu prinsip *beneficience*, prinsip menghargai martabat manusia (*respect to dignity*), dan prinsip keadilan (*justice*) (Pollit et al., 2001; Speziale & Carpenter, 2003).

Prinsip *beneficience*, peneliti memastikan kepada partisipan bahwa dalam penelitian yang dilakukan, bebas dari bahaya serta menjamin manfaat penelitian ini lebih besar dari risiko yang ditimbulkan (Pollit et al., 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti memberikan penjelasan dan jaminan kepada partisipan bila wawancara tidak akan membahayakan kondisi pasien dan manfaat yang didapatkan akan memberikan masukan yang sangat berharga bagi perkembangan keperawatan. Dengan mendapatkan data tentang pengalaman kepatuhan terhadap perawatan mandiri hipertensi, perawat dapat melakukan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan.

Prinsip menghargai martabat (*respect to dignity*) dipenuhi dengan memberikan hak untuk menentukan pilihan (*self determination*) dan hak mendapatkan penjelasan secara lengkap (*full disclosure*) (Pollit et al, 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti memenuhi hak partisipan dalam menentukan pilihan melalui penjelasan bahwa partisipan bersifat sukarela, bebas dan tidak ada paksaan. Bila partisipan tidak berkenan dan mengundurkan diri dalam proses, dipersilahkan peneliti dan tidak ada sanksi apapun. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan proses penelitian serta hak-hak pasien selama mengikuti penelitian sehingga partisipan bisa menentukan keikutsertaannya secara sukarela. Dalam penelitian ini partisipan bersedia untuk dilakukan wawancara dan tidak ada partisipan yang mengundurkan diri.

Prinsip keadilan (*justice*), adalah dengan memberikan perlakuan yang sama tanpa membedakan suku, agama, ataupun golongan, serta tidak membedakan status

sosial pendidikan dan ekonomi, termasuk tidak menyinggung kelemahan dasar yang dimiliki partisipan (Pollit et al., 2001; Speziale & Carpenter, 2003).

Peneliti telah melakukan prosedur *confidentiality* dan *anonymity*. Prinsip kerahasiaan (*confidentiality*) mewajibkan peneliti menjamin kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan oleh partisipan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Peneliti menjelaskan kerahasiaan hasil wawancara baik dalam bentuk rekaman maupun transkrip hanya diketahui oleh peneliti dan dosen pembimbing penelitian. Hasil wawancara dan transkrip verbatim dimasukkan ke dalam komputer pribadi dimana hanya peneliti saja yang dapat membukanya. Kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*) dijamin dengan tidak mencantumkan nama ataupun inisial partisipan dalam transkrip, tetapi menggunakan kode p (partisipan) sesuai dengan urutan wawancara untuk setiap partisipan.

Kesediaan partisipan tertuang dalam *informed consent*, dimana setelah ada kesepakatan antara partisipan dan peneliti dalam penelitian, maka partisipan membubuhkan tanda tangannya pada lembar *informed consent* sebagai bukti kesediaan pasien untuk berpartisipasi dalam penelitian. Lembar *informed consent* disimpan didalam file tersendiri dimana hanya peneliti saja yang dapat mengakses file tersebut.

3.5 Alat dan Metode Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara mendalam, catatan lapangan, dan alat perekam suara (tape recorder). Pada penelitian ini, peneliti sebagai pewawancara tunggal dan sebagai instrumen penelitian, secara langsung dan terbuka melakukan penggalian informasi tentang pengalaman kepatuhan pasien terhadap perawatan hipertensi.

Dalam melakukan wawancara, peneliti membuat rancangan wawancara berupa pedoman wawancara. Pedoman wawancara dibuat berdasarkan teori-teori yang relevan dengan masalah yang digali dalam penelitian. Pedoman wawancara dibuat mendalam, dimulai dengan pertanyaan terbuka, dan tidak bersifat kaku. Pertanyaan dapat berkembang sesuai proses yang sedang berlangsung selama

Universitas Indonesia

wawancara tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan. Pedoman wawancara dibuat untuk memudahkan peneliti supaya jalannya wawancara terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu pedoman wawancara digunakan untuk mengingatkan peneliti terhadap pokok permasalahan yang dibahas (Speziale & Carpenter, 2003).

Proses wawancara dilakukan di tempat tinggal partisipan, di ruangan yang menurut partisipan merasa nyaman. Partisipan pertama lebih nyaman berada di teras rumah dan kondisi di luar tempat tinggal partisipan agak sepi. Partisipan kedua memilih untuk melakukan wawancara di ruang tamu. Partisipan ketiga memilih untuk melakukan wawancara di teras rumah. Sebelum wawancara dimulai peneliti bersama dengan partisipan memodifikasi lingkungan supaya keadaan tenang dan terkendali, seperti meminta pasien untuk tidak membunyikan *handpone*. Wawancara dalam satu sesi berlangsung selama 40 sampai 60 menit, dan bila masih diperlukan dapat ditentukan sesi wawancara selanjutnya sesuai dengan jadwal partisipan. Selama wawancara berlangsung, peneliti merekam dengan alat perekam suara. Peneliti juga menyiapkan lembar catatan lapangan (*field note*), lembar penulisan hasil wawancara, lembar dokumentasi identitas partisipan yang disimpan tersendiri. *Field note* berisi catatan tentang respon non verbal yang muncul saat wawancara dilakukan, mendeskripsikan segala hal yang tidak dapat direkam secara audio.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini akan dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap persiapan, pelaksanaan, dan terminasi.

3.6.1 Tahap persiapan

Tahap ini dimulai dengan mendapatkan surat keterangan lulus uji etik dan surat pengantar permohonan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Surat lulus uji etik dan surat pengantar ijin penelitian kemudian ditujukan kepada Direktur RSI Siti Hajar Kota Tegal.

Setelah mendapatkan ijin penelitian dari rumah sakit, peneliti akan menjelaskan dan mendiskusikan kepada penanggung jawab klinik rawat jalan tentang karakteristik partisipan yang sesuai kriteria penelitian. Peneliti kemudian meminta dukungan dan bantuan dari penanggung jawab klinik rawat jalan tersebut untuk menseleksi calon partisipan berdasarkan kriteria yang ditetapkan melalui rekam medis pasien. Ketika calon partisipan yang sudah diseleksi berkunjung ke poliklinik, maka peneliti melakukan pendekatan.

Pendekatan kepada calon partisipan dimulai dengan memberikan penjelasan kepada partisipan tentang maksud dari penelitian dan peneliti kemudian akan memberikan *informed consent* kepada partisipan. Setelah partisipan menandatangani serta menyetujui pelaksanaan menjadi partisipan peneliti kemudian menanyakan kepada partisipan kesediaan waktu partisipan untuk dilakukan wawancara. Partisipan pertama memilih untuk dilakukan wawancara pada pagi hari, partisipan kedua dilakukan pada malam hari, dan partisipan ketiga memilih untuk dilakukan pada sore hari.

3.6.2 Tahap pelaksanaan

Selama wawancara, peneliti membuat suasana senyaman mungkin. Peneliti dan partisipan saling berhadapan dan jarak antara peneliti dengan partisipan cukup dekat. Peneliti menyiapkan alat tulis dan alat perekam suara yang diletakkan diatas meja antara peneliti dan partisipan agar selama wawancara proses perekaman bisa berjalan dengan baik dan jelas. Saat telah terjalin rasa percaya antara partisipan dengan peneliti dimana partisipan terlihat lebih terbuka, peneliti mulai melakukan wawancara mendalam.

Wawancara mendalam dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada partisipan “Kapan pertama kali Bapak/Ibu mengetahui terkena hipertensi?” Pertanyaan tersebut digunakan sebagai jembatan untuk memulai proses wawancara untuk masuk ke pertanyaan inti sesuai dengan pedoman wawancara. Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan inti. Peneliti mengikuti arah

jawaban yang diberikan oleh partisipan. Bila partisipan tidak mampu memberikan informasi, peneliti mencoba memberikan ilustrasi yang hampir sama dengan pertanyaan peneliti kemudian mempersilahkan kembali partisipan untuk menjawab pertanyaan peneliti.

Selama wawancara peneliti menuliskan ungkapan non verbal partisipan yang penting dengan menggunakan catatan lapangan dengan tujuan melengkapi hasil wawancara sehingga tidak menghilangkan unsur kealamiah data.

Sesi wawancara diakhiri dengan menyimpulkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih kepada partisipan atas kesediaan dan partisipasi partisipan dalam proses wawancara. Peneliti membuat kontrak kembali untuk meminta ijin kepada partisipan untuk melakukan validasi data melalui telepon.

3.6.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi akhir dilakukan peneliti setelah semua partisipan memvalidasi hasil transkrip verbatim dan rekaman wawancara. Peneliti memastikan hasil transkrip verbatim maupun wawancara sudah sesuai dengan fakta. Peneliti memastikan hasil wawancara di akhir wawancara dan memastikan transkrip verbatim kepada partisipan melalui telepon. Peneliti melakukan terminasi akhir dengan partisipan dan mengucapkan terima kasih serta memberikan *reward* atas kesediaan dan kerjasama partisipan ikut serta dalam proses penelitian dan menyampaikan bahwa proses penelitian telah selesai.

3.7 Pengolahan dan Analisis data

3.7.1 Pengolahan data

Proses pengolahan data dimulai dengan proses dokumentasi. Hasil wawancara yang direkam didengarkan berulang-ulang dan dipindahkan dalam bentuk verbatim yang kemudian digabung dengan catatan lapangan. Hasil verbatim dibuat dalam bentuk transkrip. Hasil transkrip dibaca berulang-ulang dan mendengarkan kembali hasil rekaman secara berulang untuk memastikan

keakuratannya. Data kemudian dipindahkan ke dalam file khusus di komputer dan dilakukan back up untuk menghindari kehilangan data.

Data yang telah terkumpul diberikan pengkodean (*coding*). Pengkodean dilakukan untuk memudahkan analisa data terhadap kata kunci dari partisipan satu dengan yang partisipan lainnya. Pengkodean dilakukan dengan memberikan angka 1,2 dan seterusnya pada kata kunci dan memberi kode P1 pada partisipan 1, P2 pada partisipan 2 dan kepada partisipan selanjutnya. Hal ini dilakukan untuk membedakan antara transkrip masing-masing partisipan.

3.7.2 Analisa Data

Analisa data merupakan proses berkelanjutan yang membutuhkan refleksi terus menerus terhadap data, mengajukan pertanyaan-pertanyaan analitis, dan menulis catatan singkat sepanjang penelitian (Creswell, 2002). Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi 1978 (Creswell, 2002), sebagai berikut:

- a. Membuat transkrip data untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan bermakna dari partisipan
- b. Membaca transkrip secara keseluruhan dan berulang-ulang
- c. Membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan
- d. Menentukan kategorisasi tersebut menjadi pernyataan-pernyataan bermakna dan saling berhubungan menjadi tema-tema potensial
- e. Mengelompokkan tema-tema sejenis menjadi tema-tema akhir, kemudian membandingkan atau memeriksa kembali dengan deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip
- f. Kembali kepada partisipan untuk konfirmasi atau verifikasi tema-tema tersebut dan jika mungkin mendapatkan tambahan data dapat digabungkan ke dalam tema-tema akhir

Tahapan yang dilakukan dimulai dengan tahap pertama yaitu melakukan pengumpulan data dan membuat transkrip data dengan cara mendengarkan berulang-ulang hasil rekaman yang kemudian menyusun hasil wawancara dalam

bentuk verbatim. Tahap kedua peneliti membaca berulang kali transkrip data sebanyak 4-5 kali, dalam 2 hari sehingga peneliti dapat menemukan makna data yang signifikan dan memberikan garis bawah pada pernyataan-pernyataan penting partisipan. Tahap ketiga menentukan kategori. Kategori merupakan proses yang rumit, disini peneliti harus mampu mengelompokkan data yang ada kedalam suatu kategori. Dalam menentukan kategori, peneliti berdiskusi dengan dua orang rekan yang sama-sama melakukan penelitian kualitatif. Kategori yang sudah ada kemudian dikelompokkan kedalam sub tema, dimana sub tema yang muncul dikelompokkan lagi menjadi tema-tema yang potensial. Tahap kelima menulis laporan. Dalam penulisan laporan peneliti harus mampu menuliskan setiap frasa, kata dan kalimat serta pengertian secara tepat sehingga dapat mendeskripsikan data dan hasil analisa.

3.8 Keabsahan Data

Proses keabsahan penelitian merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003). Validitas data merupakan upaya pemeriksaan terhadap akurasi hasil penelitian dengan memvalidasikan kembali hasil temuan kepada partisipan. Reliabilitas mengindikasikan bahwa pendekatan yang digunakan peneliti konsisten jika diterapkan oleh peneliti-peneliti lain dalam penelitian yang berbeda (Gibs 2007, dalam Creswell, 2002). Ada empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*) (Guba & Lincoln 1994, dalam Speziale & Carpenter, 2003).

