

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN HIPERTENSI
PADA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN DIET
RENDAH GARAM LANSIA HIPERTENSI
DI KECAMATAN SUKOLILO
KABUPATEN PATI**

SKRIPSI



**Disusun Oleh :
ANDIK SUMANTRI
201210201152**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2014**



Yah
ARTIA

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN HIPERTENSI
PADA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN DIET
RENDAH GARAM LANSIA HIPERTENSI
DI KECAMATAN SUKOLILO
KABUPATEN PATI

SKRIPSI

Disusun Oleh:
ANDIK SUMANTRI
201210201152

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan
Pada Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
Yogyakarta

Pada tanggal:
05 Maret 2014

Dewan Penguji:

1. Penguji I : Ns. Diyah Candra Anita K., M.Sc.
2. Penguji II : Widaryati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta,

Ery Khusnal, MNS.

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa dalam laporan penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar keserjanaan pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 4 Februari 2014



Andik Sumantri

MOTTO

Lebih baik kehilangan sesuatu karena Allah swt dari pada kehilangan Allah swt
karena sesuatu.

Allah swt selalu bersabar menunggu taubat kita, kitapun harus bersabar menunggu
do'a kita dikabulkan-Nya
(Yusuf Mansyur)



HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya ini saya persembahkan kepada pihak-pihak yang saya sayangi dan menyayangi saya di mana pun berada.

Terima kasih untuk semuanya:

Keluarga besar Bapak Sutikno dan Ibu Rusmiyati

Terima kasih atas do'a-do'anya

Ayah dan Ibu (Slamet Susanto dan Sumirih)

semoga Allah swt mengampuni dosa-dosa beliau, dan sayangilah mereka seperti mereka menyayangiku di waktu kecil.

Istri dan anak-anakku (Nauratun Nisfi dan Diera Sarah, Andiena Asnal)

terima kasih atas do'anya selama ini, semoga Allah swt selalu memberikan kebaikan dunia dan akhirat serta membebaskan kita dari siksa api neraka.

Teman-teman Kelas Aanvullen 2012

terima kasih atas semua kerjasama dan kekompakkan kalian semua. Khususnya teman-teman kos (Pak Agung, Pak Agus, Abhy, Tiyan, Misnan, Trimu, Tatag)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ASTIKES
Aisyiyah
YOGYAKARTA

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN DEPAN | i |
| HALAMAN JUDUL..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN..... | iv |
| MOTTO | v |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | ix |
| DAFTAR GAMBAR..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| INTISARI..... | xii |
| ABSTRACT..... | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| E. Ruang Lingkup Penelitian | 7 |
| F. Keaslian Penelitian | 8 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Tinjauan Teoritis | 10 |
| B. Kerangka Konsep | 26 |
| C. Hipotesis Penelitian..... | 27 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Rancangan Penelitian | 28 |
| B. Populasi dan Sampel | 29 |
| C. Variabel Penelitian | 30 |
| D. Hubungan Antar Variabel..... | 31 |
| E. Etika Penelitian..... | 31 |
| F. Definisi Operasional..... | 32 |
| G. Alat dan Metode Pengolahan Data | 32 |
| H. Uji Validitas dan Reliabilitas..... | 33 |
| I. Metode Pengolahan Dan Analisis Data | 35 |
| J. Jalannya Penelitian..... | 36 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil Penelitian..... | 38 |
| B. Pembahasan | 41 |
| C. Keterbatasan Penelitian | 47 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Simpulan | 48 |
| B. Saran | 48 |
| DAFTAR PUSTAKA | 50 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Klasifikasi Hipertensi..... | 12 |
| Tabel 2.2 | Kandungan Natrium Beberapa Bahan Makanan..... | 15 |
| Tabel 3.1 | Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan Diet Rendah Garam | 33 |
| Tabel 4.1 | Karakteristik Responden | 39 |
| Tabel 4.2 | Distribusi Kepatuhan Diet Rendah Garam..... | 40 |
| Tabel 4.3 | Hasil Uji <i>Mc Nemar Pre test</i> dan <i>Post test</i> Pada Kelompok Eksperimen..... | 41 |
| Tabel 4.4 | Hasil Uji <i>Chi-Square Post test</i> Pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol..... | 41 |



DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|-------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 | Skema Kerangka Konsep | 26 |
| Gambar 3.1 | Desain Penelitian..... | 28 |
| Gambar 3.2 | Skema Hubungan Antar Variabel | 31 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Time Schedule* Penyusunan Skripsi
- Lampiran 2 Surat Pemohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Izin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 6 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
- Lampiran 7 Leaflet
- Lampiran 8 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 Surat Persetujuan Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 10 Surat Permohonan Menjadi Asisten Penelitian
- Lampiran 11 Surat Persetujuan Sebagai Asisten Penelitian
- Lampiran 12 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 13 Hasil Statistik SPSS
- Lampiran 14 Lembar Konsultasi

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN HIPERTENSI PADA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM LANSIA HIPERTENSI DI KECAMATAN SUKOLILO KABUPATEN PATI ¹

Andik Sumantri ², Widaryati ³

INTISARI

Latar Belakang : Hipertensi merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung, hipertensi sering disebut *The silent killer*. Hipertensi dapat dicegah salah satunya dengan melakukan perubahan gaya hidup dengan mengurangi pemakaian garam. Karena segala macam keterbatasan yang dialami oleh lansia, keluarga mempunyai peran yang penting dalam upaya peningkatan kesehatan lansia sehingga keluarga perlu mengetahui perawatan lansia dengan hipertensi.

Tujuan Penelitian : Diketuinya pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi.

Metode : Desain menggunakan *Non Equivalent Control Group* dengan 30 responden, pengumpulan data menggunakan kuisioner dan wawancara. Sampling yang digunakan adalah *non probability sampling* yaitu *purposive sampling*.

Hasil Penelitian : Penilaian kepatuhan diet rendah garam sebelum pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen adalah patuh 5 orang (16,7%), tidak patuh 25 (83,3%), dan setelah pendidikan kesehatan patuh 14 orang (46,6%), tidak patuh 16 (53,4%), hasil uji menggunakan *Mc Nemar* pada 15 responden, $p=0,016$ ($p<0,05$), hasil uji *Chi-Square*, $p=0,028$ ($p<0,05$)

Simpulan dan saran : Pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan diet rendah garam pada lansia hipertensi. Disarankan perawat di Puskesmas Sukolilo II untuk memberikan pendidikan kesehatan tidak hanya pada pasien tetapi juga melibatkan keluarganya.

Kata Kunci : Kepatuhan, Diet rendah garam, Pendidikan kesehatan
Kepustakaan : 21 buku (2002-2012), 4 jurnal, 8 website
Jumlah Halaman : xiii, 52 halaman, 7 tabel, 3 gambar, 14 lampiran

¹Judul skripsi

²Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

³Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ABOUT HYPERTENSION TO FAMILIES ON LOW SALT DIET COMPLIANCE IN ELDERLY WITH HYPERTENSION AT SUKOLILO PATI DISTRICT CENTRAL JAVA¹

Andik Sumantri², Widaryati³

ABSTRACT

Background : Hypertension is a cause of the stroke and heart attack, hypertension is often called The silent killer. Hypertension can be prevented by lifestyle changes by reducing salt usage. Because all sorts of limitations experienced by the elderly, the family has an important role in health promotion efforts of the elderly so that families need to know elderly care with hypertension.

Objectives : To examine the effect of health education about hypertension to families on low salt diet compliance in elderly with hypertension.

Method : This Study was non equivalent control group with 30 respondents, data were collected using the questionnaire and interviews. Samples were recruited using purposive sampling.

Results : The assessment of the compliance of low salt diet before the health education on the experimental group is compliance 5 persons (16.7%), no compliance 25 persons (83,3%), and after health education, compliance 14 persons (46.6%), no compliance 16 persons (53.4%), use of Mc Nemar test results on 15 respondents to the pre and post test, $p = 0,016$ ($p < 0.05$), Chi-Square test results on the experimental and control group, $p = 0.028$ ($p < 0.05$)

Conclusions : Health education to families influence on against low salt diet compliance in elderly hypertension.

Recommendation : It is recommended to nurses in Puskesmas Sukolilo to give not only to the patient but also involving family.

Keyword : compliance, low salt diet, health education
Bibliography : 21 book (2002-2012), 4 journal, 8 websites
Number of page : xiii, 52 pages, 7 tables, 3 pictures, 14 appendices

¹Title of the Thesis

²Student School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta

³Lecturer School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin bertambahnya usia harapan hidup penduduk. Dengan meningkatnya usia harapan hidup penduduk menyebabkan jumlah penduduk lanjut usia terus meningkat dari tahun ketahun. Usia lanjut adalah usia 60 tahun ke atas sesuai dengan definisi *World Health Organization* yang terdiri dari (1) usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun (2) usia lanjut (*elderly*) 60-74 tahun, (3) usia tua (*old*) 75-90 tahun, dan (4) usia sangat lanjut (*very old*) di atas 90 tahun. Peningkatan jumlah lansia di negara maju relatif lebih cepat dibandingkan di negara berkembang, namun secara absolut jumlah lansia di negara berkembang jauh lebih banyak (Kemenkes RI, 2013).

Seiring bertambahnya usia harapan hidup, jumlah lansia di Indonesia cenderung meningkat. Berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa 2011, pada tahun 2000-2005 Usia Harapan Hidup (UHH) adalah 66,4 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2000 adalah 7,74%), angka ini akan meningkat pada tahun 2045-2050 yang diperkirakan UHH 77,6 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2045 adalah 28,68%). Data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2000 sebanyak 14.439.967 jiwa (7,18%) dengan UHH 64,5 tahun, pada tahun 2010 meningkat menjadi 23.992.553 jiwa (9,77%) dengan UHH 69,43 tahun. Pada tahun 2020 jumlah penduduk lanjut usia diperkirakan mencapai 28.822.879 jiwa (11,34%) dengan UHH 71,1 tahun. Pemerintah perlu

merumuskan kebijakan dan program yang ditujukan kepada lansia sehingga dapat berperan dalam pembangunan dan tidak menjadi beban bagi masyarakat (Kemenkes RI, 2013).

Lansia banyak menghadapi berbagai masalah kesehatan yang perlu penanganan segera dan terintegrasi. Empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua yaitu: gangguan sirkulasi darah (hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak, dan ginjal), gangguan metabolisme hormonal (diabetes militus, klimakterium, dan ketidakseimbangan tiroid), gangguan pada persendian (osteoarthritis, gout arthritis, ataupun penyakit kolagen lainnya), berbagai macam neoplasma (Azizah, 2011). Hasil studi tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan usia lanjut yang dilaksanakan Komnas Lansia di 10 propinsi tahun 2006, diketahui bahwa penyakit terbanyak yang diderita lansia adalah penyakit sendi (52,3%), hipertensi (38,8%), anemia (30,7%) dan katarak (23%), penyakit-penyakit tersebut merupakan penyebab utama disabilitas pada lansia. Hipertensi adalah penyebab kematian utama ketiga di Indonesia untuk semua umur (6,8%), setelah stroke (15,4%), dan tuberculosis (7,5%) (Dinkes, 2008).

Tekanan darah tinggi yang terus menerus menyebabkan jantung seseorang bekerja lebih keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Hipertensi merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung (*Heart attack*), hipertensi juga sering disebut *The silent killer* karena hanya menimbulkan beberapa gejala, seseorang dapat menderita hipertensi tanpa mengetahuinya (Pudiastuti, 2011). Kekuatan otot jantung berkurang sesuai dengan bertambahnya usia, dengan bertambahnya umur, denyut jantung

maksimum dan fungsi lain dari jantung juga berangsur-angsur menurun. Elastisitas jantung usia 70 tahun menurun sekitar 50% dibanding pada usia 20 tahun. Perubahan yang jauh lebih bermakna dalam kehidupan lanjut usia adalah yang terjadi pada pembuluh darah, yang disebut aterosklerosis atau pengapuran dinding pembuluh darah sehingga elastisitas pembuluh darah berkurang dan meningkatkan kerja jantung yang mengakibatkan hipertensi. (Azizah, 2011). Hipertensi dan komplikasinya dapat dicegah dengan mengkonsumsi obat dan melakukan perubahan gaya hidup antara lain pengurangan berat badan, berhenti merokok, berhenti mengkonsumsi alkohol, melakukan aktifitas atau olahraga ringan, mengubah pola makan dan mengurangi pemakaian garam disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalium yang cukup (Mahdiar, 2010).

Sumber utama natrium atau sodium di negara Barat adalah garam dapur. Tetapi di Indonesia, disamping garam dapur dan ikan asin, sumber lain yang lebih potensial adalah *Monosodium glutamate* (MSG/Vetsin). Menurut Roesma, konsumsi garam rata-rata masyarakat Indonesia sebesar 15 gram/hari, sedangkan anjuran WHO maksimal 6 gram atau satu sendok teh sehari. Selain itu, budaya penggunaan MSG (bumbu masak) sudah sampai pada taraf mengkhawatirkan, hal ini menyebabkan hipertensi di Indonesia meningkat setiap tahun (Suara Karya, 2009 dalam Sarasaty, 2011). Penelitian Sobel dkk (1999) menyatakan asupan natrium yang meningkat menyebabkan tubuh meretensi cairan yang meningkatkan volume darah, jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah yang meningkat melalui ruang yang makin sempit sehingga mengakibatkan hipertensi (Sarasaty, 2011).

Lansia mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial yang memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupannya termasuk kesehatannya maka lansia perlu mendapat perhatian khusus. Peran keluarga dalam keperawatan lansia adalah menjaga, merawat kondisi fisik anggota keluarga yang lanjut usia tetap dalam keadaan optimal atau produktif (Mubarak, dkk, 2006). Keluarga dapat memainkan suatu peran vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan risiko, kebanyakan hal-hal tersebut bergerak sekitar masalah-masalah pola hidup, misalnya berhenti merokok, melakukan latihan secara teratur (Hariyanto, Subekti & Wiyono, 2005).

Penelitian Partilia (2012) yang meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dan ketaatan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang. Hasil penelitiannya menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi. Berdasarkan penelitian tersebut, maka perlu adanya upaya untuk meningkatkan dukungan atau peran keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga sehingga pasien dapat patuh terhadap program diet rendah garam. Peran perawat komunitas adalah sebagai pendidik (*educator*) dalam hal ini perawat mempunyai peran memberikan informasi yang memungkinkan klien (individu ataupun keluarga) membuat pilihan, mempertahankan autonominya dan memotivasi klien, selain itu perawat juga berperan sebagai pembaharu terhadap individu, keluarga dan kelompok terutama dalam merubah perilaku dan pola hidup yang berkaitan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Fallen & Dwi, 2010).

