

**PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI KESEHATAN PADA KADER
POSYANDU LANSIA TERHADAP PERAN KADER DAN KEPATUHAN MINUM
OBAT PASIEN HIPERTENSI YANG MENGIKUTI POSYANDU LANSIA**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Dennis Eristya Natasya

NIM: 145070200111015

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

DAFTAR ISI

Judul.....	i
Halaman Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	viii
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi.....	7
2.1.1 Definisi Hipertensi.....	7
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	7
2.1.3 Faktor Risiko Hipertensi.....	9
2.1.4 Patofisiologi Hipertensi.....	11
2.1.5 Manifestasi Hipertensi.....	13
2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi.....	13
2.1.7 Komplikasi Hipertensi.....	20
2.2 Konsep Kepatuhan Minum Obat.....	20
2.2.1 Definisi Kepatuhan Minum Obat.....	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Minum Obat.....	21
2.2.2.1 Faktor Sosial Ekonomi.....	21
2.2.2.2 Faktor Tenaga Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan.....	21
2.2.2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Kondisi.....	22
2.2.2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Terapi.....	22
2.2.2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Klien.....	23
2.2.3 Pengukuran Kepatuhan Minum Obat.....	24
2.3 Konsep Kader Posyandu Lansia.....	25
2.3.1 Definisi Kader Posyandu Lansia.....	25
2.3.2 Tugas dan Peran Kader Posyandu Lansia.....	26
2.3.2.1 Sebagai Penggerak Masyarakat.....	26
2.3.2.2 Sebagai Pemberi Promosi Kesehatan.....	27
2.3.2.3 Sebagai Perujuk ke Puskesmas.....	28
2.3.2.4 Sebagai Pendokumentasi Kegiatan Posyandu.....	29
2.4 Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan pada Kader Posyandu Lansia terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Minum Obat Pasien	

Hipertensi.....	29
-----------------	----

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep.....	31
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep.....	32
3.3 Hipotesis Penelitian.....	33

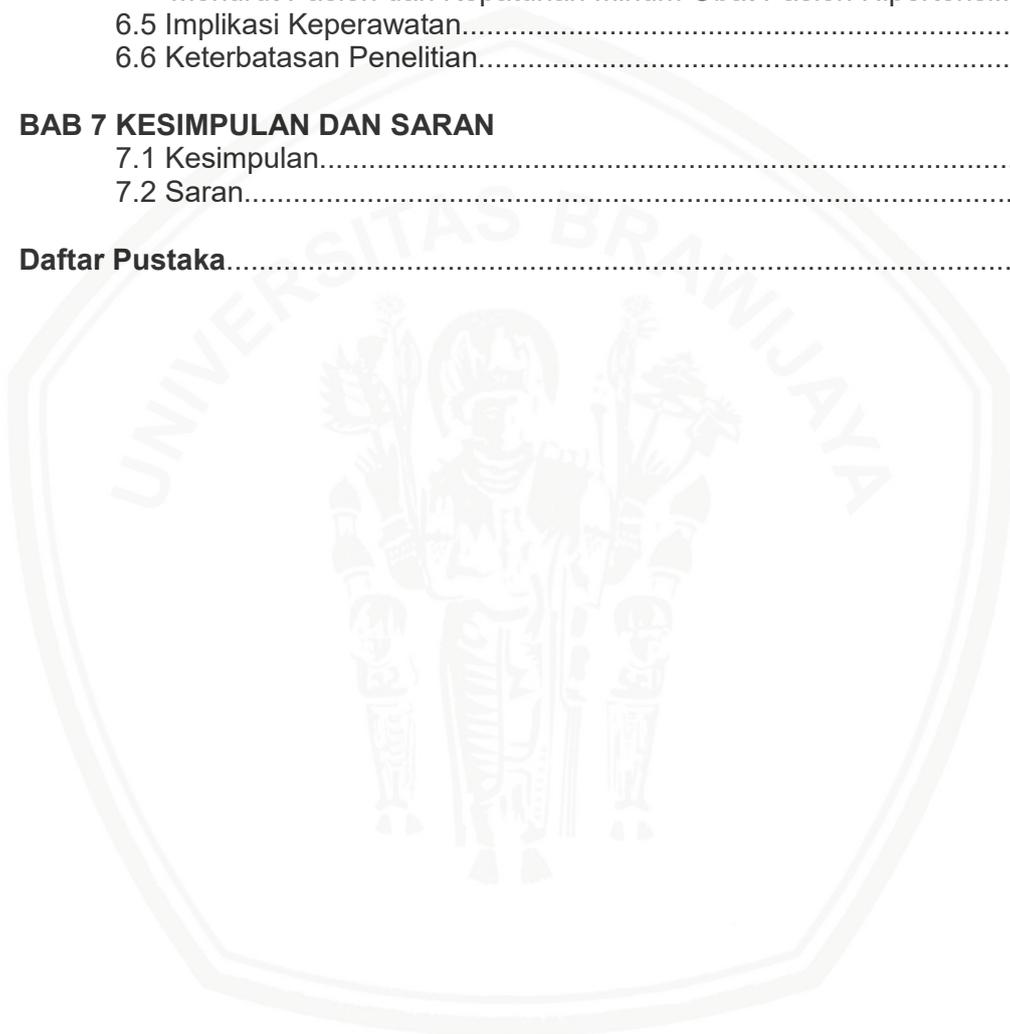
BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian.....	34
4.2 Populasi dan Sampel.....	34
4.2.1 Populasi.....	34
4.2.2 Sampel.....	35
4.2.3 Jumlah Sampel.....	36
4.2.4 Teknik Sampling.....	37
4.3 Variabel Penelitian.....	37
4.3.1 Variabel Independen.....	37
4.3.2 Variabel Dependen.....	37
4.4 Lokasi, Waktu, dan Instrumen Penelitian.....	37
4.4.1 Lokasi Penelitian.....	37
4.4.2 Waktu Penelitian.....	38
4.4.3 Instrumen Penelitian.....	38
4.5 Alur Penelitian.....	39
4.6 Definisi Operasional.....	41
4.7 Uji Validitas dan Reabilitas.....	44
4.7.1 Uji Validitas.....	44
4.7.2 Uji Reliabilitas.....	45
4.8 Teknik Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data.....	46
4.8.1 Teknik Pengumpulan Data.....	46
4.8.2 Teknik Pengolahan Data.....	48
4.8.3 Analisis Data.....	50
4.9 Etika Penelitian.....	50