3.8.1 Kepercayaan (*credibility*)

Credibility atau derajat kepercayaan adalah mencari data yang berbeda dengan data yang telah ditemukan dengan cara memperpanjang pengamatan atau memperlama observasi, diskusi, menggunakan kepustakaan dan melakukan proses pengecekan data yang diperoleh kepada partisipan (Lincoln & Guba, 1985 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Untuk mencapai *credibility*, pada saat wawancara pada lima menit terakhir sebelum sesi wawancara selesai, peneliti mencoba dengan pertanyaan klarifikasi apakah yang disampaikan oleh partisipan memang benar jawabannya dan tidak ada keraguan dari partisipan. Peneliti mengembalikan deskripsi hasil wawancara yang telah dibuat peneliti kepada partisipan untuk dilakukan *checking*, yang dilakukan melalui telepon. Peneliti juga meminta bantuan pembimbing untuk mengevaluasi deskripsi yang telah dibuat untuk meningkatkan kredibilitas hasil penelitian.

3.8.2 Keteralihan (*transferability*)

Transferability, disebut juga keteralihan, adalah bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan kepada orang lain dalam situasi yang sama (Speziale & Carpenter, 2003). Cara yang dilakukan peneliti dalam menjamin *transferability* hasil penelitian adalah dengan menggambarkan tema-tema yang telah diidentifikasi dari hasil penelitian kepada orang lain yang tidak terlibat dalam penelitian yang memiliki karakteristik yang sama. Tema-tema tersebut akan diklarifikasikan kepada pasien hipertensi lain yang bukan partisipan, apakah mereka merasakan hal yang sama atau berbeda dalam hal pengalaman kepatuhan terhadap perawatan hipertensi. Dalam hal ini peneliti melakukannya kepada calon partisipan keempat dan kelima yang tidak jadi diambil sebagai partisipan.

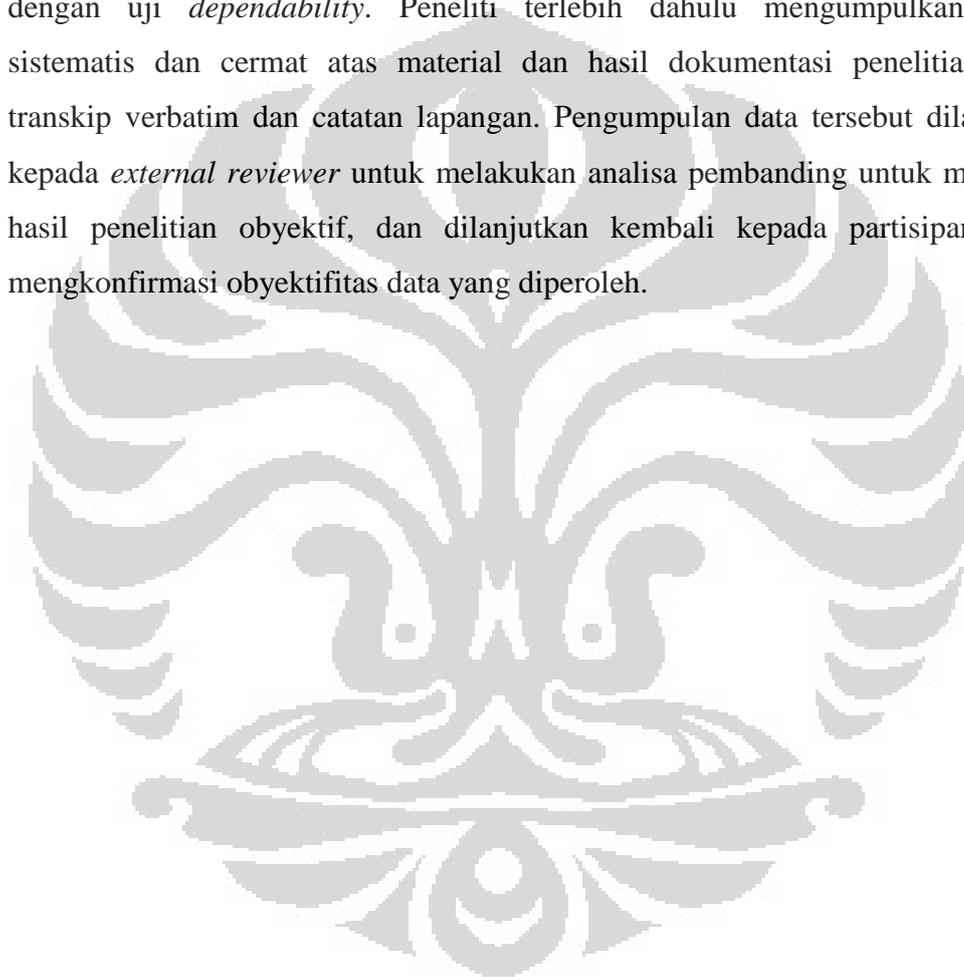
3.8.3 Kebergantungan (*dependability*)

Dependability dalam penelitian kuantitatif adalah suatu bentuk kestabilan data (Pollit et al., 2001). Peneliti telah melakukan *inquiry audit*, yaitu suatu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti kecermatan data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *External reviewer* dalam penelitian ini adalah dua orang rekan yang melakukan penelitian kualitatif, yaitu dari KMB dan Keperawatan Jiwa, serta dosen pembimbing yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti untuk memberi penekanan dan

arahan dalam menggunakan data dan hasil penelitian yang telah diperoleh untuk digunakan selama proses analisa data.

3.8.4 Kepastian (*confirmability*)

Confirmability atau kepastian, adalah bila sesuatu itu bersifat obyektif dan mendapat persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang (Speziale & Carpenter, 2003). Pengujian dilakukan bersama dengan uji *dependability*. Peneliti terlebih dahulu mengumpulkan secara sistematis dan cermat atas material dan hasil dokumentasi penelitian, yaitu transkrip verbatim dan catatan lapangan. Pengumpulan data tersebut dilanjutkan kepada *external reviewer* untuk melakukan analisa pembandingan untuk menjamin hasil penelitian obyektif, dan dilanjutkan kembali kepada partisipan untuk mengkonfirmasi obyektifitas data yang diperoleh.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini dibagi menjadi dua bagian, bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman kepatuhan terhadap perawatan mandiri pasien hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan berjumlah tiga orang, adalah pasien yang telah didiagnosa penyakit hipertensi dan melakukan kontrol di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal.

Partisipan pertama (P1) adalah ibu rumah tangga, berusia 45 tahun, dengan 3 orang anak. P1 pertama kali mengalami hipertensi sejak tahun 1996, dan melakukan kontrol di Poliklinik RSI Siti Hajar sejak tahun 2007.

Partisipan kedua (P2) adalah seorang laki-laki usia 38 tahun, dengan 2 orang anak. P2 bekerja sebagai teknisi mesin kapal di bengkel pelabuhan. P2 mempunyai kerja sampingan menyewakan sound system untuk acara hajatan. P2 pertama kali mengalami hipertensi pada tahun 2006 dan melakukan kontrol di Poliklinik RSI Siti Hajar sejak tahun 2007.

Partisipan ketiga (P3) seorang Ibu, berusia 51 tahun, bekerja sebagai guru di sebuah sekolah dasar. (P3) pertama kali mengalami hipertensi pada tahun 2009, dan melakukan kontrol di Poliklinik RSI Siti Hajar sejak tahun 2010. Ketiga partisipan beragama Islam dan semuanya adalah peserta Askes PNS.

4.2 Analisa Tematik

Berdasarkan hasil wawancara dan analisa tematik, dapat diidentifikasi enam tema utama yang memaparkan berbagai pengalaman partisipan terhadap kepatuhan dalam perawatan mandiri hipertensi, yaitu 1) pengalaman kepatuhan melakukan kontrol, 2) pengalaman menangani gejala dan komplikasi, 3) pengalaman

kepatuhan minum obat, 4) pengalaman kepatuhan mengelola diet, 5) kurang patuh melakukan olahraga, dan 6) kendala untuk patuh.

4.2.1 Pengalaman kepatuhan melakukan kontrol

Dalam tema ini, didapatkan beberapa fenomena yang dikelompokkan ke dalam sub tema antara lain 1) awal terkena hipertensi, pasien tidak langsung melakukan kontrol rutin, 2) hal yang mendukung partisipan melakukan kontrol rutin, dan 3) frekwensi melakukan kontrol.

Sebanyak dua partisipan menyatakan bahwa setelah mereka mengetahui terkena hipertensi, partisipan tidak langsung kontrol rutin, hanya melakukan pemeriksaan bila ada keluhan saja. Berikut beberapa pernyataan dari partisipan:

“Waktu dulu di Muarareja (Puskesmas), ndak (rutin). Ya paling-paling kalau pas pusing datang....” (P3)

“Ya, nggak ada yang dilakukan, cuman ... oh saya kena hipertensi ... waktu itu periksa kembali pas udah punya anak, tahun 2007.” ... Ndak tentu mas, ndak tentu, dulu ndak teratur.” (P2)

Subtema kedua adalah hal yang mendukung partisipan mau melakukan kontrol secara rutin. Berdasarkan analisa tematik terungkap bahwa partisipan melakukan kontrol secara rutin setelah partisipan menggunakan askes (P2), setelah pindah pelayanan kesehatan dari puskesmas ke rumah sakit (P1 dan P3), istri meminta untuk kontrol rutin (P2), serta partisipan menjadwalkan secara rutin (P3). Berikut beberapa pernyataan dari partisipan:

“... di Puskesmas Slerok ... Tahun 99 an mungkin sudah 150 (mmHg sistole) ... Setelah ada dokter keluarga (program askes), 2007 ke Siti Hajar. (Mulai kontrol rutin) Sudah sejak di Siti Hajar.” (P1)

“... tapi belum askes. Pake askes baru tahun 2010, tahun 2010, mulai teratur.” (P2)

(Istri bilang): “Saya juga yang minta. Takutnya kan karena ndak ada rasa sama sekali, barangkali tau-tau jatuh atau apa ndak ketahuan kan, yang jadi resiko itu.” (P2)

“... Kalau kontrol yang rutinnya ya di Siti Hajar. ... Alhamdulillah kalau di Siti Hajar aku cocok.” (P3)

“Tiap bulan, sebulan sekali. ... Ya lebih enak. Tadinya tiap 2 minggu, agak ribet. Kalau tiap bulan niteni (menandai) tanggal enak.” (P3)

Subtema ketiga adalah frekwensi dalam melakukan kontrol. Partisipan lebih memilih untuk kontrol tiap sebulan sekali. Partisipan kedua menyatakan kontrol tiap 1-2 bulan sekali, dengan alasan sibuk di pekerjaan. Berikut beberapa pernyataan dari partisipan terkait dengan frekwensi kontrol:

“... Tadinya seminggu sekali, tapi bu (dokter), malu lah seminggu sekali, jadi sebulan sekali.” (P1)

*“... tiap 1 bulan atau dua bulan periksa. Bu R tah (dokter) menganjurkan tiap satu bulan. Kadang saya sih sibuk, kadang ndak ada di rumah.”
“Kemarin sih kontrol 2 bulan.” (P2)*

“Tiap bulan, sebulan sekali. ... Ya lebih enak. Tadinya tiap 2 minggu, agak ribet.” (P3)

4.2.2 Pengalaman menangani gejala dan komplikasi

Pengalaman partisipan dalam menangani gejala dan komplikasi hipertensi mendapatkan subtema yaitu 1) perasaan takut dalam menghadapi hipertensi, 2) mengetahui dengan baik tentang hipertensi, 3) memeriksakan diri ketika mengalami gejala, serta 5) mempunyai pengalaman dirawat di RS.

P1 menceritakan bahwa ketika pertama kali mengalami hipertensi dan mengalami gejala pusing dan mimisan, mengatakan takut. Setelah melakukan kontrol rutin, P3 merasakan sudah bisa menanganinya dengan obat dan menganggap sudah biasa. Hal ini dibuktikan dengan ungkapan partisipan:

*“Ya dulu sih takut, sekarang ya kalau sudah rajin berobat ya sudah biasa. Pokoknya kita rajin tensi dan rajin minum obat, sudah aman saya kira.”
(P1)*

Partisipan juga mengetahui tentang hipertensi dengan baik, yang meliputi partisipan dapat mengenali gejala dengan baik, mengenali penyebab tekanan darahnya meningkat, serta dapat mengenali bahaya hipertensi.