Studi pendahuluan yang penulis lakukan di Puskesmas Sukolilo II, jumlah lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II adalah 8.015 jiwa terdiri dari *Midleage* (45-59) sebanyak 3.045 jiwa, *Erderly* (60-70) sebanyak 3.894 jiwa, *old* (>70 tahun) sebanyak 1.076 jiwa. Sedangkan masalah kesehatan yang sering dialami lansia adalah hipertensi 133 orang, anemi 55 orang, diabetes miletus 5 orang, osteoporosis 3 orang, konstipasi 2 orang, asma 9 orang, lain-lain 1047 orang. Jumlah lansia yang melakukan pemeriksaan kesehatan di posyandu lansia selama bulan September 2013 sebanyak 1.367 jiwa. Berdasarkan wawancara dengan perawat yang bertanggungjawab terhadap program pembinaan usia lanjut di Puskesmas Sukolilo II, selama ini perawat telah melaksanakan kegiatan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan penatalaksanaannya tetapi masih terfokus pada lansia, tidak melibatkan anggota keluarga yang tinggal bersama dengan lansia tersebut, sedangkan dari hasil wawancara dengan 10 lansia yang mengalami hipertensi, lansia merasa masakan tanpa menggunakan garam ataupun penyedap rasa akan terasa hambar dan keluarga lansia tidak menyediakan makanan atau masakan dengan diet rendah garam.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah dapat dirumuskan sebagai berikut : apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga kepatuhan diet rendah garam lansia dengan hipertensi di Puskesmas Sukolilo II ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya kepatuhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarganya.
- b. Diketuainya kepatuhan *pre test* dan *post test* diet rendah garam pada kelompok kontrol
- c. Diketuainya perbedaan kepatuhan diet rendah garam pada lansia antara sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarganya.
- d. Diketuainya perbedaan kepatuhan diet rendah garam pada lansia antara keluarga yang mendapat pendidikan kesehatan dengan keluarga yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan pada keluarga dan ketaatan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi.

2. Bagi klien (lansia dan keluarganya)

Membantu lansia dan keluarganya mengetahui pentingnya dukungan keluarga dan kepatuhan diet rendah garam dalam mengontrol hipertensi.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan pengetahuan mengenai proses penelitian serta tentang keperawatan komunitas, lansia, dan hipertensi.

4. Bagi Perawat

Memberi masukan pada perawat komunitas dalam memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga khususnya yang mempunyai lansia dengan hipertensi.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Materi

Peneliti memilih pendidikan kesehatan pada keluarga tentang hipertensi sebagai tindakan yang akan diteliti terhadap kepatuhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi karena salah satu peran perawat komunitas adalah sebagai educator atau pendidik.

2. Lingkup Responden

Responden adalah lansia dengan hipertensi dan keluarganya karena keluarga merupakan orang yang terdekat klien dan mempunyai peran penting dalam proses pengobatan pasien.

3. Lingkup Waktu

Dilaksanakan pada bulan Juli 2013 sampai Maret 2014

4. Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sukolilo, di Desa Prawoto, Baleadi dan Wegil. Ketiga desa tersebut masih dalam wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II, karena populasi lansia yang menderita hipertensi di Puskesmas

Sukolilo II tercatat 133 jiwa (1,7%) dan selama ini keluarga lansia dengan hipertensi belum pernah dilakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi.

F. Keaslian Penelitian

1. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dan keteraturan kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi di Poliklinik RSUD Tugurejo Semarang.

Penelitian ini dilakukan oleh Partilia (2012), penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*, pada 45 responden dengan *stratified random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dengan nilai $p = 0,017 (p < 0,05)$. Kesamaan dengan penelitian ini adalah variabel terikatnya kepatuhan diet rendah garam dan perbedaannya adalah rancangan penelitian *cross sectional*, sedangkan penelitian penulismenggunakan *quasi eksperimen* dengan pendekatan *Non Equivalent Control Group* dan tempat serta respondennya.

2. Pengaruh pendidikan kesehatan tentang hipertensi terhadap pengetahuan dan sikap mengelola hipertensi di Puskesmas Pandanaran Semarang.

Penelitian ini dilakukan oleh Susanti (2012), penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan *quasi-experimental design* yang menggunakan *pretest-posttest*. Total sampelnya adalah 70 responden. Pada penelitian ini dianalisis menggunakan *wilcoxon Signed Ranks Test* ($p < 0,05$). Hasil dari variabel pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan 0,000 ($p < 0,005$). Kemudian untuk variabel sikap adalah 0,000 ($p < 0,05$), ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pemberian

pendidikan kesehatan dan sikap baik sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. Kesamaan dengan penelitian ini adalah pada variabel bebas (pendidikan kesehatan) dan jenis penelitiannya (*Quasi eksperimen*), sedangkan perbedaannya adalah variabel terikat, pada penelitian ini variabel terikatnya adalah pengetahuan dan sikap sedangkan pada penelitian penulis variabel terikatnya kepatuhan diet.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Lansia

a. Pengertian

Lansia adalah individu yang berusia diatas 60 tahun, pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial, ekonomi (BKKBN, 1995 dalam Mubarak, dkk, 2006). Menurut *World Health Organization* lanjut usia meliputi :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45-59 tahun
- 2) Usia lanjut (*elderly*) antara 60-70 tahun
- 3) Usia tua (*old*) antara 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

b. Peran keluarga dalam merawat lansia.

Sesuai UU 23 tahun 1992 (pasal 19) lansia perlu mendapat perhatian : “Manusia lansia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, psikologis, kejiwaan dan sosial, perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya, oleh karena itu kesehatan lansia perlu mendapat perhatian khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat hidup secara produktif sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan”.

Peran keluarga dalam keperawatan lansia antara lain :

- 1) Menjaga dan merawat kondisi fisik anggota keluarga yang lanjut usia, tetap dalam keadaan optimal atau produktif

- 2) Mempertahankan dan meningkatkan status mental pada lansia
- 3) Mengantisipasi adanya perubahan sosial dan ekonomi pada lansia
- 4) Memotivasi dan memfasilitasi lansia untuk memenuhi kebutuhan spiritual, dengan demikian dapat meningkatkan ketaqwaan lansia kepada Tuhan YME

Tugas perkembangan keluarga berkaitan dengan lansia :

- 1) Mengetahui masalah kesehatan lansia
- 2) Mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia
- 3) Merawat anggota keluarga lansia
- 4) Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan tersebut
- 5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai kebutuhan lansia (Mubarak, dkk, 2006).

2. Hipertensi

a. Pengertian

Hipertensi atau yang lebih dikenal penyakit darah tinggi adalah keadaan dimana tekanan darah berada diatas normal atau optimal yaitu 120 mmHg untuk sistolik dan 80 mmHg untuk diastolik. Penyakit ini dikategorikan sebagai *the silent disease* karena penderita tidak mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Hipertensi terjadi dalam jangka waktu yang lama dan terus menerus bisa memicu stroke, serangan jantung, gagal jantung dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik (Purnomo, 2009). Perubahan yang jauh lebih bermakna dalam kehidupan lanjut usia adalah

yang terjadi pada pembuluh darah, yang disebut aterosklerosis atau pengapuran dinding pembuluh darah sehingga elastisitas pembuluh darah berkurang dan meningkatkan kerja jantung yang mengakibatkan hipertensi. (Azizah, 2011).

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut *National Institutes of Health*

| Kategori | Sistolik (mmHg) | Diastolik (mmHg) |
|----------------------|-----------------|------------------|
| Normal | < 120 | dan < 80 |
| Prehipertensi | 120-139 | atau 80-89 |
| Hipertensi tingkat 1 | 140-159 | atau 90-99 |
| Hipertensi tingkat 2 | ≥ 160 | ≥ 100 |

Sumber : William & Wilkins (2007)

b. Penyebab

Secara umum penyebab hipertensi dibedakan menjadi dua (Julianti, 2005) :

1) Hipertensi primer (Essensial) yang tidak diketahui penyebabnya.

Biasanya juga disebut hipertensi idiopatik. Faktor penyebabnya adalah keturunan, hiperaktifitas susunan saraf simpatis, peningkatan Na^+ dan Ca^{2+} intraseluler, dan gaya hidup

2) Hipertensi sekunder (Renal) spesifik penyebabnya diketahui, antara lain adalah penggunaan estrogen, penyakit ginjal, kelebihan berat badan, kelebihan kolesterol, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

c. Patofisiologi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi terjadi karena adanya gangguan dalam sistem peredaran darah. Gangguan tersebut dapat berupa gangguan sirkulasi darah, gangguan keseimbangan cairan dalam pembuluh

darah atau komponen dalam darah yang tidak normal. Gangguan tersebut mengakibatkan darah tidak dapat disalurkan ke seluruh tubuh dengan lancar. Untuk itu diperlukan pemompaan yang lebih keras oleh jantung. Hal ini akan berdampak pada meningkatnya tekanan dalam pembuluh darah atau disebut hipertensi.

Tekanan darah adalah fungsi yang berulang-ulang dari *cardiac output* karena adanya resistensi perifer (resistensi dalam pembuluh darah untuk mengalirkan darah). Diameter pembuluh darah ini sangat mempengaruhi aliran darah. Jika diameter menurun misalnya pada aterosklerosis, resistensi dan tekanan darah meningkat. Jika diameter meningkat misalnya dengan adanya terapi obat vasodilator, resistensi dan tekanan darah menurun. Ada dua mekanisme mengontrol homeostatik dari tekanan darah :

- 1) *Short term control* (sistem saraf simpatik). Mekanisme ini sebagai respon terhadap penurunan tekanan, sistem saraf simpatik mensekresikan norepinephrine yang merupakan yang merupakan *vasoconstrictor* yang akan bekerja pada arteri kecil dan arteriola untuk meningkatkan resistensi pripheral sehingga tekanan darah meningkat.
- 2) *Long term control* (ginjal). Ginjal mengatur tekanan dengan cara mengontrol volume cairan ekstraseluler dan mensekresikan renin yang akan mengaktifasikan sistem renin dan angiotensin

Proses terjadinya hipertensi dapat melalui tigamekanisme yaitu: gangguan keseimbangan natrium, kelenturan atau elastisitas pembuluh darah berkurang, penyempitan pembuluh darah(Price & Wilson, 2002).

3. Pengelolaan hipertensi

Terapi nonfarmakologis harus dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-faktor resiko serta penyakit lain. Terapi non farmakologis meliputi: menghentikan merokok, menurunkan berat badan, menghentikan konsumsi alkohol, latihan fisik serta menurunkan asupan garam (Yugiantoro, 2006).

Terapi hipertensi sekunder berfokus pada perbaikan penyebab dan pengendalian efek hipertensi. Pada hipertensi esensial, *National Institutes Of Health* (NIH) menganjurkan pendekatan berikut ini :

- a. Membantu pasien mengubah gaya hidup sesuai kebutuhan, seperti penurunan berat badan, restriksi natrium, mengurangi asupan alkohol, olahraga fisik yang teratur, berhenti merokok, dan mengadopsi perencanaan dari *Dietary Approach to Stop Hypertension(DASH)*.
- b. Diuretik jenis tiazid, sendiri atau dikombinasi dengan obat antihipertensi golongan lain, direkomendasikan untuk sebagian besar penderita hipertensi tanpa komplikasi. Jika pasien memiliki indikasi yang memaksa, obat anti hipertensi lain dapat digunakan pada terapi pertama, seperti penghambat enzim pengkonversi-angiotensin (ACE), penyekat beta adrenergic, penyekat kanal kalsium, dan penyekat reseptor angiotensi(Williams & Wilkins, 2007).

Terapi nonfarmakologis pada pasien hipertensi dapat dilakukan dengan cara:

- a. Pembatasan asupan garam

Menurut Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) (2009) tujuan diet rendah garam adalah membantu menghilangkan garam atau air

dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Sesuai dengan berat ringannya penyakit, diet rendah garam digolongkan menjadi tiga tingkatan : diet rendah garam I (Natrium dianjurkan sebesar 200-400 mg/hari, sehingga dalam pengolahan makanan tidak ditambahkan garam dapur) diet rendah garam II (Natrium direkomendasikan 600-800 mg, dalam pengolahan makanan boleh menambahkan ½ sendok teh garam dapur atau 2gr), diet rendah garam III (Natrium sebesar 1.000-1.200 mg/hari, pada pengolahan makanan boleh menambahkan satu sendok teh garam dapur/hari atau 4 gram). Makanan olahan yang banyak mengandung Natrium sebaiknya dibatasi : biskuit, daging asap, dendeng, abon, ikan asin, sarden, kornet, telur asin, asinan buah dalam kaleng.

Tabel 2.2 Kandungan Na⁺ Dalam Bahan Makan (mg/100 gram)

| Bahan Makanan | Mg | Bahan Makanan | Mg |
|--------------------|------|---------------|-------|
| Roti Putih | 530 | Telur bebek | 191 |
| Biskuit | 500 | Telur ayam | 158 |
| Kue-kue | 250 | Sosis | 1000 |
| Daging bebek | 200 | Keju | 1250 |
| Daging Sapi | 93 | Margarin | 950 |
| Ikan sardin | 131 | Mentega | 987 |
| Udang segar | 185 | Tomat ketchup | 2100 |
| Teri kering | 885 | Garam | 38758 |
| <i>Corned Beef</i> | 1250 | Kecap | 4000 |
| Ham | 1250 | Roti coklat | 500 |

Sumber: Almatsier (2006)

Cara memasak untuk mengeluarkan Na⁺ antara lain:

- 1) Pada ikan asin dicuci dan direndam terlebih dahulu
- 2) Untuk mengeluarkan garam dari margarin dengan mencampur margarin dengan air, lalu masak sampai mendidih, margarin akan mencair dan larut dalam air. Dinginkan cairan dengan memasukkan

panci dalam kulkas. Margarin akan keras kembali dan buang air yang mengandung garam natrium, lakukan sebanyak dua kali (Rismayanti, 2012. Diet Bagi Penderita Hipertensi <http://staf.uny.ac.id>, diakses tanggal 25 Oktober 2013).

b. Kontrol berat badan dan meningkatkan aktifitas fisik

Berbagai penelitian menyebutkan bahwa berolah raga secara teratur merupakan intervensi pertama untuk mengendalikan berbagai penyakit degeneratif (tidak menular). Hasilnya secara teratur terbukti bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi risiko stroke dan serangan jantung. Pengaruh olahraga jangka panjang sekitar empat sampai enam bulan dapat menurunkan tekanan darah sebesar 7,5/5,8 mmHg tanpa bantuan obat hipertensi. Pengaruh penurunan tekanan darah ini dapat berlangsung sekitar 20 jam setelah berolahraga (Sutanto, 2010).

c. Mengurangi konsumsi rokok dan alkohol

Alkohol dapat menaikkan tekanan darah, memperlemah jantung, mengentalkan darah dan menyebabkan kejang arteri (Sutanto, 2010). Berbagai studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar dua sampai tiga gelas ukuran standar setiap hari. Di negara barat seperti Amerika, konsumsi alkohol yang berlebihan berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi. Sekitar 10% hipertensi di Amerika disebabkan oleh asupan alkohol yang berlebihan dikalangan pria usia 40 tahun keatas (Depkes, 2006).