Gejala yang dapat dikenali oleh partisipan adalah pusing, serta leher terasa kaku. Berikut beberapa ungkapan partisipan:

“Paling mumet, saya ndak ada alarm masalahnya.” (P1)

“Kalau kurang istirahat itu kepala leher agak cengeng, kaku gitu lho, sama agak mriang-mriang dikit.” (P2)

“Kadang kalau sudah pusing ya, ...langsung sininya (leher) kenceng-kenceng.” (P3)

Pengalaman yang didapat oleh partisipan dalam mengidentifikasi penyebab tekanan darahnya meningkat adalah karena sering pulang malam, kurang istirahat, makanan, pikiran, dan kecape'an. Berikut pernyataannya:

“Tapi yang kemarin mungkin satu bulan kemarin 170, karena terlalu banyak pulang malam, berarti setiap minggu 3-4 hari pulang malam.” (P2)

“Saya itu kecenderungan tensi naik, itu satu karena kurang istirahat” (P2)

“... kalau makan bakso langsung sininya (leher) kenceng-kenceng.” (P3)

“Tapi saya kira tensi tinggi tidak 100% karena makanan ya, kadang juga karena pikiran, kecapean juga bisa. Yang namanya manusia, pikiran kadang macem-macem gitu ya.” (P3)

Partisipan dapat mengenali bahaya hipertensi, yaitu stroke dan dapat mengakibatkan meninggal dunia. Berikut ungkapan partisipan:

“Ya kalau hipertensi ndak diobati, bisa pecah pembuluh darah di otak, jadi stroke.” (P1)

“Kalau ketinggalan (obat) kan bahaya juga kan, kita yang merasakan (sambil tertawa kecil). Kalau orang lain ya yang susah, kalau kitanya sakit.” (P1)

“Ya setahu saya tu, kalau hipertensi kalau sudah terlalu besar, kan itu menimbulkan pecah pada pembuluh darah yang membuat orang itu, dua macam lah pilihan, biasanya stroke atau langsung meninggal.” (P2)

Ketika partisipan mengalami gejala, partisipan langsung memeriksakan diri ke rumah sakit. P1 mengatakan bahwa selama ini tidak pernah merasakan pusing. P1 hanya merasakan satu kali gejala, yaitu mimisan pada malam hari. Saat itu poliklinik sudah tutup, sehingga langsung dibawa ke IGD RSUD Kardinah. P1

menyadari untuk tidak menunda kontrol karena mengetahui harus cepat dibawa ke dokter. Berikut ungkapan P1:

“Waktu itu kan perdarahan lewat hidung ... Saya kira kan ndak ada keluhan, ndak ada pusingnya. Langsung ke kardinah.” (P1)

P2 mengatakan selama ini yang dirasakan hanya 2 atau 3 kali mengalami pusing berputar-putar, setelah memeriksakan diri dan kontrol, P2 sudah tidak lagi pusing seperti tadi. Ungkapan partisipan adalah:

“Ya, mulai kontrol tekanan darah. Karena pernah saya merasa nggliyeng (pusing), pernah, pusing seperti berputar.” (P2)

P3 mengungkapkan, beberapa hari sebelumnya karena banyak pekerjaan, P3 merasakan pusing sekali dan langsung memeriksakan ke RS. Ungkapan P3 adalah:

“Kemarin aku pusing sekali, langsung ke siti hajar, tensinya 230, bawahnya 130” (P3)

Pengalaman partisipan ketika dirawat di rumah sakit dan penyebab partisipan masuk rumah sakit dapat menjadikan pengalaman yang berharga dan tak terlupakan bagi partisipan. Partisipan dapat mengidentifikasi penyebab masuk rumah sakit, dengan mengungkapkan masuk rumah sakit disebabkan karena pola makannya. Berikut pernyataan partisipan:

“Waktu itu kan perdarahan lewat hidung ... Pernah mimisan dan masuk rumah sakit tahun 2009, saat itu tensinya 210 an, yang inget malah bapak.” (P1)

“... lebih ati-ati, udah pernah kejadian kan buat pengalaman.” (P1)

“Pernah, pertengahan Januari sama awal Maret, 2011. Mungkin karena makanan. Aku kan pas habis makan, makan cumi, udang, mi goreng, ya itu. Yang pertama waktu itu juga habis sate kambing. Masuk rumah sakit di kardinah, 4 hari.” (P3)

“... Tidak sepenuhnya. ... (P3)

4.2.3 Pengalaman kepatuhan minum obat

Tema utama ketiga mengungkapkan pengalaman kepatuhan dalam minum obat hipertensi, dengan subtema adalah 1) situasi patuh minum obat, 2) mengganti obat karena keluhan, 3) usaha untuk patuh minum obat, dan 4) keluarga memotivasi minum obat.

Hasil wawancara mengungkapkan bahwa partisipan lebih patuh dan ingat minum obat ketika di rumah. P2 lebih memilih ketika istirahat kerja pulang sebentar untuk makan dan minum obat di rumah. P2 mengungkapkan bila membawa ke tempat kerja malah banyak lupanya. Hanya P3 yang meminum obat di kantornya. Berikut ungkapan yang mendukung

“Ya kalau di rumah inget terus tiap pagi.” (P1)

“Kadang dibawakan obat, tetep lupa juga ...” (P2)

“... minum obat di rumah, abis makan, malah bisa ingat ...”(P2)

“... kalau ndak sempet di rumah, aku minum di kantor ... (P3)

Dalam minum obat, partisipan mengalami keluhan, kemudian mengganti dengan obat yang lain. Keluhan yang dirasakan partisipan adalah pendengaran menurun dan batuk. Berikut keluhan yang diungkapkan:

“... sepertinya rasanya kupingnya budeg (pendengaran menurun). Agak tuli kalau minum obat terus. Abis itu obatnya diganti” (P2)

“... kalo captopril aku ndak cocok, batuk, terus diganti nifedipin.” (P3)

Partisipan juga ada usaha untuk dapat patuh minum obat. Usaha yang dilakukan adalah dengan selalu membawa obat dan menyempatkan pulang untuk minum obat. Ungkapannya adalah:

“ ... tapi mesti bawa (obat) ndak pernah ketinggalan.” (P1)

“... siangnya kan pulang, makan terus minum obat ...”(P2)

Anggota keluarga juga terlibat dalam memotivasi untuk minum obat. P2 adalah keluarga pasangan muda, sehingga yang lebih banyak memotivasi adalah istri,

sedangkan P3 sudah mempunyai cucu, maka yang lebih memotivasi adalah anaknya. Berikut ungkapannya:

(Istri bilang): "Saya juga yang minta. Takutnya kan karena ndak ada rasa sama sekali, barangkali tau-tau jatuh atau apa ndak ketahuan kan, yang jadi resiko itu. ... Kadang dibawakan obat, dipotongin, dibawa ke jatibogor." (P2)

"Paling anak-anak. Kadang kalau aku lagi pusing, ya anak-anak bilang, diminum obatnya ayo diminum, ni bu, dibukakan (obatnya)." (P3)

4.2.4 Pengalaman kepatuhan mengelola diet

Tema utama keempat mendapatkan subtema antara lain 1) mengenali makanan yang disarankan, 2) cara dalam mengatur menu makanan, 3) keluhan yang dirasakan selama perubahan pola makan, dan 4) perbaikan pola makan setelah dirawat

Hasil wawancara mendapatkan partisipan dapat mengenali beberapa makanan yang dilarang dan makanan yang dianjurkan, meskipun tidak menyebutkan secara detail makanan yang dianjurkan. Semua partisipan mengetahui makanan asin tidak boleh dikonsumsi dan hanya satu partisipan yang menyebutkan sayuran dan buah, meskipun menyebutkannya tidak lengkap. Berikut pernyataan yang mendukung:

"... kalau Chitato dan sejenisnya banyak pengawet, perasa." (P1)

"... makanan yang mengandung garam terlalu tinggi, daging kambing itu, sama makanan yang berlemak-lemak." (P2)

"... sayuran, buah, sama apalah." (P2)

"... mengurangi makan asin, krupuk diharapkan tidak boleh, karena banyak mengandung formalin." (P3)

Partisipan dalam pengaturan menu makanan, lebih menyukai untuk menghindari makanan yang tidak dianjurkan, dan keluarga ikut serta dalam mengatur menu makanan untuk partisipan. Berikut pernyataannya:

"Paling ngurangin asin. Sekarang ndak berani ikan asin." (P1)

“Makan sate juga ndak berani, sate kambing dah ndak berani. Masak sendiri, gorengan sekali makan, kalau makan sukanya anget.” (P1)

“... Chitato dan sejenisnya ndak pernah.” (P1)

“... biasa, ikut sama keluarga. Sayuran, buah, sama apalah. Tapi kalau ayam masih makan.” (P2)

Partisipan kedua mengungkapkan, mengalami perubahan pola makan, yang tadinya tidak ada pembatasan, sekarang pola makan dibatasi. Partisipan juga mengungkapkan keluhan dengan adanya pembatasan garam, maka tenaga akan berkurang, dengan alasan partisipan adalah pekerja berat. Berikut pernyataannya:

“Sekarang dah ndak makan lah, paling makan berapa lah, ndak seperti yang dulu-dulu.” (P2)

“Tapi kalau kurang asin tenaga juga kurang, kita kan butuhnya tenaga berat. Di bengkel. Itu kadang kerjanya itu ndak kuat, lemes, perlu tenaga besar kerja di bengkel. Kadang down karena ndak kuat sih, karena beban kerja.” (P2)

Pengalaman sakit dan dirawat di rumah sakit berpengaruh bagi pengaturan pola makan partisipan, dan lebih meningkatkan kepatuhan partisipan. Hal tersebut ditunjukkan oleh partisipan kedua. Berikut pernyataannya:

“... makanya sekarang dah ndak berani, lebih ati-ati, udah pernah kejadian kan buat pengalaman. ... Sekarang ya kalau sudah rajin berobat ya sudah biasa. Pokoknya kita rajin tensi dan rajin minum obat, sudah aman saya kira.” (P1)

Berbeda dengan yang ditunjukkan oleh partisipan ketiga. Meskipun partisipan pernah masuk RS karena makanan yang tidak terkontrol, partisipan mengaku tidak sepenuhnya ada perubahan dalam pengaturan pola makan. Berikut pernyataannya:

“Tidak sepenuhnya (ada perubahan). Paling mengurangi makan ...” (P3)

4.2.5 Kurang patuh melakukan olahraga

Tema utama kelima adalah pengalaman kurang patuh partisipan dalam melakukan olahraga. Ketika partisipan diwawancarai tentang bagaimana dengan olahraga yang dilakukan, partisipan pertama dan kedua menjawab dengan olahraga jalan.

Sehingga olahraga bagi partisipan adalah identik dengan jalan kaki. Meskipun partisipan pertama dan kedua melakukan olahraga, frekwensinya hanya seminggu sekali pada partisipan pertama.

“... kadang habis subuh jalan-jalan, bolak-balik, sendirian.” (P2)

“Paling jalan-jalan, mubengi (keliling) alun alun kalau hari minggu ...” (P1)

“Kalau ndak, jalan-jalan di PAI ...” (P1)

“... dari sini sampai texin, muter (keliling) jalan pala barat 2.” (P1)

Partisipan kedua menyadari manfaat dari olahraga, dan merasakan ketika berolahraga rutin, tekanan darahnya sempat turun.

“Kemarin itu waktu 140 (turun), olahraga saya agak rutin setiap pagi.” (P2)

Suami juga terlibat dalam memotivasi partisipan untuk mengajak olahraga.

“Bapaknya ngajak jalan-jalan, Bapak yang rajin ngajak jalan-jalan ... sama Bapak, sama anak. (P1)

Partisipan kedua lebih memilih waktu jalan kaki di pagi hari setelah sholat Subuh mengelilingi kompleks perumahan dengan frekwensi yang tidak terjadwal. Partisipan ketiga mengakui bahwa ia kurang dalam berolahraga. Dalam tema utama kelima ini didapatkan subtema yaitu 1) Menyadari manfaat dari olahraga, 2) cara berolahraga, dan 3) keluarga menemani olahraga.

4.2.6 Kendala untuk patuh

Hasil wawancara mengungkapkan bahwa partisipan mempunyai kendala/hambatan untuk patuh dalam menjalani perawatan mandiri. Kendala tersebut antara lain 1), tidak mematuhi instruksi karena alasan pekerjaan, 2) perilaku minum obat yang tidak teratur, 3) berbagai alasan tidak minum obat, 4) kesukaan yang susah untuk dihilangkan, 5) beberapa gangguan (godaan) dalam kepatuhan, 6) berbagai alasan tidak patuh berolahraga, serta 7) peran perawat yang belum optimal dalam memberikan perawatan hipertensi kepada partisipan.

Partisipan menunjukkan perilaku tidak patuh terhadap instruksi, dimana alasan partisipan adalah karena pekerjaannya. Berikut pernyataan partisipan:

"... Suruh istirahat dua hari sih, tapi mbandel, tetep berangkat. Aku termasuk pasien yang bandel (sambil tertawa)." (P3)

"... disuruh istirahat, tapi akunya ndak mau, soalnya lagi ujian sih. Lagi repot." (P3)

Perilaku minum obat yang tidak teratur juga terungkap dalam tema ini. Partisipan mengaku sering menunda minum obat dan diminum pada siang hari. Meskipun obat telah habis, pasien pun tidak berupaya untuk kontrol. Selain itu partisipan juga tidak rutin minum obat, kadang diminum, kadang tidak, sampai obatnya tersisa, dan minum obat hanya bila ada gejala saja. Berikut beberapa ungkapan yang menunjukkan perilaku tersebut:

"... kalau paginya lupa minum obat, siangnya saya minum." (P2)

"Ya, sempet habis, ndak minum obat. ... " (P2)

"Cuman itu obatnya yang ndak rutin. Obatnya nggak abis." (P3)

"... jadi tau kalau pusing, tensi sendiri, tahu tinggi terus minum obat. ... Pokoknya kalo ndak pusing ndak tak minum." (P3)

Partisipan tidak patuh dalam minum obat, mengemukakan beberapa alasan, antara lain karena aktivitas pagi hari yang terlalu sibuk sampai tidak meminum obat. Kemudian partisipan lain beralasan karena sedang keluar kota partisipan tidak minum obat karena takut sering buang air kecil di jalan. Berikut pernyataannya:

"Ya kalau keluar kota ... mau makan obat di jalan, takutnya kencing terus di jalan, akhirnya minumnya di rumah." (P1)

"Kadang kalau pagi terlalu sibuk ya, mau kerja ada yang belum beres, jadi lupa ndak minum." (P2)

Lupa menjadi alasan lain yang diungkapkan oleh partisipan. Partisipan mengungkapkan lupa, karena sedang berada di rumah saudara, dan partisipan lain karena pekerjaan lupa tidak minum obat. Pernyataan yang mendukung adalah:

“Kalau di rumah orang (saudara) kan banyak ngobrol, akhirnya kan obatnya di tas, lupanya disitu.” (P1)

“... dibawa ke Jatibogor (kerja), lupa ndak diminum sampai pulang ke rumah.” (P2)

Alasan lain yang disampaikan partisipan adalah partisipan mengaku malas minum obat. Ungkapan malas disampaikan sebagai berikut:

“Karena males (sambil tertawa). Aku emang dari kecil males minum obat. Ndak lupa, males aja.” (P3)

Kendala lain yang diungkapkan oleh partisipan adalah kebiasaan yang susah untuk dihilangkan, meskipun ada usaha dari partisipan untuk menguranginya. Kebiasaan yang terungkap adalah kebiasaan ngemil dan kebiasaan makan bakso dan jeroan. Berikut ungkapannya:

“... tapi saya memang senangnya ngemil. ... ya apa saja, kalau ada roti ya dimakan. Ngemil bangsane (misalnya) latopia, kalau ndak ya lapis legit.” (P1)

“Kadang-kadang sebulan sekali mengkonsumsi otak, paru, ...” (P3)

“... sekarang makan bakso seminggu sekali, ...” (P3)

Kendala selanjutnya adalah gangguan atau godaan dalam kepatuhan. Godaan yang dialami oleh partisipan adalah ketika hajatan atau kegiatan sosial lainnya, keinginan yang kadang timbul, mengikuti apa yang dimakan anak, serta seringnya membeli lauk. Berikut ungkapannya:

“... Ya, kalau ada acara saja, sate paling berapa tusuk, 1-2.” (P2)

“... kadang sok kepingin, ...” (P3)

“... Yang tadinya beli otak ngikutin anak sebulan dua kali, ya sekarang sebulan sekali.” (P3)

“Ya makan, tapi mengurangi lah. Seringnya kan beli ya (makanan), kalo masak kan udah cape.” (P3)

“... kalau dulu seminggu dua kali, sekarang makan bakso seminggu sekali, ya mengurangi lah.” (P3)

Partisipan mengungkapkan berbagai alasan tidak berolahraga sesuai dengan yang direkomendasikan. Berikut ungkapannya:

*“Iya, olahraga ndak sempet
Kadang habis subuh jalan-jalan, bolak-balik, sendirian.” (P2)*

“Yaa, olahraga disarankan, disuruh senam, di situ kan ada tiap hari minggu. ... Belum, belum pernah. Kalau ikut senam ininya (anaknya) rewel, dan juga repot.” (P1)

“Kurang olahraga, ndak sempet sih, makannya enak, minum obatnya males.” (P3)

Perawat di poliklinik rumah sakit belum terlibat dalam memberikan perawatan pasien hipertensi. Berikut pernyataan dari partisipan:

“Ndak, ndak pernah. Saya ndak pernah diberi penjelasan sama perawatnya.” (P1)

“Ndak, ndak ketemu perawatnya ... (P2)

Berbeda dengan perawat di puskesmas, perawat bertatap muka dengan partisipan, tetapi perawat hanya mengungkapkan sedikit tentang hipertensi. Pernyataannya adalah:

“Iya dikasih tahu sama perawat sana (puskesmas), Ibu terkena hipertensi bu, ati-ati jangan dulu pake motor, istirahat dulu, gitu” (P3)

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini terdiri dari tiga bagian utama yaitu bagian pertama membahas tentang interpretasi hasil temuan penelitian dengan membandingkan hasil penelitian dengan konsep-konsep, teori-teori, dan hasil penelitian terdahulu tentang kepatuhan pada perawatan mandiri pasien hipertensi. Bagian kedua mengemukakan berbagai keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan penelitian. Bagian ketiga mengungkapkan implikasi penelitian ini bagi perawatan mandiri pasien hipertensi serta bagi profesi keperawatan.

Tujuan utama dari penelitian adalah untuk mendapatkan makna kepatuhan pasien dalam melakukan perawatan mandiri pasien hipertensi. Pengalaman-pengalaman partisipan dalam melakukan perawatan mandiri, bagaimana partisipan melakukannya, strategi apa yang dilakukan partisipan, dukungan yang didapatkan, serta kendala yang dihadapi, terungkap ke dalam enam tema utama. Kelima tema utama tersebut adalah yaitu 1) pengalaman kepatuhan melakukan kontrol, 2) pengalaman menangani gejala dan komplikasi, 3) pengalaman kepatuhan minum obat, 4) pengalaman kepatuhan mengelola diet, dan 5) kurang patuh melakukan olahraga, dan 6) kendala untuk patuh.

5.1 Interpretasi hasil

5.1.1 Pengalaman kepatuhan kontrol

Hasil studi menemukan bahwa partisipan cenderung tidak kontrol rutin pada awal terkena hipertensi. Hal tersebut bisa terjadi karena partisipan tidak merasakan gejala yang mengganggu aktivitasnya. Dalam wawancara kepada partisipan, P1 baru diketahui terkena hipertensi ketika melakukan pemeriksaan tekanan darah rutin sebelum suntik KB. P1 baru melakukan pemeriksaan setelah beberapa tahun kemudian tekanan darahnya cenderung naik. Begitu juga dengan partisipan P2. P2 diketahui terkena hipertensi ketika akan melakukan pemeriksaan tekanan darah untuk persyaratan pra nikah. Setelah itu P2 tidak melakukan apapun. Baru setelah tahun 2007 ada keluhan, P2 baru mau melakukan kontrol rutin.

Pengalaman tersebut diatas sesuai dengan yang disampaikan oleh Riaz (2012), bahwa pasien yang pertama kali mengalami hipertensi, berada dalam tahap asimtomatik. Dalam jangka waktu tertentu akan berkembang menjadi hipertensi komplikasi, yang berakibat kerusakan pada organ target. Hipertensi yang seringkali asimptomatik tersebut, membuat semakin sulit untuk mendiagnosa dan mengelola hipertensi dan sebanyak sepertiga dari pasien hipertensi tidak peduli dengan kondisi mereka (DeSimone & Crowe, 2007).

Partisipan setelah menggunakan askes, melakukan kontrol secara rutin. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembiayaan juga menjadi pertimbangan dalam pengobatan hipertensi. Selain itu partisipan baru melakukan kontrol rutin setelah pindah pelayanan kesehatan dari puskesmas ke rumah sakit. Seperti diketahui, dalam satu hari puskesmas harus melayani banyak pasien, bisa sampai 150 pasien. Pelayanan juga hanya sampai jam 13.00. Hal tersebut memberi dampak pelayanan tidak optimal. Pasien hipertensi yang seharusnya diberikan penjelasan tentang penyakitnya, dengan kondisi tersebut akan sulit untuk diberikan penjelasan. Pasien hanya diberikan resep obat saja, tanpa mengetahui apa yang harus dilakukannya. Hasil wawancara mengungkapkan partisipan memang mengeluhkan obat dari puskesmas kurang cocok dan mengantri lama, serta harus ijin kerja bila akan kontrol. Karena hal tersebut, partisipan pindah ke pelayanan kesehatan lain yang lebih nyaman dan didukung oleh askes, yaitu ke poliklinik RS. Berdasarkan diskusi dengan dokter poliklinik, di rumah sakit tersebut memberikan waktu yang lebih dibandingkan dengan di puskesmas. Dalam wawancara dengan partisipan terungkap bahwa partisipan selain kontrol, juga sekaligus berkonsultasi dengan dokternya. Hal tersebut sesuai dengan studi lainnya, bahwa meluangkan waktu untuk konsultasi dengan pasien akan meningkatkan kepatuhan dalam kontrol (Qureshi, Hatcher, Chaturvedi, & Jafar, 2007). Dalam studinya di Pakistan, dimana "*general practitioner*" meluangkan waktunya selama 10 menit kepada pasien untuk berkonsultasi dan ternyata memberikan manfaat dalam meningkatkan kepatuhan pasien.

Keterlibatan istri untuk mendukung suami melakukan kontrol rutin juga terungkap dalam penelitian ini. Istri meminta partisipan untuk selalu periksa karena takut bahaya hipertensi. Hal ini didukung oleh studi dari Qureshi et al. (2007). Dukungan keluarga dapat mengubah perilaku yang awalnya tidak kontrol menjadi kontrol rutin dan kepatuhannya akan meningkat

Frekwensi melakukan kontrol rutin dari partisipan adalah sebulan sekali. Frekwensi kontrol rutin dilihat dari derajat hipertensi pasien dan keluhan yang dirasakan atau kerusakan organ target yang dialaminya. Bila pasien meningkat ke hipertensi derajat dua atau sudah ada kerusakan organ target, misalnya ada DM, maka dokter bisa meminta pasien untuk lebih sering melakukan kontrol. Dalam pedoman oleh JNC 7 disebutkan bahwa pada hipertensi derajat 1 dapat melakukan kontrol tiap 2 bulan sekali. Hipertensi derajat 2 dapat melakukan kontrol tiap 1 bulan sekali, atau bisa lebih sering 1 minggu sekali bila ada risiko penyakit kardiovaskular dan adanya kerusakan organ target.

Partisipan juga ada usaha untuk mengingat kontrol dengan menandai tanggal kapan ia harus melakukan kontrol. Hal ini dapat dijadikan sebagai strategi bagi pasien lain untuk meningkatkan kontrol. Perawat dapat menguatkan perilaku tersebut dengan cara memberikan kalender saku dan menjadwalkan bersama pasien untuk kunjungan berikutnya.

5.1.2 Pengalaman menangani gejala dan komplikasi

Hasil penelitian mendapatkan partisipan mengetahui tentang hipertensi dengan baik, dibuktikan dengan partisipan dapat menyebutkan dan mengenali gejala hipertensi serta mengetahui tindakan apa yang harus dilakukannya, partisipan juga dapat mengidentifikasi faktor apa yang dapat meningkatkan tekanan darahnya dan mengerti tentang bahaya dari penyakit jantung. Pasien menyebutkan hipertensi bisa mengakibatkan stroke. Sebenarnya hipertensi juga dapat mengakibatkan penyakit jantung seperti infark miokard, atau pun gagal jantung.

Berdasarkan studi dari Hashmi et al. (2007), pengetahuan pasien tentang hipertensi bermakna dalam meningkatkan kepatuhan. Pasien memiliki kesadaran tentang faktor risiko hipertensi akan memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan pada pasien yang kurang pengetahuannya.

Peningkatan pengetahuan pasien hipertensi dapat dilakukan salah satunya dengan pendidikan kesehatan metode diskusi kelompok. Metode ini akan meningkatkan pengetahuan pasien tentang hipertensi dan terjadi perubahan perilaku kesehatan seseorang (Utami, Doeljahman, & Sureni, 2003). Dijelaskan pula dalam pedoman NICE (2006), bahwa untuk meningkatkan kepatuhan pasien, strategi yang dilakukan adalah dengan memonitor tekanan darah dan memberikan dukungan yang positif, serta mendiskusikan tentang gejala, pengobatan dan modifikasi gaya hidup.