Dampak bahaya merokok tidak langsung bisa dirasakan dalam jangka pendek tetapi terakumulasi beberapa tahun kemudian, terasa 10-

20 tahun. Dampak rokok berupa kejadian hipertensi muncul kurang lebih setelah berusia lebih dari 40 tahun. Jika merokok dimulai usia muda, maka beresiko mendapat serangan jantung menjadi dua kali lebih sering dibanding tidak merokok (Depkes, 2008). Setiap tahun tidak kurang 3,5 samapi 5 juta jiwa melayang akibat merokok (sekitar 10.000 orang/hari) (Cahyono, 2008).

4. Kepatuhan

a. Pengertian

Menurut WHO (2003), kepatuhan didefinisikan seberapa baik perilaku seseorang dalam menggunakan obat, mengikuti diet atau mengubah gaya hidup sesuai dengan tatalaksana terapi. Pasien dan tenaga kesehatan dapat mempengaruhi kepatuhan. Hubungan yang baik antara dokter dan pasien merupakan faktor penting untuk meningkatkan kepatuhan.

b. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Carpenito (2000, dalam Suparyanto, 2010) sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga seseorang tidak dapat lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi tidak patuh adalah faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya:

1) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri lewat tahapan-tahapan tertentu. Gunarso (1990 dalam Suparyanto, 2010) mengemukakan bahwa semakin tua umur

seseorang maka perkembangan mentalnya bertambah baik, tetapi tidak secepat ketika berusia belasan tahun. Dapat disimpulkan tingkat pengetahuan seseorang akan mengalami puncaknya pada usia tertentu dan akan menurun kemampuan menerima atau mengingat sesuatu seiring bertambahnya usia.

- 2) Pemahaman tentang pengetahuan, seseorang kadang kurang mengerti tentang apa yang di instruksikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus di ingat oleh penderita. Sehingga seseorang salah mengartikannya.
- 3) Dukungan keluarga, dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan program pengobatan yang akan dijalani oleh penderita. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai keperawatan anggota keluarga yang sakit.
- 4) Kesakitan dan pengobatan, orang yang mempunyai penyakit kronis memiliki perilaku kepatuhan yang sangat rendah. Karena pengobatan yang sangat lama dan efek samping obat yang membuat tidak nyaman.
- 5) Keyakinan, sikap, dan kepribadian
Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas dan mempunyai kekuatan ego yang lebih lemah serta memiliki kehidupan sosial yang lebih memusatkan kepada dirinya sendiri.

- 6) Tingkat ekonomi, tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup seseorang, tetapi ada pula orang yang sudah pensiun dan tidak bekerja bisa membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik terjadi ketidakpatuhan.

Sedangkan ketidakpatuhan menurut Rantucci (2007) terjadi karena tiga faktor :

- 1) Faktor pasien
 - a) Ketidak seriusan pasien terhadap penyakitnya
 - b) Ketidakpuasan terhadap hasil terapi
 - c) Kurangnya dukungan dari keluarga terkait pelaksanaan terapi
 - 2) Faktor komunikasi
 - a) Tingkat pengawasan tim kesehatan rendah
 - b) Kurang penjelasan yang lengkap, tepat dan jelas
 - c) Interaksi dengan petugas kesehatan sedikit atau tidak ada sama sekali
 - 3) Faktor perilaku
 - a) Munculnya efek yang merugikan
 - b) Hambatan fisik atau biaya untuk mendapatkan obat
- c. Manfaat kepatuhan

Menurut Widodo (2004), manfaat dari kepatuhan yaitu:

- 1) Keberhasilan pengobatan, diet sangat berarti dan mempunyai efek bagi penyembuhan

- 2) Menurunkan biaya perawatan, karena kepatuhan terhadap obat dan diet mempercepat perawatan sehingga tidak perlu lama-lama dirawat
- 3) Tingkat kesembuhan meningkat, karena kepatuhan minum obat dan menjalankan diet mempunyai peluang untuk sembuh sangat besar.

Sedangkan ketidakpatuhan dapat memperlama masa sakit atau meningkatkan keparahan penyakit (Pratiwi, 2011). Menurut penelitian Rosyid (2010) ketidakpatuhan dapat mengakibatkan kekambuhan pasien hipertensi.

5. Pendidikan kesehatan

a. Pengertian

Menurut Azwar (1983 dalam Susilo, 2012) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan dalam rangka mempermudah diterimanya secara sukarela perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan.

Implementasi kegiatan asuhan keperawatan komunitas bertujuan melakukan perubahan masyarakat baik perubahan pengetahuan, sikap, maupun perilaku sehat. Salah satu program kegiatan yang dilakukan perawat komunitas adalah melakukan pendidikan kesehatan (*Health education*) (Achjar, 2011).

b. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka sasaran pendidikan kesehatan harus menggunakan cara tertentu. Materi yang disampaikan juga disesuaikan dengan sasaran.

Untuk sasaran kelompok maka metodenya berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Beberapa metode pendidikan kesehatan antara lain :

1) Metode pendidikan kesehatan individu

Merupakan metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan secara perorangan. Perorangan disini tidak hanya individual yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga individu tersebut. Dasar yang digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

a) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku)

b) Wawancara (*interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak mengetahui atau belum

menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku sudah yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan lebih mendalam lagi.

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil, efektifitas metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain : ceramah, seminar. Sedangkan untuk kelompok kecil, antara lain: diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok-kelompok kecil, memainkan peranan (*role play*), dan permainan simulasi.

3) Metode pendidikan massa

Metode pendidikan (pendekatan) massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Maka pesan-pesan kesehatan yang disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga

merupakan hal yang wajar. Beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa, antara lain : ceramah umum, pidato, simulasi, tulisan-tulisan dan billboard.

c. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan berdasarkan panca indra yang digunakan antara lain:

1) Media bantu lihat (*visual aids*), membantu menstimulasi penglihatan.

Media ini terdapat dua bentuk :

a) Media yang diproyeksikan (*slide* dan film)

b) Media yang tidak diproyeksikan (gambar dan bagan)

2) Media bantu dengar (*audio aids*), membantu menstimulasi pendengaran seperti CD dan radio

3) Media bantu lihat-dengar, membantu menstimulasi penglihatan dan pendengaran seperti televisi dan VCD (Notoatmodjo, 2003)

Sedangkan berdasarkan media pendidikan kesehatan berdasarkan jenis media antara lain :

1) Media cetak

a) Booklet, penyampain dalam bentuk buku

b) Leaflet,peyampaian dalam bentuk lembaran lipat

c) Flif chart,berbentuk lembar balik, bentuk buku diman tiap lembar berisi peragaan dan lembar belakang berisi keterangan

d) Poster,pesan atau informasi kesehatan yang ditempel di tembok atau tempat umum.

2) Media elektronik meliputi televisi, radio, video dan film

3) Media papan (*Bilboard*), dipasang di tempat umum dengan ukuran besar

d. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran yang dihasilkan melalui pendidikan kesehatan (Achjar, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang diet rendah garam dengan kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam pada pasien hipertensi di poli jantung RSAA Malang, responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang, kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam juga kurang (Abdillah, 2012).

6. Tinjauan Keislaman

Pentingnya pendidikan menurut Islam terdapat dalam QS Al-Baqarah: 31

صَدِّقِينَ كُنْتُمْ إِن هَتُّوْا بِأَسْمَاءِ أَنْبِئُونِي فَقَالَ الْمَلٰٓئِكَةُ عَلٰٓى عَرَضِهِمْ ثُمَّ كُلِّهَآ اَلْاَسْمَآءِ اَدَمَ وَعَلَّمَ



“dan Dia mengajarkan kepada Adam Nama-nama (benda-benda) seluruhnya, kemudian mengemukakannya kepada Para Malaikat lalu berfirman: "Sebutkanlah kepada-Ku nama benda-benda itu jika kamu mamang benar orang-orang yang benar"

Ayat ini menunjukkan kepada kita bahwa belajar dan menuntut ilmu itu sangat penting sehingga kita mengetahui sesuatu yang benar, malaikat tidak bisa menjawab pertanyaan dari Allah SWT karena tidak

mendapat proses pendidikan, berbeda dengan Nabi Adam as yang bisa menjawab pertanyaan dari Allah SWT, disinilah letak pentingnya pendidikan bagi umat manusia (Kusairi, 2011, Pendidikan dalam Al-Qur'an dan Hadits, <http://mghazakusairi.wordpress.com> diakses tanggal 28 Desember 2013).

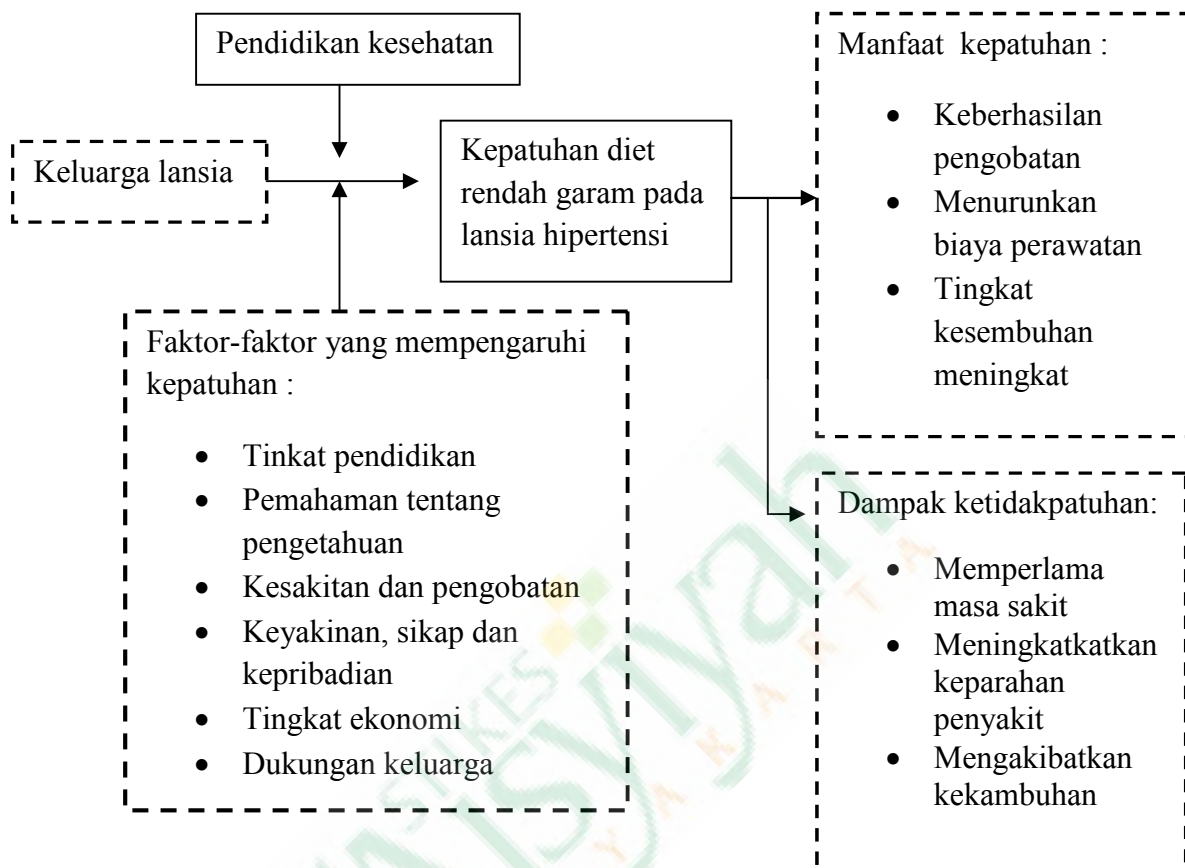
Peran keluarga dalam merawat lansia menurut pandangan Islam terdapat dalam QS Al-Isra': 23-24

أَوْ أَحَدَهُمَا الْكِبَرَ عِنْدَكَ يَبْلُغَنَّ إِمَّا أَحْسَنًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِيَّاهُ إِلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا رَبُّكَ وَقَضَىٰ
 نَاحٍ لَهُمَا وَخَفَضَ ﴿٢٣﴾ كَرِيمًا قَوْلًا لَهُمَا وَقُلْ تَهَرَّهُمَا وَلَا أَفٍّ لَهُمَا تَقُلْ فَلَا كِلَاهُمَا
 ﴿٢٤﴾ صَغِيرًا بَيِّنًا كَمَا أَرْحَمَهُمَا رَبِّي وَقُلْ أَلرَّحْمَةُ مِنَ الذُّلِّ ج

“dan Tuhanmu telah memerintahkan agar kamu jangan menyembah selain Dia dan hendaklah berbuat baik kepada ibu bapak, Jika salah seorang diantara keduanya atau kedua-duanya sampai berusia lanjut dalam pemeliharaanmu, maka sekali-kali janganlah engkau mengatakan “ah” dan janganlah engkau membentak keduanya dan ucapkanlah kepada keduanya perkataan yang baik” “Dan rendahkanlah dirimu terhadap keduanya dengan penuh kasih sayang dan ucapkanlah “Wahai Tuhanku ! sayangilah keduanya sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku pada waktu kecil”

Ayat diatas menjelaskan bahwa betapa pentingnya dan utama untuk diperhatikan serta diamalkan oleh seluruh umat islam agar benar-benar dalam memuliakan orangtuanya, apalagi perintah ini ditegaskan setelah perintah untuk ikhlas beribadah dengan tidak mempersekutukan – Nya (Nawawi, 2013, Memuliakan orangtua dan rawatlah ia hingga akhir hayat, <http://www.hidayatullah.com>, diakses tanggal 25 Oktober 2013).

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Skema Kerangka Konsep

Keterangan

□ : diteliti

□ : tidak diteliti

→ : mempengaruhi

Pendidikan kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dari individu (klien, keluarga), kepatuhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi dipengaruhi beberapa faktor antara lain tingkat pendidikan, pemahaman tentang pengetahuan kesakitan dan pengobatan, keyakinan, sikap dan kepribadian, tingkat ekonomi, dukungan keluarga. Keluarga lansia juga mempunyai peran dalam menjaga dan merawat

kondisi anggota keluarga yang lanjut usia. Dampak dari kepatuhan dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan dan kesembuhan serta menurunkan biaya perawatan.

C. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh pendidikan kesehatan pada keluarga tentang hipertensi terhadap kepatuhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi di Puskesmas Sukolilo II.



ASTIKES
Aisyiyah
YOGYAKARTA

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *Quasi eksperiment* atau eksperimen semu dengan pendekatan *Non Equivalent Control Group*. Dalam penelitian ini dimungkinkan untuk membandingkan hasil intervensi program kesehatan dengan suatu kelompok yang serupa, tetapi tidak benar-benar sama (Notoatmodjo, 2010). Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah intervensi pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen dan juga pada kelompok kontrol tanpa intervensi pendidikan kesehatan. Bentuk rancangan atau desain penelitian ini adalah:

| | Pretest | Perlakuan | Posttest |
|---------------------|---------|-----------|----------|
| Kelompok Eksperimen | O1 | X | O2 |
| Kelompok Kontrol | O1' | | O2' |

Gambar 3.1 Desain Penelitian

Ket :

Kel.Eksperimen :Keluarga lansia yang diberikan pendidikan kesehatan

Kel.Kontrol :Keluarga lansia yang tidak diberikan pendidikan kesehatan

- X :Tindakan pendidikan kesehatan
- O1 : Pengukuran kepatuhan pada kelompok kontrol/eksperimen
- O2 : Pengukuran kepatuhan pada kelompok kontrol/ekperimen

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti disebut populasi (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga lansia dan lansia dengan hipertensi di Puskesmas Sukolilo II, jumlah populasi adalah 133 lansia dengan hipertensi. Data diambil dari jumlah kunjungan lansia ke posyandu lansia selama bulan September 2013.

2. Sampel dan Sampling

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2008). Menurut Gay & Diehl (2011) mengatakan bahwa untuk penelitian eksperimen yang menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, jumlah elemen per kelompok antara 15-30 orang. Oleh sebab itu, jumlah sampel yang digunakan sebanyak 30 orang. Responden tersebut dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing berjumlah 15 orang. Sampling yang digunakan adalah *non probability sampling* yaitu *purposive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

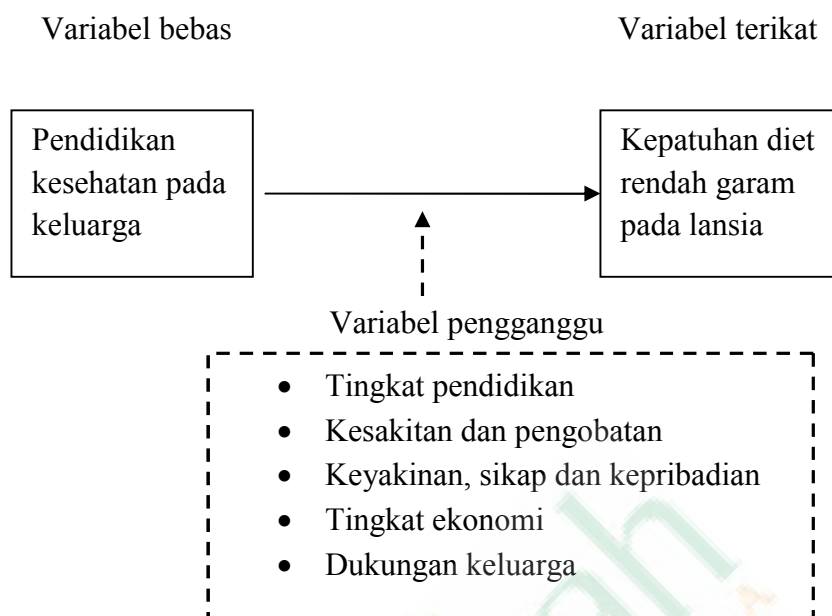
- a. Keluarga yang mempunyai lansia dengan usia ≥ 60 tahun.

- b. Keluarga yang mempunyai lansia dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
- c. Lansia yang hidup dengan keluarganya (minimal dewasa).
- d. Lansia dan keluarga yang mampu berkomunikasi dengan baik.

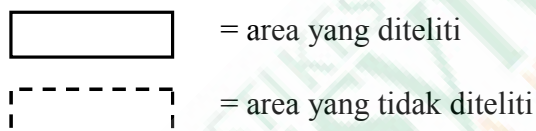
C. Variabel Penelitian

1. Variabel independent (bebas) penelitian ini adalah pendidikan kesehatan
2. Variabel dependent (terikat) adalah kepatuhan diet rendah garam
3. Variabel pengganggu:
 - a. Tingkat pendidikan dikendalikan dengan memilih responden yang berpendidikan minimal SD (Sekolah Dasar).
 - b. Kesakitan dan pengobatan dikendalikan dengan cara memilih responden yang tidak mengalami komplikasi seperti stroke, diabetes militus, dan gagal jantung.
 - c. Keyakinan, sikap dan kepribadian dikendalikan dengan cara memilih responden yang tidak memiliki gangguan jiwa.
 - d. Tingkat ekonomi tidak dikendalikan karena belum tentu tingkat ekonomi menengah kebawah akan mengalami ketidakpatuhan begitupun sebaliknya.
 - e. Dukungan keluarga dikendalikan dengan memilih lansia yang hidup dengan keluarganya (suami atau istri atau anak atau keluarga lainnya)

D. Hubungan Antar Variabel



Gambar 3.2 Skema Hubungan Antar Variabel



E. Etika Penelitian

1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Merupakan bentuk persetujuan responden kepada peneliti untuk mengikuti / berperan dalam penelitian. Setiap responden diberi kebebasan dalam menentukan sikap setuju/tidak menjadi responden setelah dijelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Responden dijaga kerahasiaannya dengan tidak mencantumkan nama pada lembar kuesioner. Hasil pengisian kuesioner hanya diketahui oleh peneliti dan akan dimusnahkan jika sudah tidak terpakai lagi.

3. Keadilan (*Justice*)

Responden harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah penelitian tanpa adanya diskriminasi. Diberikan media leaflet baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol.

F. Definisi Operasional

1. Kepatuhan (Variabel terikat)

Kepatuhan didefinisikan seberapa baik perilaku seseorang dalam mengikuti diet atau mengubah gaya hidup sesuai dengan tatalaksana terapi. Untuk mengetahui tingkat kepatuhan, peneliti menggunakan kuesioner dan wawancara (lansia dan keluarga), dan skala datanya adalah nominal.

Kepatuhan dimasukkan kedalam kategori :

Patuh : bila \geq median (skor \geq 14)

Tidak patuh : bila $<$ median (skor $<$ 14)

2. Pendidikan kesehatan (Variabel bebas)

Pendidikan kesehatan adalah pemberian informasi tentang hipertensi dan pengelolaan hipertensi terutama diet rendah garam yang dilakukan secara berkelompok kepada keluarga lansia hipertensi yang datang ke posyandu lansia selama 1×30 menit. Alat yang digunakan untuk pendidikan kesehatan adalah leaflet dan power point.

G. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Instrument dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari dua bagian:

- a. Kuisisioner A tentang identitas responden (keluarga dan lansia)
- b. Kuisisioner B tentang kepatuhan diet rendah garam yang dibuat sendiri oleh peneliti, kuisisioner ini digunakan untuk mengevaluasi kepatuhan dalam melaksanakan diet rendah garam selama 1 minggu yang terdiri dari 7 butir pertanyaan yang meliputi rasa masakan yang dikonsumsi, jenis makanan yang diawetkan, penggunaan bumbu penyedap selama memasak dan penggantinya, jumlah penambahan garam dimeja. Kuisisioner menggunakan *skala likert* dalam bentuk checklist, untuk pertanyaan favorabel bila menjawab sering (S) nilai= 3, kadang-kadang (K)= 2, tidak pernah (TP)= 1, sedangkan pertanyaan unfavorabel bila menjawab sering (S)= 1, kadang-kadang (K)= 2, tidak pernah (TP)= 3.

Tabel 3.1 Kisi-kisi Kuesioner Kepatuhan diet rendah garam

| Jenis pertanyaan | Pertanyaan favorabel | Pertanyaan unfavorabel | Jumlah |
|--|----------------------|------------------------|--------|
| Rasa masakan | 1 | - | 1 |
| Jenis makanan | - | 2,3 | 2 |
| Penggunaan penyedap masakan dan penggantinya | 6 | 4,5 | 3 |
| Jumlah penambahan garam dapur | - | 7 | 1 |
| | Jumlah | | 7 |

2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini yaitu dengan wawancara dan kuisisioner. Wawancara dilakukan pada lansia dan keluarganya. Setelah mendapatkan izin dari instansi terkait, kemudian dilakukan pengumpulan data pada kelompok kontrol sebanyak 15 responden dan pada kelompok intervensi 15 responden, pengumpulan data dilakukan pada waktu posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II, setelah

didapatkan keluarga dan lansia dengan hipertensi, peneliti menjelaskan tentang isi kuesioner, tujuan, kerahasiaan kuesioner.

Apabila responden menyetujui untuk menjadi responden, peneliti meminta keluarga dan lansia untuk menandatangani lembar persetujuan . Kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol diminta mengisi lembar kuesioner yang disediakan, pada kelompok eksperimen keluarga diberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan SAP yang ada dan diberikan leaflet tentang hipertensi dan pengelolaannya sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan leaflet tanpa diberikan pendidikan kesehatan.

Apabila responden mengalami kesulitan dalam mengisi kuisisioner, peneliti membantu responden dengan memberikan penjelasan tentang maksud dari pertanyaan kuisisioner. Untuk data kepatuhan setelah diberikan intervensi baik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diambil 7 hari setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

H. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui validitas kuesioner maka perlu diuji dengan uji di korelasi skor (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan skor total kuisisioner tersebut. Bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*) berarti semua pertanyaan yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep yang kita ukur (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dilakukan di Desa Kedungwinong yang masih dalam wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II.

Hasi uji validitas menggunakan teknik korelasi *product moment* didapatkan hasil $r_{hitung} > r_{tabel}$ ($r_{tabel} = 0,361$), untuk uji reliabilitas menggunakan teknik *Alpha Cronbach* didapatkan hasil nilai koefisien $\alpha > 0,75$ ($\alpha = 0,783$), jadi dapat disimpulkan kuesioner dalam penelitian ini dinyatakan valid dan reliabel. Nilai r_{hitung} dan α dapat dilihat di lampiran 13.

I. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Metode pengolahan data

Pengolahan data penelitian kuantitatif menggunakan bantuan program computer (SPSS) yang dilakukan dengan tahap sebagai berikut :

- a. *Editing* dilakukan untuk menilai dan meneliti kelengkapan data.
- b. *Coding*, memberi tanda atau kode untuk mempermudah pelaksanaan pengolahan berikutnya
- c. *Entry*, memasukkan data-data yang telah diberi tanda atau kode dengan menghitung frekuensi data
- d. *Tabulating* data yaitu menghitung dan menyusun data yang disajikan dalam bentuk tabel untuk memudahkan ketika di analisis

2. Metode analisa data

Analisa data hasil eksperimen dilakukan menggunakan program statistik komputer. Analisis datanya adalah *Nonparametric test*, menurut Sugiyono (2011) untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel berpasangan bila skala datanya berbentuk nominal adalah Uji *McNemar*, untuk membandingkan kepatuhan sebelum pendidikan kesehatan dan kepatuhan setelah pendidikan kesehatan dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna antara dua

pengukuran. Sedangkan untuk membandingkan kepatuhan pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol menggunakan Uji *Chi-Square*.

J. Jalannya Penelitian

Penelitian pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi di Puskesmas Sukolilo II, dilaksanakan melalui tahap sebagai berikut :

1. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan ini kegiatan yang dilakukan meliputi :

- a. Konsultasi dengan pembimbing
- b. Studi pustaka untuk menentukan acuan penelitian
- c. Menyusun proposal penelitian
- d. Presentasi proposal

2. Tahap pelaksanaan

- a. Mengurus surat izin penelitian
- b. Penelitian dilaksanakan dari tanggal 8-18 Februari 2014. Kuisisioner diberikan kepada keluarga maupun pada lansia yang ke posyandu lansia yang sebelumnya terlebih dahulu ditawarkan untuk menjadi responden penelitian. Apabila lansia beserta keluarganya bersedia maka untuk kelompok kontrol langsung diberikan kuisisioner dan dijelaskan tentang cara pengisiannya, sedangkan pada kelompok eksperimen diberikan pendidikan kesehatan selama 15-20 menit secara kelompok. Pengumpulan data dilakukan sampai mencapai jumlah responden 15 responden untuk kelompok kontrol dan 15 responden untuk kelompok eksperimen. Untuk pengukuran setelah dilakukan pendidikan kesehatan

pada kelompok eksperimen dilaksanakan 7 hari setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Melakukan *editing*, *coding*, *tabulating* hasil penelitian. Melakukan pengolahan data yang dilakukan dengan komputer dengan uji *McNemar* dan uji *Chi-Square*.