5.1.3 Pengalaman kepatuhan minum obat

Hasil studi menunjukkan partisipan mengalami keluhan ketika minum obat, yaitu pendengaran menurun dan batuk. Keluhan tersebut terjadi karena obat. Pendengaran menurun dikarenakan dari efek ototoksik yang dimiliki oleh obat diuretik, yaitu furosemid dan asam etakrinat. Obat jenis tersebut merupakan diuretik yang berefek kuat dibanding diuretik jenis lain. Manifestasi ototoksik adalah pada gangguan pendengaran sensorineural, tinnitus dan vertigo. Ketulian sementara ini mungkin disebabkan oleh perubahan komposisi elektrolit cairan endolimfe. Untuk mengatasinya adalah dengan mengganti diuretik jenis lain, yaitu thiazide (Lyrawati, 2008).

Keluhan lain adalah batuk, merupakan keluhan yang dirasakan pada 5% pasien hipertensi yang mendapatkan pengobatan ACEI dan harus mengganti obatnya (Yusuf dalam McCulloch, 2010). Pada 38-55% pasien, batuk akan menghilang dalam waktu 6 bulan (Reisin & Schneeweiss dalam McCulloch, 2010). Salah satu obatnya adalah captopril. Captopril menghambat pembentukan angiotensin II dari prekursor angiotensin I yang inaktif. ACEI bertanggungjawab terhadap degradasi kinin termasuk bradikinin yang mempunyai efek vasodilatasi (Lyrawati, 2008).

Sebelum mengganti obat, perlu dikaji kembali apakah batuknya karena obat ataukah karena ada faktor penyebab lain, misalnya karena gagal jantungnya. Bila penyebabnya karena obat, maka tindakan yang dapat dilakukan adalah mengubah waktu pemberian dan menurunkan dosis obat. Selain itu dapat pula diberikan antitusif untuk memberikan kenyamanan pasien. Bila batuk tetap ada, maka dapat dipertimbangkan pemilihan obat lain (McCulloch, 2010).

Peningkatan kepatuhan minum obat dapat dilakukan dengan menguatkan beberapa faktor. Faktor tersebut adalah dengan memberikan pemahaman tentang kebutuhan dan efektivitas dari pengobatan, menguatkan dukungan yang ada, (Hashmi, 2007).

Penting bagi dokter dan perawat untuk menjelaskan efek samping dari pengobatan, sehingga pasien bisa mengidentifikasi efek samping tersebut, melaporkannya kepada dokter sehingga dapat dilakukan evaluasi terhadap pemberian obat tersebut. Dengan demikian pasien tidak akan berhenti minum obat dan kepatuhan pasien akan meningkat.

Hasil studi menunjukkan motivasi atau dukungan sosial keluarga diberikan kepada partisipan dalam minum obat. Hasil studi lainnya menunjukkan bahwa yang meningkatkan kepatuhan dalam minum obat adalah dukungan dari keluarga, pengetahuan yang lebih tinggi, memiliki keyakinan terhadap pengobatan, dan dijelaskannya tujuan dari pengobatan (Qureshi et al., 2007).

5.1.4 Pengalaman kepatuhan mengelola diet

Dalam pengaturan diet, partisipan lebih memperhatikan jenis makanan apa saja yang tidak diperbolehkan.

Dalam pedoman pengaturan makanan yang diterbitkan oleh NICE (NHS Choice 2011) dalam Kennedy (2011), menyebutkan bahwa diet yang sehat adalah tercapainya keseimbangan dari beberapa jenis makanan, antara lain 1) makanan jenis roti, kentang, nasi, dan tepung-tepungan sejumlah 33% dari total diet, 2) buah dan sayuran sejumlah 33% dari total diet, 3) susu dan sejenisnya sejumlah

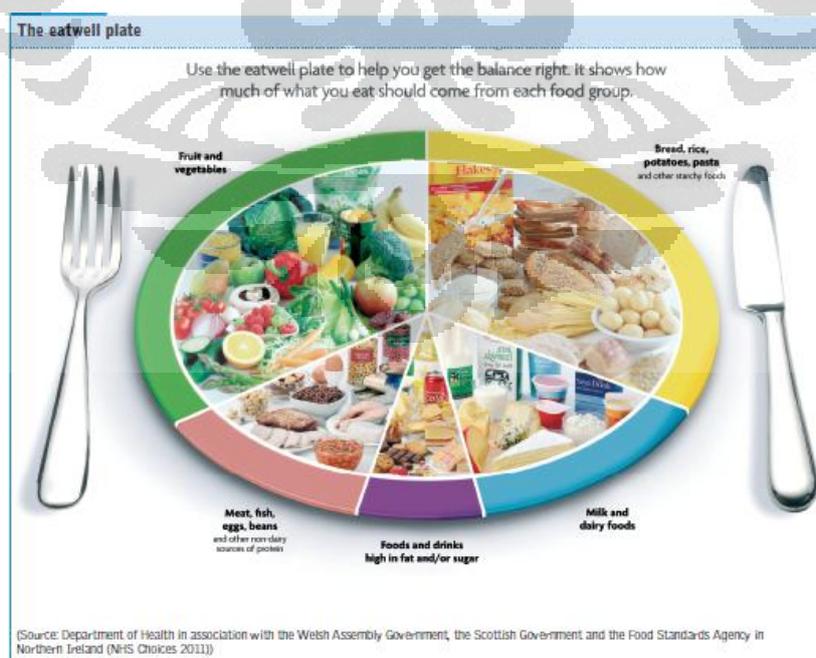
Universitas Indonesia

15% dari total diet, 4) daging, ikan, telur, kacang-kacangan sejumlah 12% dari total diet, dan 5) makanan dan minuman manis atau berlemak sejumlah 8% dari total diet. Dengan pengaturan menu makanan yang seimbang, maka pasien tidak akan mengeluhkan kekurangan energi karena perubahan pola makan tersebut.

Untuk memudahkan perawat dalam memberikan penjelasan kepada pasien tentang diet yang sehat, maka NHS Choice 2011 memberikan panduan berupa “eatwell plate” atau piring makanan sehat dan 8 tip menu seimbang untuk sehat yaitu 1) bahan dasar makanan adalah tepung (nasi, atau gandum), 2) makan banyak sayur dan buah, 3) makan banyak ikan (segar, bukan ikan asin), 4) kurangi lemak jenuh dan gula, 5) makan sedikit garam kurang dari 6 gram per hari (1 sendok teh), 6) selalu aktif dan berat badan ideal, 7) minum banyak air, dan 8) jangan lupakan sarapan. Dengan kedua cara tersebut, akan memudahkan pasien mengingat dan mengatur pola makannya.

Berikut gambar yang memudahkan untuk menjelaskan:

Gambar 5.1. Menu makanan seimbang: *eatwell plate*



Sumber: diambil dari NHS Choise 2011 dalam Kennedy (2011).

Universitas Indonesia

5.1.5 Kurang patuh melakukan olahraga

Hasil studi mendapatkan bahwa partisipan cenderung untuk melakukan olahraga jalan. Sebenarnya partisipan bisa memilih jenis olahraga yang lain seperti jogging, bersepeda, *treadmill*, atau renang. Aerobik seperti jalan, jogging, sepeda statis atau kombinasi, mempunyai efek secara klinis meskipun relatif kecil dalam menurunkan tekanan darah (Manfredini et al., 2009). Partisipan melakukan olahraga seminggu sekali, yaitu hanya pada hari Minggu. Frekwensi dan kualitas olahraga masih jauh dari yang direkomendasikan. Frekwensi yang dianjurkan untuk dapat menurunkan tekanan darah secara efektif adalah 3-5 kali dalam seminggu, tetapi akan lebih baik bila dilakukan tiap hari atau mendekati hampir setiap hari dengan durasi yang disarankan adalah 30-40 menit. (Pescatello, 2004). Intensitas latihan yang dianjurkan adalah latihan dengan intensitas sedang, yang akan meningkatkan keuntungan latihan dan menurunkan efek samping dari latihan tersebut. Bila latihan terlalu kuat, maka akan meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular dan risiko cedera orthopedi, serta kepatuhan pasien terhadap latihan akan menjadi sangat rendah. (Pescatello, 2004).

Hal yang sangat penting untuk menekankan kepada pasien bahwa kunci sukses dalam olahraga adalah konsistensi waktu. Perawat dapat ikut serta dalam menguatkan pasien untuk memulai secara perlahan dan meningkatkan kualitas latihan secara bertahap. Perawat dapat memotivasi olahraga dengan mengecek tekanan darah sebelum dan sesudah latihan (Frost & Topp, 2006). Hal lain yang dapat dilakukan, perawat dapat menyarankan untuk menggunakan pedometer pada pasien, sehingga intensitas latihan jalan tercapai, yaitu mencapai 10.000 langkah dalam sehari. (Manfredini et al., 2009).

Ketika latihan berat pasien diingatkan untuk tidak menahan napas, karena dapat meningkatkan tekanan darah. Pasien diingatkan juga bahwa obat antihipertensi dan diuretik dapat menyebabkan dehidrasi dan dapat menyebabkan tekanan darah menurun drastis bila tiba-tiba menghentikan latihan, karena itu, harus dilakukan pendinginan.

5.1.6 Kendala untuk patuh

Kepatuhan merupakan masalah yang kompleks. Hal ini terlihat dari partisipan ketiga dimana pengetahuan partisipan terhadap hipertensi baik, tetapi menunjukkan perilaku tidak patuh terhadap instruksi. Egan et al dalam Hashmi (2007), menjelaskan tentang perilaku yang tidak patuh, misalnya karena lupa, efek samping, dan tidak menyukai minum obat. Perawat harus memahami faktor sosial yang menyebabkan pasien berperilaku tidak patuh terhadap instruksi. Pendekatan kepada pasien dilakukan dengan menyempatkan diri untuk memberikan pemahaman lebih dalam tentang bagaimana terapi/instruksi mempengaruhi “kehidupan” mereka. Dengan mengenal pasien dan segala macamnya, akan membuat perawat dapat meningkatkan hubungan dan dapat menurunkan resistensi terhadap pelayanan kesehatan (Russell, Daly, Hughes, & Op't Hoog, 2003).

Dukungan sosial dari keluarga untuk melaksanakan diet yang baik juga belum optimal. Hal ini tergambar pada partisipan ketiga, yaitu partisipan cenderung mengikuti pola makan anaknya, dan hal ini diakui oleh partisipan. Hal ini sesuai dengan hasil studi yang dilakukan Utami et al. (2002), bahwa dukungan sosial yang diberikan oleh anggota keluarga dalam pengaturan pola makan adalah rendah. Dukungan sosial yang dapat diberikan antara lain dalam bentuk pemberian nasehat, mengingatkan, atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dalam menu pasien hipertensi. Dukungan sosial juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai, dan termasuk bagian dari masyarakat (Utami et al, 2002). Untuk meningkatkan kepatuhan mengelola diet, perawat harus melibatkan salah satu anggota keluarga dalam konseling hipertensi, sehingga anggota keluarga mengetahui program diet yang harus dijalani pasien dan anggota keluarga dapat memberikan dukungan yang optimal.

Dari hasil studi didapatkan bahwa gangguan dalam mengatur pola makan berasal dari lingkungan sosial, yaitu lingkungan pekerjaan. Dengan menggunakan pengaturan pola makan dari NHS Choice 2011 dan 8 tips tersebut, pasien diharapkan bisa mengendalikan pola makan menjadi sehat.

Hasil studi juga menemukan bahwa belum ada keterlibatan perawat dalam meningkatkan kepatuhan pasien. Sebenarnya perawat berpotensi dalam meningkatkan kepatuhan (Fahey dalam Qureshi et al, 2007). Strategi lain yang dapat dilaksanakan dalam meningkatkan kepatuhan adalah dengan menempatkan staff spesialis khusus perawatan hipertensi untuk menangani pasien hipertensi. Cara tersebut mempunyai dampak positif dalam mengontrol hipertensi (Bansal dalam Qureshi et al, 2007). Bahkan "*American Society of Hypertension*" mengadakan program "*Hypertension specialist*" dan memberi sertifikasi berupa "*clinical specialist in hypertension*" (Krakoff dalam Qureshi et al, 2007). Bila hal tersebut juga dapat dilakukan di Indonesia, maka perawat akan lebih terlibat dalam meningkatkan kepatuhan perawatan mandiri pasien hipertensi.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Peran peneliti sebagai instrumen dalam penelitian kualitatif mempengaruhi hasil temuan penelitian. Keterbatasan penelitian antara lain:

1. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa dalam melakukan wawancara mendalam kurang optimal, dikarenakan peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif. Ketika wawancara dengan partisipan pertama, peneliti tanpa sadar lebih banyak memberikan pertanyaan tertutup dan agak mengarahkan partisipan. Hal tersebut peneliti sadari setelah membuat transkrip wawancara, sehingga peneliti lebih berhati-hati ketika melakukan wawancara dengan partisipan lain.
2. Peneliti tidak sepenuhnya dapat mengendalikan lingkungan. Terdapat beberapa gangguan seperti wawancara diselingi dengan menemani anak. Hal ini terjadi pada partisipan pertama dan ketiga, tetapi secara keseluruhan lingkungan tidak mengganggu untuk dilakukan wawancara, karena partisipan mengungkapkan dalam keadaan santai dan tidak merasa terganggu, tingkat kebisingan yang rendah dan suara dapat direkam ke dalam tape recorder.
3. Pelaksanaan validasi hasil wawancara tidak dilakukan melalui pertemuan. Validasi dilakukan melalui telepon dengan meminta ijin kesediaan waktu partisipan.