3. Tahap penyusunan
 - a. Penyusunan laporan hasil penelitian
 - b. Konsultasi
 - c. Seminar hasil penelitian
 - d. Perbaikan
 - e. Penjilidan
 - f. Pengumpulan hasil penelitian.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Diskripsi Lokasi Penelitian

Kecamatan Sukolilo mempunyai dua Puskesmas, yaitu Puskesmas Sukolilo I dan II, penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II, wilayah kerjanya meliputi 7 desa yang ada di Kecamatan Sukolilo, tetapi penelitian ini dilaksanakan di Desa Prawoto, Baleadi dan Wegil, karena mempunyai populasi lansia yang lebih banyak dibandingkan dengan desa lainnya.

a. Geografis

Desa Prawoto, Baleadi dan Wegil merupakan desa yang berada paling barat dari Kecamatan Sukolilo, dengan jarak \pm 10 km. Ketiga desa tersebut dihubungkan Jalan Raya Sunan Prawoto. Batas wilayah :

Barat dan Utara : Kabupaten Kudus

Timur : Desa Sukolilo

Selatan : Kabupaten Grobogan

b. Sarana dan Fasilitas, Layanan Kesehatan

Dalam mendapatkan layanan kesehatan penduduk menggunakan jasa petugas kesehatan yang ada di desanya, seperti bidan dan perawat. Tetapi Puskesmas juga menyediakan layanan kesehatan Pusling (Puskesmas Keliling) yang diadakan setiap seminggu sekali, Posyandu Lansia setiap satu bulan sekali. Sarana prasarana yang lain:

1) 1 Puskesmas Induk, terletak di Desa Prawoto.

2) 2 Pasar Desa, terletak di Desa Prawoto dan Wegil.

2. Karakteristik Responden

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 8-18 Februari 2014, dengan sampel 30 yang terdiri dari 15 kelompok eksperimen dan 15 kelompok kontrol. Responden pada penelitian ini adalah lansia dan keluarganya, umur responden lansia didominasi pada rentang 65-70 tahun yaitu 15 orang dari 30 responden atau sebesar 50%, karakteristik jenis kelamin didominasi oleh jenis kelamin laki-laki sebanyak 20 orang atau 66,7%, pendidikan paling banyak SD atau sederajat sebanyak 19 orang atau 63,3%.

Responden keluarga lansia, untuk karakteristik umur didominasi pada rentang 25-37 tahun atau 56%, keluarga lansia banyak yang menempuh pendidikan sampai Perguruan Tinggi yaitu 15 orang atau 50%.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

| No | Karakteristik Responden | Frekuensi (f) N=30 | Persentase % |
|----|-------------------------|--------------------|--------------|
| 1 | Umur Lansia | | |
| | a. 60-64 tahun | 8 | 26,7 |
| | b. 65-70 tahun | 15 | 50 |
| | c. > 70 tahun | 7 | 23,3 |
| 2 | Jenis Kelamin Lansia | | |
| | a. Laki-laki | 20 | 66,7 |
| | b. Perempuan | 10 | 33,3 |
| 3 | Pendidikan Lansia | | |
| | a. SD | 19 | 63,3 |
| | b. SLTP | 4 | 13,3 |
| | c. SLTA | 3 | 10 |
| | d. Perguruan Tinggi | 4 | 13,4 |
| 4 | Pendidikan Keluarga | | |
| | a. SD | 6 | 20 |
| | b. SLTP | 1 | 3,3 |
| | c. SLTA | 8 | 26,7 |
| | d. Perguruan Tinggi | 15 | 50 |
| 5 | Umur Keluarga | | |
| | a. 25-37 tahun | 17 | 56,7 |
| | b. 35-50 tahun | 6 | 20 |
| | c. > 51 tahun | 7 | 23,3 |

3. Distribusi kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi

Pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga hanya diberikan pada kelompok eksperimen yang berjumlah 15 responden, sedangkan kelompok kontrol yang juga berjumlah 15 responden hanya diberikan leaflet. Hasil dari penilaian kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada keluarga adalah patuh sebanyak 3 orang (10%), tidak patuh 12 orang (40%), setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarga lansia menjadi patuh 10 orang (33,3%) tidak patuh 5 orang (16,7%). Penilaian kepatuhan tahap pertama pada kelompok kontrol didapatkan lansia yang patuh sebanyak 2 orang (6,7%) tidak patuh 13 orang (43,3%), penilaian tahap kedua didapatkan lansia yang patuh sebanyak 4 orang (13,3%), tidak patuh 11 orang (36,7%).

Tabel 4.2 Distribusi Kepatuhan Diet Rendah Garam

| Kelompok | Kepatuhan diet rendah garam | | | | | | | |
|------------|-----------------------------|------|-------------|------|-----------|------|-------------|------|
| | Pre test | | | | Post test | | | |
| | Patuh | | Tidak patuh | | Patuh | | Tidak patuh | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Eksperimen | 3 | 10,0 | 12 | 40 | 10 | 33,3 | 5 | 16,7 |
| Kontrol | 2 | 6,7 | 13 | 43,3 | 4 | 13,3 | 11 | 36,7 |
| Total | 5 | 16,7 | 25 | 83,3 | 14 | 46,6 | 16 | 53,4 |

4. Pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi

Uji hipotesis yang digunakan adalah uji *McNemar*, penilaian kepatuhan dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan pada kelompok eksperimen, setelah itu kepatuhan dikelompokkan menjadi patuh dan tidak patuh, responden dikatakan patuh jika nilai kuesioner ≥ 14 dan tidak patuh jika nilai kuisisioner < 14 sehingga didapatkan data seperti

pada tabel 4.2. Hasil dari uji *Mc Nemar* menunjukkan bahwa kepatuhan sebelum dan setelah pendidikan kesehatan berbeda secara bermakna karena angka signifikannya 0,016 ($p < 0,05$).

Tabel 4.3 Hasil Uji *Mc Nemar Pre test* dan *Post test* Pada Kelompok Eksperimen

| | | Kepatuhan setelah penkes | | | | | | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|------|-------------|------|-------|------|----------|
| | | Patuh | | Tidak patuh | | total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Kepatuhan sebelum penkes | Patuh | 3 | 10,0 | 0 | 0 | 3 | 10,0 | 0,016 |
| | Tidak patuh | 7 | 23,3 | 5 | 16,7 | 12 | 40,0 | |
| jumlah | | 10 | 33,3 | 5 | 16,7 | 15 | 50,0 | |

Untuk mengetahui hubungan antara kelompok (eksperimen dan kontrol) dengan kepatuhan (patuh dan tidak patuh) digunakan uji *Chi-Square*. Hasilnya adalah nilai frekuensi observasi 10,5,14,16 sedangkan nilai frekuensi harapan 7,0; 8,0; 14,0; dan 16,0. Karena nilai frekuensinya tidak ada yang kurang dari 5 maka dapat menggunakan uji *Chi-Square*, nilai signifikannya menunjukkan nilai 0,028 ($p < 0,05$) jadi terdapat hubungan yang bermakna.

Tabel 4.4 Hasil Uji *Chi-Square post test* Pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol

| | | Kepatuhan diet rendah garam | | | | <i>p</i> |
|--------------------|------------|-----------------------------|-------|-------------|-------|----------|
| | | patuh | | Tidak patuh | | |
| | | n | % | n | % | |
| Kelompok responden | Eksperimen | 10 | 71,1 | 5 | 31,25 | 0,028 |
| | Kontrol | 4 | 28,5 | 11 | 68,75 | |
| Total | | 14 | 100,0 | 16 | 100,0 | |

B. Pembahasan

Pada penilaian kepatuhan diet rendah garam sebelum dilakukan pendidikan kehatan pada keluarga lansia baik pada kelompok kontrol maupun kelompok eksperimen didapatkan hasil, 25 orang (83,3%) tidak patuh, 5 orang

(16,7%) patuh, dari 25 orang yang tidak patuh, 19 orang berpendidikan SD. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang, semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tidak patuh karena semakin rendah tingkat pendidikan akan mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Budiman (2012) yang meneliti fakto-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien yang diterapi Tamoxifen setelah operasi kanker payudara. Hasilnya adalah terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat dengan nilai $p=0,004$.

Teori ini juga sesuai dengan Nursalam (2002), makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Carpenito (2000 dalam Suparyanto, 2010) adalah tingkat pendidikan, tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif dan diperoleh secara mandiri, melalui tahap-tahap tertentu. Selain tingkat pendidikan usia juga mempengaruhi kepatuhan seseorang, dalam penelitian ini didapatkan hasil usia didominasi 65-70 tahun sebanyak 15 orang (50%).

Menurut Gunarso (1990 dalam Suparyanto, 2010), semakin bertambahnya usia seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, tetapi pada umur-umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur-umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu

seiring dengan usia semakin lanjut. Hal ini menunjang dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah. Lanjut usia sebagai kelompok yang mengalami kemunduran daya ingat, sehingga tidak dapat memahami kepatuhan diet rendah garam dengan sempurna, namun hanya berkeinginan untuk menuruti keinginannya yaitu makan makanan yang diinginkannya.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Suwarso (2010), Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien hipertensi di RSUD H. Adam Malik Medan, berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan hubungan yang bermakna usia dengan ketidakpatuhan pasien dalam melaksanakan pola pengobatan yang telah diinstruksikan kepadanya, hal ini dapat dilihat dari nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), pasien dengan usia 56-80 tahun 9 kali cenderung untuk tidak patuh dari pada pasien yang berusia 32-55 tahun.

Kepatuhan lansia hipertensi sebelum dilakukan pendidikan kesehatan berdasarkan hasil penjumlahan tiap-tiap pertanyaan dalam kuesioner didapatkan hasil bahwa lansia paling banyak tidak patuh dalam penggunaan penyedap masakan seperti vetsin, kecap dan menggunakan garam > 1 sendok dalam memasak. Natrium adalah kation utama dalam cairan ekstraseluler dan pengaturannya diatur oleh ginjal, sumber utama natrium adalah garam dapur (NaCl), soda kue (NaHCO_3), *baking powder*, natrium benzoat dan vetsin (monosodium glutamat/MSG) (Almatsier, 2006).

Diet rendah garam disesuaikan berat ringannya penyakit, diet rendah garam dibagi menjadi tiga (diet rendah garam I, II, dan III) yang penambahan natrium maksimal sebesar 1.000-1.200 mg/hari dan pada pengolahan makanan boleh menambah satu sendok teh garam dapur/hari atau 4 gram (PERSAGI, 2009). Konsumsi natrium yang berlebihan menyebabkan cairan ekstraseluler

meningkat, volume darah juga meningkat sehingga berdampak timbulnya hipertensi (Sutanto, 2010). Menurut Williams (1991 dalam Aisyiyah, 2009) menjelaskan bahwa mekanisme yang mendasari sensitivitas garam pada beberapa pasien disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: ketidakmampuan ginjal mengekskresikan natrium, pengaturan sirkulasi ginjal yang tidak normal, dan sekresi aldosteron. Sensitivitas seseorang terhadap natrium didalam tubuh berbeda-beda. Sehingga penderita hipertensi jika tidak patuh terhadap tatalaksan diet rendah garam maka tekanan darahnya dapat meningkat.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sarasaty (2011), faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada kelompok lansia di Kelurahan Sawah Baru, Ciputat, Tangerang Selatan dengan 105 responden didapatkan hasil 66 responden yang mengkonsumsi natrium lebih, terdapat 65 (98,5%) terdiagnosis hipertensi. Sedangkan diantara responden yang mengkonsumsi natriumnya cukup, terdapat 4 (10,3%) yang terdiagnosis hipertensi. Indrawati, Werdbasari dan Yudi (2009), hubungan pola kebiasaan konsumsi masyarakat miskin dengan kejadian hipertensi di Indonesia dengan sampel 283.652 individu yang berumur 15 tahun keatas dari 438 kabupaten didapatkan hasil pola kebiasaan menggunakan bumbu penyedap (MSG) mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kejadian hipertensi dengan nilai $p=0,008$ tetapi frekwensi sering atau jarang tidak berbeda besar resiko terhadap kejadian hipertensi setelah dikontrol dengan status ekonomi, jenis kelamin, umur, pendidikan, wilayah tinggal, makanan asin dan minuman berkafein.

Hasil uji *Mc Nemar* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kepatuhan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada

keluarga lansia untuk kelompok eksperimen ditunjukkan dengan nilai signifikan 0,016 ($p < 0,05$), hasil penilaian setelah pendidikan kesehatan menunjukkan peningkatan dari 12 orang (80%) menjadi 5 orang (33,3%) yang tidak patuh, sedangkan untuk 7 orang (46,7%) masih tetap tidak patuh. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden (lansia dan keluarganya) dikarenakan kurang adanya motivasi dari lansia untuk patuh terhadap program diet rendah garam, mereka berpendapat selama tidak ada gejala-gejala hipertensi seperti pusing dan terasa berat ditengok, tidak perlu melakukan diet rendah garam. Ketidak patuhan sesuai dengan teori Rantucci (2007), faktor dari pasien yaitu ketidak seriusan pasien terhadap penyakit yang dialami.

Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Norman (2012), pengaruh ceramah kesehatan terhadap kepatuhan dan tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Beji Kota Depok, dengan jumlah responden 122 orang, yang mengalami peningkatan kepatuhan sebanyak 68 orang, 48 orang tetap dan 2 orang mengalami penurunan kepatuhan. Penelitian Pratiwi (2011), pengaruh konseling obat terhadap kepatuhan pasien hipertensi di Poliklinik khusus RSUP DR. M. Djamil Padang, kepatuhan dalam penelitian ini dinilai dari pengetahuan dan sikap. 50 responden terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah konseling.

Hasil analisis berdasarkan uji *Chi-Square* menunjukkan hubungan yang bermakna antara kepatuhan pada kelompok eksperimen yang mendapatkan pendidikan kesehatan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan yang ditunjukkan dengan nilai signifikan 0,028 ($p < 0,05$). Pendidikan kesehatan terbukti dapat merubah pengetahuan, sikap, maupun perilaku sehat, selain itu pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau

pembelajaran masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (Achjar, 2011). Pendidikan kesehatan diberikan pada keluarga lansia karena lansia mengalami banyak perubahan biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial yang memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan termasuk masalah kesehatan dan mengalami banyak keterbatasan ketergantungan pada orang lain sehingga diharapkan keluarga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam mengenal, mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga lansia (Mubarak, dkk, 2006), maka secara otomatis keluarga telah memberikan dukungan yang baik terhadap pelaksanaan diet rendah garam yang dijalani oleh lansia hipertensi.

Informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan, berbagai macam informasi akan dapat meningkatkan pengetahuan lansia dan keluarga, salah satu sumber informasi yang didapatkan keluarga adalah pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh peneliti. Menurut Friedman (1998) keluarga berfungsi sebagai *colector* dan *desseminator* (peyebar) informasi yang dapat diwujudkan dengan pemberian dukungan semangat, serta pengawasan pola kegiatan sehari-hari. Dan kepatuhan menurut WHO (2003) adalah seberapa baik perilaku seseorang dalam menggunakan obat, mengikuti diet atau mengubah gaya hidup yang sesuai tatalaksana terapi. Dalam Islam memuliakan orangtua dan merawatnya adalah amal ibadah yang penting dan utama setelah perintah untuk ikhlas beribadah dengan tidak mempersekutukan Allah SWT (Nawawi, 2013), terdapat dalam QS Al-Isra': 23-24

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Partilia (2012) pada 45 responden di RSUD Tugurejo Semarang yang menunjukkan hubungan yang

signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam. Andrayani (2013), hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di poliklinik jantung RS DR. Saiful Anwar Malang, dengan 89 responden didapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan diet rendah garam dengan taraf signifikansi 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh nilai positif sebesar 0,0469 dan nilai signifikasinya 0,000 ($p < 0,05$).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu sebagai berikut :

1. Proses pendidikan kesehatan

Kualitas pendidikan yang diberikan kepada keluarga lansia satu dengan yang lain berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu. Keluarga antusias dan merespon, tetapi ada juga keluarga yang hanya sepintas saja dalam mendengarkan dan terburu-buru untuk pulang.

2. Kuesioner penelitian

Responden kesulitan dalam mengisi kuesioner (mengingat-ingat pelaksanaan diet rendah garam yang dijalannya)

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pada kelompok eksperimen dari 15 responden sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarga, lansia yang patuh sebanyak 3 orang (10%), tidak patuh 12 orang (40%). Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, lansia yang patuh menjadi 10 orang (33,3%) dan yang tidak patuh menjadi 5 orang (16,7%).
2. Pada kelompok kontrol nilai *pre test* didapatkan hasil patuh 2 orang (6,7%), tidak patuh 13 orang (43,3%), *post test* patuh 4 orang (13,3%), tidak 11 orang (36,7%).
3. Pendidikan kesehatan hipertensi pada keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan diet rendah garam lansia hipertensi

B. Saran

1. Bagi institusi Puskesmas

Berdasarkan penelitian ini sebaiknya pendidikan kesehatan tidak hanya dilakukan pada lansia (klien) tetapi juga diberikan pada keluarganya.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Melakukan penelitian dengan materi kepatuhan tidak hanya berfokus pada diet rendah garam tapi juga kepatuhan terhadap terapi lainnya,

karena kepatuhan diet rendah garam hanya salah satu cara nonfarmakologis untuk mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi.

3. Bagi Responden (lansia dan keluarganya)

Keluarga diharapkan memberikan dukungan dalam menyediakan diet rendah garam bagi lansia hipertensi, untuk lansia agar lebih mematuhi program terapi yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

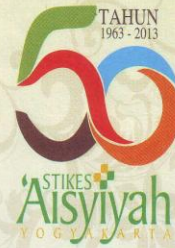
- Abdillah, E. R. (2012). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Diet Rendah Garam Dengan Pelaksanaan Diet Rendah Garam Serta Di Poli Jantung RSAA MALANG*. <http://old.fk.ub.ac.id/artikel/id/filedownload/keperawatan/ELYZA%20R.S.A.pdf>. diakses tanggal 16 September 2013.
- Achjar, K. A. (2012). *Teori dan Praktikum : Asuhan Keperawatan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Aisyiyah. (2009). *Faktor Resiko Hipertensi Pada Empat Kabupaten/Kota dengan Prevalensi Hipertensi Di Jawa dan Sumatera*. fema.ipb.ac.id. diakses tanggal 10 Maret 2014.
- Almatsier, S. (2006). *Penuntun Diet Edisi Baru*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Andrayani. (2013) *Hubungan dukungan keluarga keluarga dengan tingkat kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di RS. Saiful Anwar Malang*. old.fk.ub.ac.id/artikel/id/filedownload/.../Arya.pdf. diakses Februari 2014.
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Budiman, A (2012). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien yang diterapi Tamoxifen setelah operasi Ca payudara di RS Dr M. Djamil Padang*. <http://jurnal.fk.unad.ac.id>. diakses tgl 24 Februari 2014.
- Cahyono, S. (2008). *Gaya Hidup Dan Penyakit Modern*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Dahlan, M. S. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes. (2006). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Depkes RI.
- _____ (2008). *laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDA) Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI
- Dinas Kesehatan. (2008). *Profil Kesehatan Kota Semarang*. <http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/downloads/profile.pdf> .diakses 20 Oktober 2013
- Fallen, R & Dwi, B. (2011). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medica.
- Hariyanto, T. Subekti & Wiyono (2005). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Konsep dan Proses*. Malang: Bintang Media.

- Kemenkes RI. (2013). *Gambaran Kesehatan Lansia di Indonesia*. [http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin Lansia.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin%20Lansia.pdf) , 1.
- _____ (2010). *Hipertensi Penyebab Kematian Nomor Tiga*. <http://www.depkes.go.id>. diakses 25 Oktober 2013
- Kusairi, M.G.(2011) *Pendidikan dalam Al-quran dan Hadits*. <http://mghazakusairi.wordpress.com/2011/5/23>. diakses 6 Januari 2013.
- Mahdiar, R. (2010). *Mencegah Penyakit Kronis Sejak Dini*. Yogyakarta: Tora Book.
- Mubarak, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Setu.
- Nawawi, I. (2013). *Memuliakan orangtua dan rawatlah ia hingga akhir hayat*. [http://www.hidayatullah.com/red/27841/25/03/2013/memuliakan -orangtua-dan-rawatlah-ia-hingga-akhir-hayat.html](http://www.hidayatullah.com/red/27841/25/03/2013/memuliakan-orangtua-dan-rawatlah-ia-hingga-akhir-hayat.html) . diakses 25 Oktober 2013
- Norman.(2012). *Pengaruh ceramah kesehatan terhadap kepatuhan dan tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Beji Depok*. [lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20307182-S42282](http://ontar.ui.ac.id/file?file=digital/20307182-S42282). diakses Februari 2014.
- Notoadmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Cetakan I*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- _____ (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba medika
- Partilia, D. F. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam dan Keteraturan Kontrol Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang*. <http://www.e-jurnal.com/2013/10/hubungan-dukungan-keluarga-dengan.html>. diakses Juli 2013.
- PERSAGI (Persatuan Ahli Gizi Indonesia). (2009). *Kamus Pelengkap Kesehatan Keluarga*. PT Kompas Media Nusantara: Jakarta
- Pratiwi. (2011). *Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi Di Poliklinik Khusus RSUP DR.M.Djamil Padang*. <http://pasca.unand.ac.id/id/wp-content/uploads/2011/09/ARTIKEL4.pdf>. diakses September 2013.
- Price & Wilson. (2002). *Patofisiologi Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke : Dilengkapi Posyandu Lansia dan Posbindu PTM*. Yogyakarta: Nuha Medika Press.

- Purnomo, H. (2009). *Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Yang Paling Mematikan*. Yogyakarta: Buana Pustaka.
- Rantucci, M.J. (2007). *Pharmacists talking to patients*.(Ed. ke 2) Baltimore: Lippincot William dan Wilkins.
- Rismayanti. (2012). *Diet Bagi Penderita Hipertensi*. <http://staff.uny.ac.id>.diakses 25 Oktober 2013.
- Rosyid, F.N. (2011). *Hubungan Kepatuhan Diet Rendah Garam dan Terjadinya Kekambuhan Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Pasongsongan Kab.SumenepMadura*.<http://www.fik.umsurabaya.ac.id/jurnal/PROSEDINGUMSJANUARI2011>. diakses 19 Oktober 2013.
- Sarasaty, R. F. (2011). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Hipertensi pada Kelompok Lansia di Kelurahan Sawah Baru Kecamatan Ciputat, Kota Tangerang Selatan Tahun 2011*. <http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/filedigital/RINAWANGJADI.pdf>, 6. diakses 5 Oktober 2013
- Sugiyono. (2008). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Susanto. (2010). *Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern*. Yogyakarta: CV.Andi.
- Susilo, R. (2011). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suwarso. (2010). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien hipertensi di RS H. Adam Malik Medan*. www.respository.usu.ac.id. diakses tanggal 24 Februari 2014
- Wedbrasari & Yudi. (2009). *Hubungan Pola Kebiasaan Konsumsi Makanan Masyarakat Miskin Dengan Kejadian Hipertensi Di Indonesia*. ejournal.litbang.depkes.go.id. diakses tanggal 10 Maret 2014.
- Widodo, R. (2004). *Panduan Keluarga Memilih Dan Menggunakan Obat*. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Williams, L. & Wilkins. (2007). *Nutrition made Incredibly Easy,2nd Ed*. USA: Wolters Kluwer Healt Inc.
- World Health Organization (2003). Internasional Society of Hypertension Guideline for Management of Hypertension, *Journal Hypertension*
- Yugiantoro, M. (2006). *Hipertensi Esensial dalam Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi IV*. Depok: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.

LAMPIRAN

Prodi Kebidanan - DIII (Akreditasi BAN PT : B)
Prodi Bidan Pendidik - DIV (Akreditasi BAN PT : B)
Prodi Ilmu Keperawatan - S1 & Profesi Ners (Akreditasi BAN PT : B)
Prodi Fisioterapi - S1 (Proses Akreditasi)



No : 1038 /STIKES/Ad/XI/2013
Perihal : **Permohonan Ijin Studi Pendahuluan**

Yogyakarta, 01 November 2013

Kepada Yth.
**Kepala UPTD Puskesmas
Sukolilo II Pati
Di Jawa Tengah**

Assalamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa untuk menyelesaikan Strata I Program Studi Ilmu Keperawatan, mahasiswa Tahun Akademik 2013/2014 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) 'Aisyiyah Yogyakarta diwajibkan melakukan penelitian untuk menyusun skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon ijin salah seorang mahasiswa kami,

Nama : Andik Sumantri
NIM : 201210201152
Pembimbing : Widaryati, S.Kep., Ns., M.Kep.

mengadakan studi pendahuluan (memohon informasi data) di:

Puskesmas Sukolilo II Pati Jawa Tengah

untuk rencana penulisan skripsi dengan judul:

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Puskesmas Sukolilo II Pati.

Demikian, atas terkabulnya permohonan ini disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh

Ketua,

Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.
NBM. 1012376



PROGRAM STUDI:

Kebidanan D III (Terakreditasi BAN PT: B)

Bidan Pendidik D IV (Terakreditasi BAN PT: B)

Ilmu Keperawatan S1 dan Profesi Ners (Terakreditasi BAN PT: B)

Fisioterapi S1 (Proses Akreditasi)



ISO 9001:2008 FS 600796
NWA 2:2007 IWA-843013

No : 40 /STIKES/Ad/I/2014

Yogyakarta, 25 Januari 2014

Perihal : **Permohonan Ijin Uji Validitas
Dan Reliabilitas Instrumen**

Kepada Yth.

Kepala

UPTD Puskesmas Sukolilo II

Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati

Di Pati

Assalamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa untuk menyelesaikan Strata I Program Studi Ilmu Keperawatan, mahasiswa Tahun Akademik 2013/2014 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) 'Aisyiyah Yogyakarta diwajibkan melakukan penelitian untuk menyusun skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon ijin salah seorang mahasiswa kami,

Nama : **Andik Sumantri**

NIM : **201210201152**

Pembimbing : **Widaryati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

mengadakan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di:

Puskesmas Sukolilo II Kecamatan Pati

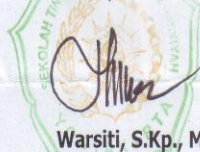
untuk penulisan skripsi dengan judul:

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi Di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati.

Demikian, atas terkabulnya permohonan ini disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh.

Ketua,



Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

NBM. 1012376

PROGRAM STUDI:

Kebidanan D III (Terakreditasi BAN PT: B)

Bidan Pendidik D IV (Terakreditasi BAN PT: B)

Ilmu Keperawatan S1 dan Profesi Ners (Terakreditasi BAN PT: B)

Fisioterapi S1 (Proses Akreditasi)

No : 139 /STIKES/Pr/Ad/II/2014

Yogyakarta, 07 Februari 2014

Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada Yth.

Kepala

UPTD Puskesmas Sukolilo II

Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati

Di Pati

Assalamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa untuk menyelesaikan Strata I Program Studi Ilmu Keperawatan, mahasiswa Tahun Akademik 2013/2014 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) 'Aisyiyah Yogyakarta diwajibkan melakukan penelitian untuk menyusun skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon ijin salah seorang mahasiswa kami,

Nama : **Andik Sumantri**
NIM : **201210201152**
Pembimbing : **Widaryati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

mengadakan penelitian di :

Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati

untuk penulisan skripsi dengan judul:

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi Di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati

Demikian, atas terkabulnya permohonan ini disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakaatuh.

† Ketua,



Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

NBM. 1012376



PEMERINTAH KABUPATEN PATI

UPT PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT SUKOLILO II
Desa Prawoto Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati Kode Pos 59172

SURAT KETERANGAN/IJIN

Nomor : 800/ *Aj* II / 2014

Berdasarkan surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) 'Aisyiah Yogyakarta Nomor: 139/STIKES/Pr/Ad/II/2014, tanggal 07 Februari 2014, dengan perihal: Permohonan Ijin Penelitian.

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian oleh:

Nama : Andik Sumantri
NIM : 201210201152
Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi Di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati
Waktu : 8-18 Februari 2014
Tempat : 1. Desa Prawoto
2. Desa Baleadi
3. Desa Wegil

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/topik masalah/tujuan akademik
2. Menyerahkan hasil penelitian kepada Puskemas Sukolilo II
3. Ijin penelitian dapat diperpanjang dengan mengajukan surat ini kembali sebelum berakhir waktunya.

Demikian surat keterangan/ijin ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pati, 8 Februari 2014

Kepala UPT Puskesmas Sukolilo II



Achmad Nadhir, SKM., M.Kes
NIP.1961031319831018

Tembusan:

1. Yth. Ketua STIKES 'Aisyiah Yogyakarta
2. Yang bersangkutan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

| | |
|------------------------|--|
| Pokok Pembahasan/topik | :Hipertensi |
| Sub Pokok Pembahasan | :Pengertian hipertensi, Klasifikasi hipertensi, Penyebab hipertensi, Tanda dan gejala hipertensi, Akibat hipertensi, Pengelolaan hipertensi : diet rendah garam. |
| Hari/Tanggal | : |
| Tempat | :Balai Desa |
| Sasaran | :Keluarga lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II |

A. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1×30 menit diharapkan keluarga lansia dapat mengerti dan memahami tentang hipertensi dan pengelolaannya : diet rendah garam

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan pengelolaannya:

- a) Pengertian hipertensi
- b) Faktor penyebab hipertensi

- c) Komplikasi hipertensi
- d) Tanda dan gejala hipertensi
- e) Pengelolaan : diet rendah garam

B. SASARAN

Keluarga lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sukolilo II

C. METODE

- 1. Ceramah
- 2. Diskusi
- 3. Tanya jawab

D. MEDIA

Media yang digunakan : leaflet dan power point

E. KEGIATAN

| No | Kegiatan penyaji | Kegiatan Peserta | waktu |
|----|---|---|----------|
| 1 | Pembukaan : 1. Salam 2. Perkenalan 3. Menjelaskan tujuan 4. Kontrak waktu dan tempat | Menjawab salam Menyetujui kontak tempat dan waktu | 5 menit |
| 2 | Pelaksanaan Menjelaskan materi : 1. Pengertian hipertensi 2. Faktor peyebab hipertensi 3. Tanda dan gejala Hipertensi 4. Komplikasi hipertensi 5. Pengelolaan : diet rendah garam | Mendengarkan Memahami Bertanya | 20 menit |
| 3. | Evaluasi : Melakukan tanya jawab tentang materi yang diberikan | Menjelaskan kembali tentang hipertensi dan pengelolaannya : diet rendah garam | 5 menit |

F. MATERI

Materi terlampir

G. EVALUASI

1. Evaluasi struktural

- a) SAP sudah siap satu hari sebelum dilaksanakan kegiatan
- b) Tersedianya perlengkapan atau media

2. Evaluasi proses

Peserta berperan aktif dalam proses pembelajaran

3. Evaluasi hasil

- a) Peserta mampu menjelaskan kembali pengertian hipertensi
- b) Peserta mampu menjelaskan faktor penyebab hipertensi
- c) Peserta mampu menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
- d) Peserta mampu menyebutkan komplikasi hipertensi
- e) Peserta mampu menjelaskan pengelolaan hipertensi : diet rendah gara

HIPERTENSI

A. PENGERTIAN HIPERTENSI

Hipertensi adalah keadaan dimana tekanan darah lebih dari normal (lebih dari 140/90 mmHg). Keadaan ini akibat dari penyempitan pembuluh darah atau arteriosklerosis, karena meningkatnya volume darah dan karena meningkatnya kerja jantung. Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan untuk otot jantung.

Klasifikasi hipertensi menurut *National Institutes of Health*

| Kategori | Sistolik (mmHg) | Diastolik (mmHg) |
|----------------------|--------------------|---------------------|
| Normal | < 120 | dan < 80 |
| Prehipertensi | 120-139 | atau 80-89 |
| Hipertensi tingkat 1 | 140-159 | atau 90-99 |
| Hipertensi tingkat 2 | ≥ 160 | ≥ 100 |

Sumber : William & Wilkins (2007)

B. PENYEBAB HIPERTENSI

Ada 2 faktor yang memudahkan seseorang terkena hipertensi, yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat dihindari

1) Keturunan

Jika seseorang mempunya orang tua yang salah satunya terkena hipertensi maka orang tersebut mempunya resiko lebih besar untuk terkena hipertensi daripada orang yang kedua orang tuanya normal.

2) Jenis kelamin

Pria pada umumnya lebih mudah terserang hipertensi dibandingkan dengan wanita.

3) Umur

Pada umumnya hipertensi pada pria terjadi di atas usia 21 tahun dan wanita terjadi setelah menopause.

b. Faktor yang dapat dihindari

1) Kegemukan

Orang yang gemuk mempunyai resiko terserang hipertensi 7 x lipat dibanding wanita yang langsing pada usia yang sama.

2) Merokok dan mengonsumsi alkohol.

Merokok dapat menaikkan tekanan darah, karena kandungan rokok dapat meningkatkan penggumpalan darah dan pengapuran pada dinding pembuluh darah

3) Konsumsi garam berlebih

C. TANDA DAN GEJALA

- a. Sakit kepala (pusing)
- b. Terasa berat di tengkuk
- c. Penglihatan kabur
- d. Cepat merasa lelah
- e. Tekanan darah meningkat
- f. Nyeri dada dan sesak napas
- g. Telinga berdengung
- h. Sukar tidur

D. KOMPLIKASI HIPERTENSI

1. Gangguan penglihatan sampai kebutaan
2. Payah jantung
3. Gangguan ginjal
4. Gangguan pembuluh darah otak yang mengakibatkan stroke

E. PENGELOLAAN HIPERTENSI

a. Pembatasan asupan garam

Jumlah konsumsi natrium 2300 mg/hr (setera dengan 1 sendok teh)

Garam natrium yang ditambahkan pada makanan dan perlu dikurangi :

- 1) Natrium klorida atau garam dapur
- 2) Mono-Natrium Glutamat atau vetsin
- 3) Natrium Bikarbonat atau soda kue
- 4) Natrium Bisulfit untuk mengawetkan daging

Cara memasak makanan yang mengandung Natrium :

- 1) Pada ikan dicuci dan direndam terlebih dahulu
- 2) Untuk mengeluarkan garam dari margarine dengan mencampur margarine dengan air, lalu masak sampai mendidih, margarine akan mencair dan akan larut dalam air. Dinginkan cairan kembali dengan memasukkan panci kedalam kulkas

Makanan yang mengandung Natrium dan perlu dihindari antara lain :

biskuit, daging asap, dendeng, abon, ikan asin, sarden, kornet, telur asin, asinan buah dalam kaleng.

Jenis diet rendah garam :

- 1) Diet rendah garam I (Natrium dianjurkan sebesar 200-400 mg/hari, sehingga dalam pengolahan makanan tidak ditambahkan garam dapur), jika tekanan darah $\geq 160/\geq 100$ mmHg
 - 2) Diet rendah garam II (Natrium direkomendasikan 600-800 mg, dalam pengolahan makanan boleh menambahkan $\frac{1}{2}$ sendok teh garam dapur atau 2gr), jika tekanan darah 140-159/90-99 mmHg
 - 3) Diet rendah garam III (Natrium sebesar 1.000-1.200 mg/hari, pada pengolahan makanan boleh menambahkan satu sendok teh garam dapur/hari atau 4gram), jika tekanan darah 140/90 mmHg
- b. Kontrol berat badan dan meningkatkan aktifitas
 - c. Mengurangi konsumsi alkohol
 - d. Berhenti merokok
 - e. Obat



HIPERTENSI



OLEH
ANDIK SUMANTRI

APA ITU HIPERTENSI ??

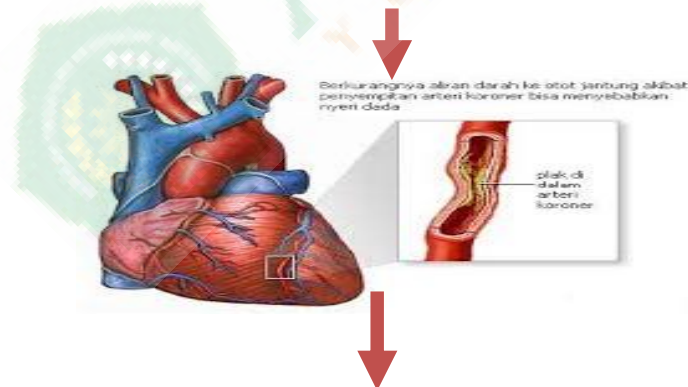
TEKANAN DARAH LEBIH DARI NORMAL
(LEBIH DARI 140/90 mmHg)

KLASIFIKASI

| KATEGORI | SISTOLIK (mmHg) | DIASTOLIK (mmHg) |
|----------------|-----------------|------------------|
| Normal | < 120 | Dan < 80 |
| Pre hipertensi | 120-139 | Atau 80-89 |
| Ht tingkat 1 | 140-159 | Atau 90-99 |
| Ht tingkat 2 | ≥160 | ≥100 |

Bagaimana terjadinya hipertensi ????

- KETURUNAN
- KEGEMUKAN
- MEROKOK DAN ALKOHOL
- USIA
- KONSUMSI GARAM BERLEBIH



TEKANAN DARAH MENINGKAT $\geq 140/90$ mmHg

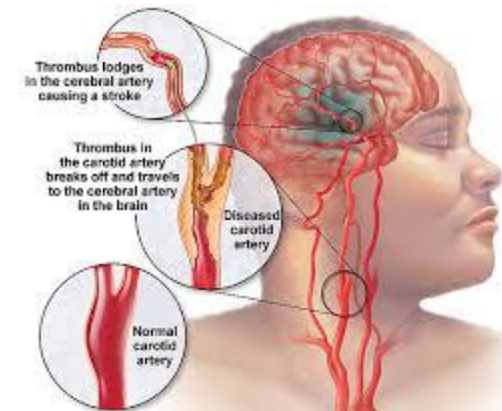
Tanda gejala hipertensi :

- Sakit kepala
- Penglihatan kabur
- Tekanan darah meningkat
- Sulit tidur
- Telinga berdenging



Komplikasi

1. Gangguan penglihatan sampai Kebutaan
2. Gangguan jantung
3. Gangguan ginjal
4. Stroke



PENCEGAHAN HIPERTENSI

1. Pembatasan asupan garam

- a. **1 SENDOK TEH / HARI**
- b. **HINDARI PENYEDAP RASA**



2. Kontrol berat badan dan meningkatkan aktifitas

3. Mengurangi konsumsi alkohol

4. Berhenti merokok

5. Obat

MAKANAN YANG DIHINDARI :

- Semua makan yang diawetkan dan dimasak menggunakan garam (*ikan asin, telur asin, abon, udang kering sarden, asinan, acar, mie instan, daging asap / panggang, dll*)
- Sayuran yang dimasak menggunakan penyedap masakan yang mengandung garam (*kecap, saos, vetsin/moto, terasi*)



KENAPA TIDAK BOLEH MAKAN MAKANAN YANG ASIN ????



Garam/penyedap rasa akan meningkatkan jumlah cairan dalam pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat

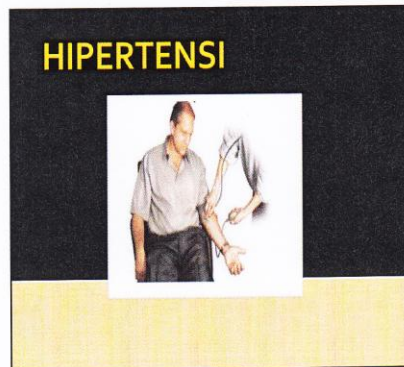


KAPAN & BAGAIMANA DIET RENDAH GARAM ????

| DIET RENDAH GARAM 1 | DIET RENDAH GARAM 2 | DIET RENDAH GARAM 3 |
|---|---|--|
| Natrium 200-400mg/hari, tanpa garam dapur | Natrium 600-800 mg/hari, menambah garam 1/2 sendok teh/hr | Natrium 1200 mg/hari, boleh menambah garam 1 sendok teh/hr |
| Tensi $\geq 160/\geq 100$ mmHg | Tensi 140-159/90-99 mmHg | Tensi 140/90 mmHg |



BATASILAH NATRIUM DENGAN MENGGUNAKAN BUMBU MASAK ALAMI



APA ITU HIPERTENSI (DARAH TINGGI)?

TEKANAN DARAH LEBIH DARI NORMAL (LEBIH DARI 140/90 mmHg)

| Kategori | Tekanan darah (mmHg) |
|-----------------------|----------------------|
| Normal | <120/<80 mmHg |
| Pre hipertensi | 120-139/80-89 mmHg |
| Hipertensi tingkat I | 140-159/90-99 mmHg |
| Hipertensi tingkat II | ≥160/≥100 mmHg |

PENYEBAB

1. Keturunan
2. Kegemukan
3. Merokok dan alkohol
4. Konsumsi garam berlebihan

GEJALA

- Sakit kepala
- Penglihatan kabur
- Tekanan darah meningkat
- Susah tidur
- Telinga berdenging

KOMPLIKASI

- Gangguan penglihatan sampai kebutaan
- gangguan jantung & ginjal
- stroke

KENAPA TIDAK BOLEH MAKAN MAKANAN YANG ASIN ???

Garam/penyedap rasa akan meningkatkan jumlah cairan dalam pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat

| Jumlah darah di pembuluh darah | Lebar pembuluh darah | Tekanan darah |
|--------------------------------|----------------------|---------------|
| Normal | Lebar | Normal |
| Volume darah naik | Sempit | Tinggi |
| Normal | Sempit | Tinggi |

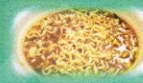
JENIS DIET RENDAH GARAM

- Diet Rendah Garam 1 (Na 200-400 mg/hari, tanpa garam dapur)
- Diet Rendah Garam 2 (Na 600-800 mg/hari, ½ sendok teh garam dapur)
- Diet Rendah Garam 3 (Na 1000-1200 mg/hari, 1 sendok teh garam dapur)



Jenis makanan yang dibatasi

- ❑ BISKUIT
- ❑ DAGING ASAP
- ❑ IKAN ASIN
- ❑ TELUR ASIN
- ❑ MIE INSTAN



Kapan melakukan diet rendah garam??

• Diet rendah garam 1
($\geq 160/\geq 100$ mmHg)

• Diet rendah garam 2
(140-159/90-99 mmHg)

• Diet rendah garam 3
(140/90 mmHg)



Lampiran 8

**SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)**

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/Sdr.

Di Pati

Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarakatuh

Dengan Hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES A'isyiyah Yogyakarta :

Nama : Andik Sumantri

NIM : 201210201152

Pembimbing : Widaryati, S.Kep.Ns, M.Kep

Bermaksud melakukan penelitian tentang: **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi di Puskesmas Sukolilo II ”**. Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian yang dilakukan tidak akan menimbulkan dampak yang berbahaya bagi responden dan saya berjanji akan menjaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu untuk menjadi reponden, saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Pati, Februari 2014

Peneliti,

Andik Sumantri

Lampiran 9

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden untuk keperluan penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa yang bernama :

Nama : Andik Sumantri

NIM : 201210201152

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia dengan Hipertensi di Puskesmas Sukolilo II”**

Demikian pernyataan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Pati, Februari 2014

Responden

(.....)

Lampiran 10

SURAT PERMOHONAN MENJADI ASISTEN PENELITIAN

Kepada Yth.