5.3 Implikasi hasil penelitian

Hasil penelitian memiliki beberapa implikasi bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan dalam mengelola penyakit dan meningkatkan kepatuhan pada pasien hipertensi. Bagi pasien hipertensi sendiri, hasil penelitian dapat memberikan gambaran tentang bagaimana strategi partisipan dalam meningkatkan kepatuhan serta hal-hal apa saja yang menjadi kendala dalam kepatuhan tersebut. Diharapkan pasien dapat belajar dari pengalaman-pengalaman tersebut untuk dapat meningkatkan kepatuhannya.

Bagi pelayanan keperawatan, penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting yang berhubungan dengan pengalaman kepatuhan dalam perawatan mandiri pasien hipertensi. Pengalaman-pengalaman ini menjelaskan tentang apa upaya yang dilakukan oleh partisipan, dan hambatan atau gangguan apa saja yang dialami oleh partisipan dalam meningkatkan kepatuhan. Perawat diharapkan dapat memahami lebih dalam tentang makna kepatuhan dan bagaimana strategi dalam pencapaian kepatuhan tersebut. Perawat dapat menggunakan hasil penelitian sebagai dasar untuk menyusun pengkajian untuk menilai tingkat kepatuhan. Perawat dapat melakukan konseling kepada pasien hipertensi dengan menekankan kepada pengalaman kepatuhan pasien hipertensi. Dalam setiap konseling setidaknya meluangkan waktu kepada pasien akan sangat bermanfaat untuk meningkatkan kepatuhan pasien. Dukungan sosial anggota keluarga juga tidak boleh dilupakan sehingga perawat bisa meminta pasien untuk mengajak salah satu anggota keluarga ketika melakukan kontrol/konseling. Konseling dapat dimulai dengan memberikan pemahaman yang benar tentang hipertensi, kemudian secara bertahap menjelaskan tentang pentingnya minum obat teratur, berolahraga, dan mengatur makanan yang seimbang. Konseling juga perlu mendiskusikan kepada pasien tentang bagaimana cara pelaksanaan yang tepat dalam berolahraga, serta cara mengatur makanan yang seimbang.

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan tentang makna pengalaman kepatuhan pasien terhadap perawatan mandiri, yaitu:

1. Pengalaman kepatuhan melakukan kontrol rutin. Hasil penelitian mendapatkan bahwa partisipan pada awal terkena hipertensi, tidak langsung melakukan kontrol yang rutin. Partisipan baru melakukan kontrol rutin setelah mengeluhkan ada gejala, setelah menggunakan askes, dan setelah pindah pelayanan kesehatan. Partisipan lebih suka untuk melakukan kontrol rutin tiap satu bulan sekali.
2. Pengalaman partisipan dalam menangani gejala dan komplikasi. Pada awal menghadapi hipertensi, partisipan memiliki perasaan takut, setelah itu dengan kontrol yang rutin, perasaan tersebut hilang. Partisipan mengetahui dengan baik tentang hipertensi, meliputi: dapat mengenali gejala dengan baik, mengenali penyebab tekanan darah meningkat, serta mengenali bahaya hipertensi. Partisipan memeriksakan diri ketika mengalami gejala, serta pengalaman dirawat di RS menjadikan partisipan lebih berhati-hati.
3. Pengalaman kepatuhan minum obat mengungkapkan tentang situasi untuk patuh minum obat, yaitu lebih ingat minum obat ketika di rumah. Kemudian partisipan dapat mengenali keluhan minum obat sehingga obat dapat diganti. Partisipan ada usaha untuk patuh minum obat, yaitu dengan selalu membawa obat kemanapun partisipan pergi, dan minum obat setelah makan siang akan lebih membuat partisipan ingat. Motivasi keluarga dalam minum obat terungkap dengan jelas.
4. Pengalaman kepatuhan mengelola diet. Dalam mengelola diet, partisipan belum melakukan pengaturan diet sesuai dengan yang direkomendasikan. Meskipun partisipan dapat mengenali makanan yang disarankan dan dilarang, cara dalam mengatur diet belum maksimal sesuai dengan anjuran. Partisipan ada yang mengeluhkan dari perubahan pola makan tersebut. Pengaturan diet partisipan lebih ketat pada partisipan yang pernah dirawat.

5. Pengalaman kepatuhan melakukan olahraga. Partisipan belum melakukan olahraga secara optimal dari yang direkomendasikan, meliputi jenis olahraga, durasi olahraga, frekwensi olahraga, serta intensitas olahraganya.
6. Kendala untuk patuh. Kendala atau hambatan untuk patuh terhadap perawatan mandiri partisipan adalah dari tenaga kesehatan, peran perawat belum optimal dalam memberikan perawatan hipertensi. Dilihat dari pasien, tampak jelas bahwa kendalanya adalah alasan partisipan tidak mematuhi instruksi karena pekerjaan. Kemudian perilaku partisipan dalam minum obat yang tidak teratur, berbagai alasan partisipan tidak minum obat, kesukaan yang memang susah untuk dihilangkan, gangguan yang harus dihadapi dalam kepatuhan, serta berbagai alasan untuk tidak patuh minum obat.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi pelayanan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian, untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam perawatan hipertensi terutama kepada pasien baru, perlu dilakukan konseling khusus, supaya tidak muncul rasa khawatir atau takut dalam menangani hipertensi.

Untuk menjaga kepatuhan pasien yang sudah lama, juga perlu dilakukan konseling yang terprogram pada tiap kontrol. Konseling dilakukan setelah pasien melakukan kontrol rutin, akan bermanfaat dalam memelihara kepatuhan pasien.

Selain itu dalam melakukan konseling, pasien perlu didampingi oleh anggota keluarga, sehingga anggota keluarga ikut memotivasi dan memberi dukungan kepada pasien dalam melakukan perawatan mandiri.

Perlu dilakukan peningkatan pengetahuan pasien tentang diet hipertensi sesuai dengan rekomendasi. Pasien perlu diajarkan menu makanan yang dapat diaplikasikan di rumah sehingga pasien dapat mengelola penyakitnya dengan baik.

Askes sebagai penjamin pembiayaan pasien, perlu mengembangkan pembiayaan hipertensi ke arah nonfarmakologi, seperti membuat ruang khusus untuk

olahraga pasien, memperbanyak family gathering untuk pasien hipertensi, sehingga motivasi pasien meningkat.

Hipertensi masih menjadi penyebab kematian ke tiga di Indonesia, maka perlu dibentuk program untuk meningkatkan kepatuhan pasien, tidak hanya kepatuhan minum obat, tetapi juga kepatuhan terhadap terapi nonfarmakologinya. Untuk itu perlu dibuat sebuah pusat perawatan hipertensi di tiap kabupaten/kota dengan wewenang berada di bawah Dinas Kesehatan Kab/Kota. Pusat perawatan hipertensi nantinya akan menjadi pusat konseling bagi pasien hipertensi, menyediakan fasilitas-fasilitas untuk menunjang perawatan hipertensi seperti sarana olahraga dan produk makanan yang tidak membahayakan pasien.

6.2.2 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Pertimbangan untuk merancang program untuk membantu meningkatkan kepatuhan pasien melalui konseling yang terprogram. Untuk tahap awal dapat membuat buku pedoman atau panduan bagi perawat dalam mengelola hipertensi.

6.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Pada penelitian ini, hambatan pasien dalam memenuhi kepatuhan perawatan hipertensi, salah satu masalah adalah kurangnya dukungan sosial dari anggota keluarga kepada pasien dalam mengelola diet dan melakukan olahraga. Perlu diteliti lebih lanjut tentang sejauh mana pengaruh dukungan sosial dari anggota keluarga, dan bagaimana peranan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan perawatan mandiri pasien hipertensi.

Daftar Referensi

- Albert, N.M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical Care Nurse*, 28 (5), 54-64
- Alparslan, B.G., & Akdemir, N. (2010). Effects of walking and relaxation exercises on controlling hypertension. *Journal of the Australian Traditional Medicine Society*, 16 (1), 9-14.
- Alspach, J.A. (2011). Medication adherence before and after a stay in critical care: what nurses need to know. *Critical Care Nurse*. 31 (4), 10-14
- Aminuddin, A., Zakaria, Z., Nordin, N. A. M. M., Karim, A. A. H, Maskon, O., Pei, T. S., Fadzilah, F. M. (2011). Effect of graded aerobic exercise training on blood pressure changes in women with elevated blood pressure. *International Medical Journal*, 18 (3), 207-211
- Breen, J. (2008). An introduction to causes, detection and management of hypertension. *Nursing Standard*, 23 (14), 42-46
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (5th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- Casey, G. (2011). Blood and hypertension: the damage of too much pressure. *Continuing professional development Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 17 (8), 26-31
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Gren, L.A., Izzo, J.L., Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T., Rocella, E.J., and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: Hypertension (JNC 7). *Journal of the American Heart Association*, 42, 1206-1252.
- Corwin, Elizabeth J., (2001). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Creswell, J.W. (2002). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. London: Sage Publication Inc.
- Departemen Kesehatan RI (2008). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007: Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007: Laporan Jawa Tengah 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.

Universitas Indonesia

- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI.
- DeSimone, M.E., Crowe, A. (2009). Nonpharmacological approaches in the management of hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 189-196.
- Frost, K. L. & Topp, R. (2006). A physical activity rx for the hypertensive patient. *The Nurse Practitioner Journal*, 31 (4), 29-39.
- Geleijnse, J.M., Kok, F.J., Grobbee, D.E., (2004). Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in western population. *European Journal of Public Health*, 14 (3), 235-239.
- Gohar, F., Greenfield, S.M., Beevers, D.G., Lip, G.Y.H., Jolly, K., (2008). Self care and adherence to medication: A survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8 (4), 1-9.
- Hartono, B. (2011). Hipertensi: The silent killer. Diterima dari www.inash.or.id
- Hashmi, S.K., Afridi, M.B., Abbas, K., Sajwani, R.A., Saleheen, D., et al. (2007). Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS ONE* 2 (3), e280.
- Herdman, T.H. (2010). *NANDA International. Diagnosa keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2009-2011* (Sumarwati M dkk. Alih Bahasa). Jakarta: EGC
- Kennedy, S. (2011). The role of diet in lowering blood pressure. *Nursing Standard. Art & Science Nutrition Focus*. 25 (48), 39-47.
- Kim, Y. & Evangelista, L.S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37 (3), 271-281.
- Lyrwati, D. (2008). Farmakologi hipertensi. Diterima dari <http://lyrawati.files.wordpress.com>
- Manfredini, F. Malagoni, A.M., Mandini, S., Boari, B., Felisatti, M., Zamboni, P., Manfredini, R. (2009). Sport therapy for hypertension: Why, how, and how much? *Angiology*. 60 (2), 207-216.
- Mazzaglia, G., Ambrosioni, E., Alacqua, M., Filippi, A., Sessa, E., Immordino, V., Borghi, C., Brignoli, O., Caputi, A.P., Cricelli, C., Mantovani, L.G. (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular

- morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Journal of the American Heart Association*. 120, 1598-1605
- McCulloch, D.K. (2010). *Hypertension, Diagnosis and Treatment Guideline*. GroupHealth. Diterima dari <http://www.ghc.org>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (4th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- National Institutes of Health [NIH], National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]. (2006). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. NIH publication.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2006). *Hypertension: Management of hypertension in adults in primary care*. NICE publication.
- Pollit, P.F., Beck, C.T., & Hugler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods appraisal and utilization*. (3rd ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Potter, P.A. & Perry, A.G., (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice)*. (Asih Y. Alih Bahasa). Ed. 4 Vol.1. Jakarta: EGC.
- Price, S.A., Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit vol.1. Edisi VI*. Jakarta: EGC
- Qureshi, N.N., Hatcher, J., Chaturvedi, N., Jafar, T.H. (2007). Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1-8
- Reddy, K.S. & Katan, M.B. (2004). Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutrition*, 7 (1A), 167-186
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2005). *Nursing management of hypertension*. RNAO Nursing Best Practice Guidelines Program.
- Riaz, K. (2012). *Hypertension treatment and management*. Medscape reference. Diterima dari <http://emedicine.medscape.com>
- Rigsby, B.D. (2011). Hypertension improvement through healthy lifestyle modifications. *ABNF Journal*. 41-43.

- Russell, S., Daly, J., Hughes, E., & Op't Hoog, C. (2003). Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 281-287.
- Sigarlaki. H.J.O (2006). Karakteristik dan faktor berhubungan dengan hipertensi di Desa Bocor Kec. Bulus Pesantren Kab. Kebumen Jawa Tengah. *Jurnal Makara Kesehatan*, 10 (2), 78-88
- Smeltzer, S., & Bare (2008). *Brunner & suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research ini nursing advancing humanistic imperative (3rd ed)*. Philadelphia: Lippincott.
- Sugiharto, A. (2007). *Faktor-faktor risiko hipertensi grade II pada masyarakat: Studi kasus di Kab. Karanganyar*. Program Studi Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro. Tesis dipublikasikan di <http://www.eprints.undip.ac.id>.
- Susalit, E., Kapojos, E.J., Lubis, H.R. (2001). *Hipertensi primer* dalam Suyono, S., Lesmana, L., Alwi, I. dkk. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II. Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Tsiantou, V., Pantzou, P., Pavi, E., Koulierakis, G., Kyriopoulos, J. (2010). Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: Result from a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 4, 335-343.
- Utami, S., Doeljahman, M., Sureni, I. (2002). Pendidikan kesehatan pada anggota keluarga dan dukungan sosialnya pada perilaku makan penderita hipertensi. *Sains Kesehatan*, 16 (3), 451-463.
- Williams, B. Poulter, N.R., Brown, M.J., Davis, M., McInnes, G.T., Potter, J.F., Seveer, P.S., Thom, M. (2004). Guidelines for management of hypertension: Report of the fourth workng party of the British Hypertension Society 2004-(BHS IV). *Journal of Human Hypertension*, 18 (3), 139-185.
- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group, (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*, 21 (11), 1983-1992
- World Health Organization. (2003). *Chapter XIII: Hypertension. In Adherence to long term therapies: evidence for action*. 107-114

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 1

No	Penyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"Ya, nggak ada yang dilakukin, cuman .. oh saya kena hipertensi. . . " (P2)	Kontrol	Tidak melakukan apapun	Awal hipertensi, tidak langsung kontrol rutin	Pengalaman kepe melakukan kontrol
2	"... waktu itu periksa kembali pas udah punya anak tahun 2007. " (P2)	Kontrol/ periksa	Memunda kontrol		
3	"Waktu dulu di Universitas (Purbasari), udah rutin). Ya paling-paling kalau pas pusing datang...." (P3)	Kontrol	Tidak rutin		
4	"...Mak tau mau, udah tau dulu udah teratur." (P2)	Kontrol	Tidak rutin		
1	"... Setelah ada dokter keluarga 2007 ke Siti Hajar. (Mulai kontrol rutin) Sudah sejak di Siti Hajar." (P1)	Askes	Askes	Hal yang mendukung kontrol rutin	
2	"... tapi belum adek. Pake adek baru tahun 2010, tahun 2010, mulai teratur." (P2)	Askes	Askes		
3	(Istri bilang): "Sapa yang minta" (P1)	Istri	Pemintaan istri		
4	"... Kalau kontrol yang rutinnya ya di Siti Hajar. ... Alhamdulillah kalau di Siti Hajar itu cocok." (P3)	Siti Hajar (RS)	Tempat pelayanan kesehatan		
5	"... Ya pokoknya tak titeni aja (memandai tanggal) ... " (P3)	Memandai	Menjadwalkan kontrol		
1	"... Jadwalnya seminggu sekali tapi bu (dokter), wala (oh seminggu sekali jadi sebulan sekali." (P1)	Satu bulan	Malu bila seminggu sekali	Frekwensi kontrol	
2	"Tiga bulan sebulan sekali ... Ya lebih enak Jadwalnya tiap 2 minggu, agak ribet." (P3)	Satu bulan	Lebih enak satu bulan		
3	"... tiap 1 bulan atau dua bulan periksa. Bu R (dokter) menyarankan tiap satu bulan. Kadang saya sih sibuk kadang nggak ada di rumah." "Kamarnya sih kontrol 2 bulan." (P2)	Satu bulan	Anjuran dokter		

esia

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 2

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"Ya dulu säk takut" (P1)	Takut	Menghadapi hipertensi	Perasaan takut menghadapi hipertensi	
1	"Paling mumet, saya ndak ada alam mäadänya." (P1)	Pusing	Mengenaläi gejala hipertensi	Mengenaläi tentang hipertensi	Pengalaman menängani gejala dan kompläkasi
2	"... kepala leher agak cängäng, kakägu itu lho, sama agak märing-märing dikit." (P2)	Leher kaku			
3	"Kadang kalau sudah pusingnya, ... langsung sämpäa (leher) käncäng-käncäng." (P3)	Pusing Leher kaku			
1	"... karena terädi banyak pulang malam, berarti setiap minggu 3-4 hari pulang malam." (P2)	Pulang malam			
2	"Saya itu kecänderungan tenäi nakä itu satu karena kurang istirahat	Kurang istirahat	Mengenaläi penyebab TD meningkat		
3	"... kalau makan baäka langsung sämpäa (leher) käncäng-käncäng" (P3)	Makanan			
4	"... kadang juga karena pikiran, kecapeän juga bisa. Yang namanya manusia pikiran kadang macäm-macäm gitu ya." (P3)	Pikiran Kecapeän			
1	"Ya kalau hipertensi ndak diaä bisa pecäh pembuluh darädi di otak, jadi stroke." (P1)	Stroke	Mengenaläi bahaya hipertensi		
2	"Kalau ketinggian (obat) kan baänya juga kan ..." (P1)	Tidak minum obat			
3	"Ya setuju setuju, kalau hipertensi kalau sudah terädi baäar, kan itu menimbulkan pecäh pada pembuluh darädi yang membuat orang itu diäar macäm lah pähäan, bisaänya stroke atau langsung meninggal." (P2)	Stroke Meninggal			
1	"Waktu itu kan pädaräanäan lewat hidung ... Langsung ke karädiä." (P1)	Komplikasi	Rujukan		
2	"Ya, mulai karädi tekanan darädi. Karena päriäan saya merasa keälitängäng (pusing), päriäan, päriäan seperti berputar." (P2)	Timbul gejala	Periksa	Memeriksaäi diri ketika mengalami gejala	
3	"Kemarin ada pusing sekali, langsung ke säni iqäar, tensinya 230, bärnänya 130" (P3)	Timbul gejala	Periksa		

sia

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 2

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"... masuk rumah sakit tahun 2009, (awal puasa) saat itu tersanya 210 an ... " (P1)	Dirawat di RS	Riwayat masuk RS	Pengalaman masuk RS	Pengalaman menangani gejala dan komplikasi
2	"Pernah, pertengahan Januari sama awal Maret 2011." (P3)	Dirawat di RS			
3	"Mungkin karena makanan. Aku kan pacar habis makan, makan cumi, udang, migorng, ya itu. Yang pertama waktu itu juga habis sore kembang. Masuk rumah sakit di kar diarah 4 hari." (P3)	Alasan masuk	Perubahan perilaku setelah dirawat		
4	"... lebih ati-ati udah pernah kejadian kan buat pengalasan " (P1)	Ati-ati			
5	"... Tidak sepenuhnya ... " (P3)	Mengurangi makan			

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 3

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"Ya kalau di rumah inget terus tiap pagi " (P1)	Di rumah	Situasi minum obat	Situasi patuh minum obat	Pengalaman kepatuhan minum obat
1	"... sepektinya rasanya bu pingnya bu deg (pendengaran menurun). Agak tuli kalau minum obat terus. Abis itu obatnya diganti " (P2)	Pendengaran menurun	Mengganti obat	Mengganti obat karena keluhan	
2	"... kalo captopril aku nggak cocok banget, terus diganti riflopin " (P3)	Batuk			
1	"... tapi meski bawa (obat) nggak pernah ketinggalan " (P1)	Membawa obat	Membawa obat	Usaha patuh minum obat	
2	"... siangnya kan pulang, makan terus minum obat ... " (P2)	Minum obat di rumah	Pulang ke rumah		
1	(Istri bilang) "Sana juga yang minat ... " (P2)	Motivasi istri	Motivasi	Keluarga memotivasi minum obat	
2	"Kadang dibantu obat diproteksi, dibawa ke jaria ogor..." (P2)	Dibantu istri			
3	"Paling anak-anak. Kadang kalau aku lagi pulang, ya anak-anak bilang diminum obatnya apa diminum, nih, dibuakan (obatnya)." (P3)	Motivasi anak			

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 4

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"... kalau Chitato dan sejenisnya banyak pengawet, perasa." (P1)	Pengawet	Makanan yang dihindari	Mengetahui makanan yang disarankan	Pengalaman kepatuhan mengelola diet
2	"... makanan yang mengandung garam terlalu tinggi, daging kambing itu, sama makanan yang berlemak-lemak." (P2)	Memu makanan			
3	"... mengurangi makan asin, krupuk dibarapkan tidak boleh, karena banyak mengandung lemak." (P3)	Asinan Pengawet			
4	"... sayuran, buah sama apokat." (P2)	Sayur-buah			
1	"Paling ngurangi asin. Sekarang tidak berani ikan asin." (P1)	Mengurangi	Mengatur menu	Cara mengatur menu	Pengalaman kepatuhan mengelola diet
2	"Makanan yang juga tidak berani, sama kambing dan tidak berani..." (P1)	Menghindari			
3	"... Chitato dan sejenisnya tidak berani." (P1)	Menghindari			
4	"... biasa, itu sama keluarga. Sayuran, buah, sawi, paprika. Tapi kalau ayam masih makan." (P2)	Ikut keluarga			
1	"Sekarang dia tidak makan ikan, paling makan beberapa ikan, tidak seperti yang dulu-dulu." (P2)	Perubahan makan	Perubahan pola makan	Keluhan selama pola makan berubah	Pengalaman kepatuhan mengelola diet
2	"Tapi kalau kurang asin tenaga juga kurang. Kita kan butuh tenaga berat. Di bengkel. Itu kadang nyerjinya itu tidak kuat, lemas, perlu tenaga besar kerja di bengkel. Kadang aburni karena tidak kuat sih, karena beban kerja." (P2)	Keluhan kurang energi			
1	"... makanya sekarang dia tidak berani, lebih anti-asin, udah pernah kejadian kan buah pengawetan..." (P1)	Lebih berhati-hati	Perubahan pola makan	Perbaikan pola makan setelah dirawat	Pengalaman kepatuhan mengelola diet
2	"Tidak sepeunya (sdr) perubakany. Paling mengurangi makan." (P3)	Ada perubahan			

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 5

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"Kemar in itu waktu 140 (turun), olahraga saja agak rutin setiap pagi." (P2)	Olahraga TD turun	Olahraga menurunkan TD	Merasakan manfaat olahraga	Pengalaman kepatuhan melakukan olahraga
1	"... kadang habis subuh jalan-jalan, bolak-balik, sendirian." (P2)	Jalan sendirian	Bentuk olahraga	Cara berolahraga	
2	"Paling jalan-jalan, mubeng, atau jalan ke rumah, ke sini, ke situ." (P1)	Minggu	Waktu olahraga		
3	"... dari sini sampai rumah, misal (beling) jalan pada barak 2." (P1)	Jalan keliling	Intensitas olahraga		
4	"Kalau tidak, jalan-jalan di PAI..." (P1)	Jalan di Pantai	Tempat olahraga		
1	"Bapaknya ngajak jalan-jalan, Bapak yang rajin ngajak jalan-jalan... sama Bapak, sama anak." (P1)	Suami-anak menemani	Keluarga menemani	Keluarga menemani olahraga	