Saudara/saudari

Di Pati

Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarakatuh

Dengan Hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES A'isyiyah Yogyakarta :

Nama : Andik Sumantri

NIM : 201210201152

Pembimbing : Widaryati, S.Kep.Ns, M.Kep

Bermaksud melakukan penelitian tentang: **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi di Puskesmas Sukolilo II”**. Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara/saudari untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai asisten peneliti.

Atas ketersediaan dan partisipasi saudara/saudari untuk menjadi asisten penelitian, saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Pati, Februari 2014

Peneliti,

Andik Sumantri

Lampiran 11

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI ASISTEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Supriyanto, SKM
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Pendidikan terakhir : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Alamat : Sukolilo, Kab.Pati Jawa Tengah

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai asisten peneliti untuk keperluan penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa yang bernama :

Nama : Andik Sumantri
NIM : 201210201152

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi di Puskesmas Sukolilo II”**
Demikian pernyataan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Pati, Februari 2014

Peneliti

Menyetujui,

Asisten peneliti

(Andik Sumantri)

(Supriyanto, SKM)

KUISIONER PENELITIAN
PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN HIPERTENSI PADA KELUARGA
TERHADAP KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM
LANSIA HIPERTENSI DI PUSKESMAS
SUKOLOLO II KABUPATEN PATI

Petunjuk Pengisian

1. Sebelum anda menjawab pertanyaan isilah identitas anda dengan benar pada lembar yang sudah disediakan.
2. Bacalah pertanyaan dengan baik dan teliti sebelum anda menjawab.
3. Demi kelancaran penelitian, jawablah pertanyaan dengan jujur.
4. Semua data yang anda cantumkan, Insya Allah kami jamin kerahasiaannya.

A. Kuisisioner A

a. Identitas Responden (klien)

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Jenis : Laki-laki Perempuan
4. Alamat :
5. Tekanan darah :
6. Pendidikan terakhir : SD SMP
SMA Diploma/Sarjana

b. Identitas Responden (keluarga)

1. Nama (inisial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Alamat :
5. Pendidikan terakhir :
6. Hubungan dengan klien : Suami Istri
Anak Lain-lain

B. Kuisisioner B

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang tersedia

S= sering

K= kadang-kadang

TP= tidak pernah

| No | Pertanyaan | S | K | TP |
|----|--|---|---|----|
| 1. | Apakah selama 1 minggu ini anda makan makanan atau masakan yang terasa kurang asin atau anyep (hambar) ? | | | |
| 2. | Apakah selama 1 minggu ini anda mengkonsumsi makanan yang diawetkan (ikan asin atau ikan pindang atau telur asin, atau dendeng atau abon) ? | | | |
| 3. | Apakah selama 1 minggu ini anda mengkonsumsi makanan/minuman yang diawetkan dalam kaleng atau kemasan (sarden atau korned atau sosis atau mie instan, minuman bersoda) ? | | | |
| 4. | Apakah selama 1 minggu ini anda makan makanan atau masakan yang menggunakan penyedap rasa (vetsin atau motto atau terasi)? | | | |
| 5. | Apakah selama 1 minggu ini anda menambahkan (saos atau kecap atau garam) pada masakan atau makan yang anda konsumsi ? | | | |
| 6. | Apakah selama 1 minggu ini masakan atau makanan yang anda konsumsi hanya menggunakan bumbu dapur (jahe, bawang putih, dll) sebagai pengganti penyedap masakan ? | | | |
| 7. | Apakah selama 1 minggu ini masakan yang anda konsumsi menggunakan garam dapur > 1 sendok teh/hari ? | | | |

Keterangan :

- **Sering= dilakukan \geq 4 hari**
- **Kadang-kadang= dilakukan 1-3 hari**
- **Tidak pernah = selama seminggu tidak melakukan sama sekali**

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Statistics

umur responden lansia

| | | |
|----------------|---------|---------|
| N | Valid | 30 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 67.3667 |
| Median | | 67.5000 |
| Mode | | 70.00 |
| Std. Deviation | | 4.30303 |
| Minimum | | 60.00 |
| Maximum | | 75.00 |

umur lansia

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 60.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 6.7 |
| 61.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 13.3 |
| 62.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 16.7 |
| 63.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 20.0 |
| 64.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 26.7 |
| 65.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 33.3 |
| 66.00 | 4 | 13.3 | 13.3 | 46.7 |
| 67.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 50.0 |
| 68.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 56.7 |
| 69.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 60.0 |
| 70.00 | 5 | 16.7 | 16.7 | 76.7 |
| 72.00 | 4 | 13.3 | 13.3 | 90.0 |
| 73.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 93.3 |
| 74.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 96.7 |
| 75.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 100.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

klasifikasi umur lansia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 60-64 | 8 | 26.7 | 26.7 | 26.7 |
| | 65-70 | 15 | 50.0 | 50.0 | 76.7 |
| | >71 | 7 | 23.3 | 23.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

jenis kelamin lansia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | laki-laki | 20 | 66.7 | 66.7 | 66.7 |
| | perempuan | 10 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

pendidikan lansia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 19 | 63.3 | 63.3 | 63.3 |
| | SLTP | 4 | 13.3 | 13.3 | 76.7 |
| | SLTA | 3 | 10.0 | 10.0 | 86.7 |
| | PT | 4 | 13.3 | 13.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

umur klg responden

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 25.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 6.7 |
| | 27.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 10.0 |
| | 29.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 13.3 |
| | 30.00 | 3 | 10.0 | 10.0 | 23.3 |
| | 31.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 26.7 |
| | 32.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 30.0 |
| | 33.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 33.3 |
| | 34.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 40.0 |
| | 35.00 | 5 | 16.7 | 16.7 | 56.7 |
| | 39.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 60.0 |
| | 40.00 | 4 | 13.3 | 13.3 | 73.3 |
| | 45.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 76.7 |
| | 56.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 80.0 |
| | 60.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 83.3 |
| | 62.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 90.0 |
| | 65.00 | 1 | 3.3 | 3.3 | 93.3 |
| | 68.00 | 2 | 6.7 | 6.7 | 100.0 |
| Total | | 30 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

klasifikasi umur klg

| | | |
|----------------|---------|--------|
| N | Valid | 30 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 1.6667 |
| Median | | 1.0000 |
| Mode | | 1.00 |
| Std. Deviation | | .84418 |
| Minimum | | 1.00 |
| Maximum | | 3.00 |

klasifikasi umur klg

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 25-37 | 17 | 56.7 | 56.7 | 56.7 |
| | 38-50 | 6 | 20.0 | 20.0 | 76.7 |
| | >51 | 7 | 23.3 | 23.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

pendidikan klg responden

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 6 | 20.0 | 20.0 | 20.0 |
| | SLTP | 1 | 3.3 | 3.3 | 23.3 |
| | SLTA | 8 | 26.7 | 26.7 | 50.0 |
| | PT | 15 | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

B. KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM**kepatuhan respodn sbilm penkes**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PATUH | 5 | 16.7 | 16.7 | 16.7 |
| | TIDAK PATUH | 25 | 83.3 | 83.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

kepatuhan respond sebelum penkes kelp.eks

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PATUH | 3 | 10.0 | 20.0 | 20.0 |
| | TIDAK PATUH | 12 | 40.0 | 80.0 | 100.0 |
| | Total | 15 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 15 | 50.0 | | |
| Total | | 30 | 100.0 | | |

kepatuhan respond setelah penkes kelp.eks

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PATUH | 10 | 33.3 | 66.7 | 66.7 |
| | TIDAK PATUH | 5 | 16.7 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 15 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 15 | 50.0 | | |
| Total | | 30 | 100.0 | | |

kepatuhan respondn seblm penkes kelp.kontrol

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PATUH | 2 | 6.7 | 13.3 | 13.3 |
| | TIDAK PATUH | 13 | 43.3 | 86.7 | 100.0 |
| | Total | 15 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 15 | 50.0 | | |
| Total | | 30 | 100.0 | | |

kepatuhan respondn setelah penkes kelp.kontrol

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PATUH | 4 | 13.3 | 26.7 | 26.7 |
| | TIDAK PATUH | 11 | 36.7 | 73.3 | 100.0 |
| | Total | 15 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 15 | 50.0 | | |
| Total | | 30 | 100.0 | | |

**kepatuhan respond sebelum penkes kelp.eks * kepatuhan respond setelah penkes
kelp.eks Crosstabulation**

Count

| | | kepatuhan respond setelah penkes kelp.eks | | Total |
|--|-------------|--|-------------|-------|
| | | PATUH | TIDAK PATUH | |
| kepatuhan respond sebelum penkes kelp.eks | PATUH | 3 | 0 | 3 |
| | TIDAK PATUH | 7 | 5 | 12 |
| Total | | 10 | 5 | 15 |

Chi-Square Tests

| | Value | Exact Sig. (2- sided) |
|------------------|-------|--------------------------|
| McNemar Test | | .016 ^a |
| N of Valid Cases | 15 | |

a. Binomial distribution used.

kelompok responden(eksperimen dan kontrol) * kepatuhan respondn sesudah penkes Crosstabulation

| | | | kepatuhan respondn sesudah penkes | | Total |
|--|------------|----------------|--------------------------------------|-------------|-------|
| | | | PATUH | TIDAK PATUH | |
| kelompok responden(eksperimen dan kontrol) | eksperimen | Count | 10 | 5 | 15 |
| | | Expected Count | 7.0 | 8.0 | 15.0 |
| | kontrol | Count | 4 | 11 | 15 |
| | | Expected Count | 7.0 | 8.0 | 15.0 |
| Total | | Count | 14 | 16 | 30 |
| | | Expected Count | 14.0 | 16.0 | 30.0 |

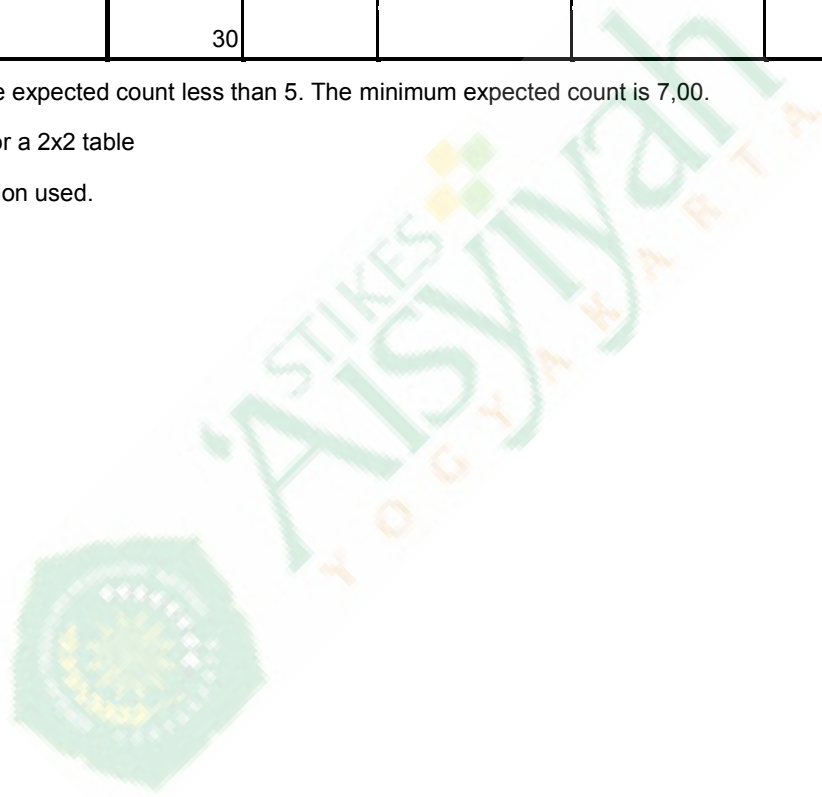
Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4.821 ^a | 1 | .028 | | |
| Continuity Correction ^b | 3.348 | 1 | .067 | | |
| Likelihood Ratio | 4.963 | 1 | .026 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .066 | .033 |
| Linear-by-Linear Association | 4.661 | 1 | .031 | | |
| McNemar Test | | | | 1.000 ^c | |
| N of Valid Cases | 30 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Binomial distribution used.




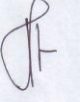
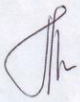



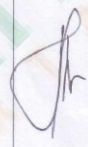
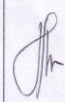
LEMBAR KONSUL PROPOSAL




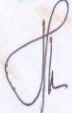


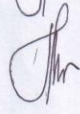
Nama Mahasiswa : Andik Sumantri

Pembimbing : Widaryati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Hipertensi terhadap kepatuhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi di Puskesmas Sukolilo II

| No | Tanggal | Materi Konsultasi | Masukan Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|---------------|--|---|---|
| 1. | 20/2013 7 | Mengajukan judul Menganalisa fenomena | ACC topik penelitian |  |
| 2. | 28/2013 8 | Bab I | Perbaiki alur latar belakang, Kerasian penelitian. |  |
| 3. | 18/2013 10 | Bab II | perbaiki sistematika penulisan. |  |
| 4. | 19/2013 10 | Bab II | perbaiki dan tambahkan sumber al-Qur'an di Bab II |  |
| 5. | 24/2013 10 | | - lanjut Bab III perbaiki DO, alat pengumpulan data, dan analisa data. |  |

| No | Tanggal | Materi Konsultasi | Masukan Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|---------------|---|--|---|
| 6. | 22/2013 11 | BAB II | - perbaiki alat pengumpulan data - lengkapi dengan lampiran & daftar pustaka. |  |
| 7. | 21/2013 12 | Perbaiki BAB I, II, III - BAB I. Latar belakang - tujuan - Ruang lingkup - BAB II. Kerangka konsep - BAB III. Kriteria inklusi - Kisi-kisi instrumen - Lampiran - leaflet - Power point pendidikan - Daftar pustaka | |  |
| 8 | 21/2013 12 | | ACC ujian |  |

| No | Tanggal | Materi Konsultasi | Masukan Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|------------------------------|-------------------|--|--|
| 9 | 17/3 17/3 2014 | Da | Revisi proposal |  |
| 10 | 23/3 2014 | | ACC melanjutkan penelitian |  |
| 11 | 22/2 2014 | Bab IV - Bab V | |  |
| 12 | 25/2 2014 | | acc ujian hasil |  |
| 13 | 12/2014 3 | Revisi skripsi | Penambahan Bab IV |  |
| 14 | 15/3 2014 | Revisi skripsi | Tehnik penulisan Ace cetak jilid dan Kbk-Kab |   |