ANALISA TRANSKIP VERBATIM TEMA 6



No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"Nggak nggak pernah sama nggak pernah diberi penjelasan sama perawatnya." (P1)	Perawat	Perawat tidak menjelaskan	Peran perawat belum tampak	
2	"Nggak nggak pernah perawatnya ..." (P2)	Perawat	Menjelaskan sekilas		
3	"Ya dibarengi tau sama perawat sama (Puskesmas), itu terencana dipertensi itu."	Perawat	Menjelaskan sekilas		
1	"... Suruh istirahat dua hari aja, tapi mbandel, tetap berangkat. Aku termasuk pasien yang bandel (sambil tertawa)." (P3)	Mbandel Bekerja	Menolak instruksi	Tidak paruh insubisi karena pekerjaan	
2	"... disuruh istirahat tapi aku nggak nahan, soalnya lagi ujian sih. Lagi repot." (P3)	Menolak Repot	Menolak karena repot		
1	"... kalau paginya lupa minum obat siangnya juga minum." (P2)	Minum siang	Waktu tidak tepat	Perilaku minum obat tidak teratur	Kendala hambatan untuk paruh
2	"Ya, sempat habis, nggak minum obat ..." (P2)	Obat habis	Terlambat periksa		
3	"... Cuma itu obatnya yang nggak rutin. Obatnya nggak abis." (P3)	Tidak rutin	Obat tidak rutin		
4	"... jadi tau kalau pusing, tensi rendah, tau ini lagi terus minum obat ... Pokoknya kalo nggak pusing nggak tau minum (P3)	Minum obat bila pusing	Obat tidak rutin		
1	"Ya kalau keluar kota ... mau makan obat di jalan, itu nyukur kemring terus di jalan, abisnya mau nyukur di rumah." (P1)	Keluar kota	Aktivitas	Alasan tidak paruh minum obat	
2	"Kadang kalau pagi terlewat sibuknya, mau berangkat yang belum beres, jadi lupa nggak minum." (P2)	Pagi terlewat sibuk	Lupa		
3	"Kalau di rumah orang (saudara) kan banyak ngobrol, abisnya makan obatnya di situ, lupanya gitu." (P1)	Lupa	Lupa		
4	"... di rumah ke Jatibogor (saya), lupa nggak di minum sampai pulang ke rumah." (P3)	Pekerjaan	Pekerjaan		
5	"Karena males (sambil tertawa). Aku emang dari kecil males minum obat. Nggak lupa, males aja." (P3)	Males	Males		
1	"... tapi saya memang senengnya ngemil ... ya apa saja, kalau ada roti ya dimakan. Ngemil bangane (mistranya) kaperin, kalau nggak ya lapis legit." (P1)	Ngemil	Kebiasaan makan	Kesukaan yang susah dihilangkan	
2	"Kadang-kadang sebelum sakit mengkonsumsi otak, paku ..." (P3)	Jeroan			
3	"... sekarang makan bakso seminggu sekali ..." (P3)	Bakso			

sia

No	Pernyataan	Kata Kunci	Kategori	Sub Tema	Tema
1	"... Ya, kalau ada acara saya, saya paling berangkat duluan. 1-2." (P2)	Hajatan	Kegiatan sosial	Gangguan dalam kepatuhan	Kendala dalam melakukan kepatuhan
2	"... kadang sok kepengin..." (P3)	Keinginan	Keinginan		
3	"... Yang tadinya beli obat ngitungin anak-sebutan dia kan kali ya sekarang sebulan sekali..." (P3)	Ikutan anak	Dukungan kurang		
4	"Ya makan, tapi mengurangi lah. Seringnya kan beli ya (makanan), kalo masak kan udah cape..." (P3)	Beli makanan	Membeli makanan		
1	"Ya, olahraga disarankan, diurutin seminggu di situ kan ada tiap hari minggu... Belum, belum pernah. Kalau ikut renang itu aja (anak-anak) renang, dan juga repot..." (P1)	Senam Repot	Tidak memanfaatkan fasilitas RS	Alasan tidak patuh berolahraga	
2	"Iya, olahraga nggak sempat" (P2)	Tidak sempat	Tidak menyempatkan		
3	"Kurang olahraga, nggak sempat sih..." (P3)	Tidak sempat	Dukungan kurang		
4	"Kadang habis subuh, jatah-jatah, bolak-balik, sendirian..." (P2)	Sendirian			

sia



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

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

Nomor : 25 44/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

30 Mei 2012

Yth. Direktur
RSI Siti Hajar Kota Tegal
Jawa Tengah

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

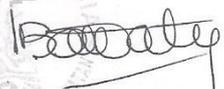
Sdr. Sadar Prihandana
NPM 1006748873

akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Studi Fenomenologi: Pengalaman Kepatuhan Perawatan Diri pada Pasien Hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSI Siti Hajar Kota Tegal.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


 Dewi Irawaty, MA, PhD
 NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peringgal

Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Studi Fenomenologi: Pengalaman Kepatuhan Perawatan Mandiri pada Pasien Hipertensi di Poliklinik RSI Siti Hajar Kota Tegal.

Nama peneliti utama : Sadar Prihandana

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

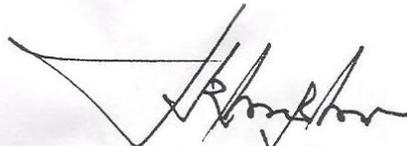
Jakarta, 8 Juni 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

NIP. 19550207 198003 2 001

Universitas Indonesia

**PENJELASAN PENELITIAN
STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN PERAWATAN MANDIRI
PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK RSI SITI HAJAR
KOTA TEGAL
2012**

Saya,

Nama : Sadar Prihandana

NPM : 1006748873

Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah (S2) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Pengalaman kepatuhan perawatan mandiri pada pasien hipertensi yang melakukan rawat jalan di RSI Siti Hajar Kota Tegal” dengan pendekatan kualitatif, maka bersama ini kam jelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali lebih dalam tentang kepatuhan perawatan diri pada pasien hipertensi. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien.
2. Kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan informasi dengan wawancara dan observasi. Wawancara akan dilakukan selama 45-60 menit, untuk waktu dan tempat sesuai dengan kesepakatan yang dibuat oleh peneliti dan partisipan. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara selanjutnya dengan waktu dan tempat yang ditetapkan kemudian.
3. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalaman secara lengkap, terbuka, tanpa ada paksaan dan memiliki kebebasan untuk menyampaikan segala sesuatu yang dialaminya.
4. Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
5. Penelitian ini tidak membahayakan secara fisik maupun psikologis karena tidak ada perlakuan kepada partisipan dan hanya akan dilakukan wawancara.

Universitas Indonesia

6. Informasi yang didapatkan selama wawancara akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian..
7. Pelaporan hasil penelitian ini akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya.
8. Partisipan berhak mengajukan keberatan kepada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.
9. Keikutsertaan partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa adanya unsur paksaan dari peneliti.
10. Jika partisipan berkehendak untuk menghentikan proses wawancara oleh karena suatu hal (kegiatan atau yang lainnya), maka hal tersebut akan diberikan dengan membuat perjanjian penentuan waktu untuk bertemu kembali sesuai dengan yang disepakati bersama antara peneliti dengan partisipan.
11. Jika ada yang belum jelas, partisipan dipersilahkan untuk mengajukan penelitian kepada peneliti

Demikian penjelasan ini dibuat untuk memberikan informasi yang akurat dan jelas kepada calon partisipan dan atas kerjasamanya peneliti sampaikan terima kasih.

Peneliti

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK
RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL
2012**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Usia : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Saya menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca informasi dan mendengarkan penjelasan penelitian dari peneliti tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian dan saya memahami penjelasan tersebut.
2. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.
3. Saya mempunyai hak untuk berhenti berpartisipasi jika suatu saat saya merasa keberatan atau ada hal yang membuat saya tidak nyaman dan tidak dapat melakukannya.
4. Saya memahami bahwa rekaman dan transkrip hasil wawancara akan disimpan oleh peneliti dan peneliti hanya akan menggunakannya untuk keperluan penelitian ini.
5. Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi partisipan sangat besar manfaatnya bagii peningkatan ilmu pengetahuan terutama ilmu keperawatan.

Dengan pertimbangan tersebut, saya memutuskan secara sukarela tanpa adanya paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan dengan semestinya.

Tegal,,2012

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Partisipan

(.....)

(.....)

Universitas Indonesia

**LEMBAR DATA DEMOGRAFI
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK
RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL
2012**

No. Partisipan : _____

Usia/TTL : _____

Agama : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Status menikah: _____

Tekanan darah: _____

Pengobatan yang didapatkan :

Mulai pengobatan : _____

Riwayat keluarga hipertensi : _____

Pernah dirawat di RS karena hipertensi : _____

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK
RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL
2012**

Pernyataan Pembuka

Saya adalah perawat yang sedang mengambil kuliah Magister Keperawatan, dan fokus saya adalah pada keperawatan kardiovaskular (penyakit jantung), terutama penyakit hipertensi. Mohon Bapak/Ibu untuk membagi pengalaman dalam perawatan hipertensi, termasuk semua peristiwa pendapat, pikiran dan perasaan yang Bapak/Ibu alami dan saya sangat berterima kasih kepada Bapak/Ibu.

Bapak/Ibu bisa ceritakan bagaimana perasaan Bapak/Ibu ketika pertama kali mengetahui terkena hipertensi?

Pertanyaan lanjutan:

1. Apakah Bapak/Ibu melakukan pemeriksaan di dokter yang sama atau berbeda?
2. Apa ada alasan khusus yang membuat Bapak/Ibu melakukan pengobatan di klinik tersebut?
3. Apa Bapak/Ibu memeriksakan diri secara teratur?
4. Bagaimana dengan minum obat? Apakah ada keluhan yang dirasakan?
5. Apakah Bapak/Ibu pernah berhenti tidak memeriksakan diri?
6. Apa yang membuat Bapak/Ibu melakukan hal tersebut?
7. Seberapa jauh pemahaman Bapak/Ibu tentang penyakit yang diderita?
8. Apa yang disarankan oleh dokter terkait pengobatan?
9. Apa Bapak/Ibu melakukannya?
10. Apakah Bapak/Ibu ikut serta dalam Askes/Jamsostek/Jamkesmas/Jamkesda, atau asuransi lain?
11. Bagaimana dengan program diet yang Bapak/Ibu jalani?
12. Seberapa besar pengaruh diet terhadap penyakit Bapak/Ibu?
13. Apakah Bapak/Ibu merencanakan sendiri?
14. Apakah pernah merasa bosan?
15. Apa yang membuat Bapak/Ibu timbul perasaan tersebut?
16. Apa usaha atau strategi untuk mengatasi hal tersebut?
17. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang berat badan sendiri?
18. Bagaimana usaha untuk mengontrol/menurunkan berat badan tersebut?
19. Bagaimana dengan olahraga?
20. Seberapa sering berolahraga?
21. Seberapa besar pengaruh olahraga terhadap kondisi Bapak/Ibu?
22. Apa yang membuat Bapak/Ibu melakukan/tidak melakukan hal tersebut?

**PROSEDUR WAWANCARA PADA PARTISIPAN
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN
PERAWATAN MANDIRI PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK
RSI SITI HAJAR KOTA TEGAL
2012**

1. Melakukan pendekatan untuk membina hubungan saling percaya dan mengucapkan terima kasih atas kesediannya dalam berkomunikasi.
2. Memperkenalkan diri.
3. Melakukan pendekatan personal dengan berbicara topik umum seputar identitas calon partisipan, keluarga dan status kesehatannya.
4. Menyampaikan maksud dan tujuan penelitian
5. Menjelaskan bahwa penelitian tidak membahayakan, bebas risiko, bebas dan sukarela menerima atau menolak menjadi partisipan.
6. Menjelaskan bahwa informasi akan terjaga dengan baik hanya untuk kepentingan penelitian.
7. Menjelaskan bahwa hasil penelitian akan bermanfaat bagi pasien untuk perawatan hipertensi dan bagi pelayanan keperawatan.
8. Melakukan kesepakatan dengan calon partisipan untuk menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.
9. Mengisi lembar data demografi.
10. Wawancara dilakukan peneliti.
11. Dalam wawancara partisipan bebas mengeluarkan pendapat tanpa adanya penilaian dan opini apapun dari peneliti.
12. Menjelaskan bahwa partisipan berhak menghentikan wawancara bila dibutuhkan.
13. Menjelaskan bahwa pengalaman apapun yang berhubungan dengan pengalaman kepatuhan pasien terhadap perawatan hipertensi akan sangat berharga untuk bisa dibagikan.
14. Dalam wawancara tidak ada yang salah atau benar dan akan tetap dijaga kerahasiaannya.
15. Menjelaskan akan dilakukan pertemuan ke 2-4 untuk mengklarifikasikan data.
16. Akan dilakukan terminasi sementara dan akhir.
17. Mengucapkan terima kasih dan salam.

LEMBAR CATATAN LAPANGAN PENELITIAN
STUDI FENOMENOLOGI: KEPATUHAN PERAWATAN MANDIRI
PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK RSI SITI HAJAR
KOTA TEGAL
2012

Kode partisipan : _____
 Hari, tanggal : _____
 Waktu : _____
 Tempat : _____
 Posisi pewawancara : _____
 Posisi partisipan : _____

Gambaran peristiwa/respon	
Respon Partisipan	Catatan
Ekspresi non verbal partisipan Sikap partisipan saat wawancara Perilaku partisipan saat wawancara Kondisi lingkungan saat wawancara Respon pewawancara saat wawancara	