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Karakteristik Responden	52
5.2 Pengetahuan Pasien Mengenai Definisi dan Komplikasi Hipertensi..	53
5.3 Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi.....	55
5.4 Analisis Proporsi Pasien Berdasarkan Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terapi Obat Hipertensi.....	57
5.5 Peran Kader Menurut Pasien Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Diberikan Intervensi.....	58
5.6 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Tidak Diberi Intervensi (Kelompok Kontrol).....	59
5.7 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Diberi Intervensi (Kelompok Kontrol).....	59
5.8 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kadernya Diberikan Intervensi.....	60
5.9 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kadernya Diberikan Intervensi.....	60

BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Karakteristik Subjek Penelitian.....	62
6.2 Peran Kader Menurut Pasien Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi Kesehatan Pada Kader Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi.....	64
6.3 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Sebelum dan Sesudah Kadernya Diberikan Edukasi Kesehatan	66
6.4 Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan Terhadap Peran Kader Menurut Pasien dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi.....	70
6.5 Implikasi Keperawatan.....	72
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	73
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	74
7.2 Saran.....	74
Daftar Pustaka.....	76



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi hipertensi menurut <i>Guide to Management of Hypertension</i>	8
Tabel 2.2	Klasifikasi hipertensi menurut JNC VII.....	8
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	41
Tabel 4.2	Uji Validitas Variabel.....	45
Tabel 4.3	Uji Reabilitas Variabel.....	46
Tabel 5.1	Karakteristik Responden.....	52
Tabel 5.2	Skor Pengetahuan Pasien Mengenai Definisi dan Komplikasi Hipertensi.....	53
Tabel 5.3	Skor Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi.....	55
Tabel 5.4	Proporsi Pasien Berdasarkan Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terapi Obat Hipertensi.....	57
Tabel 5.5	Proporsi Peran Kader Menurut Pasien Sebelum dan Setelah Diberikan Intervensi.....	58
Tabel 5.6	Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Tidak Diberi Intervensi.....	59
Tabel 5.7	Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Diberi Intervensi.....	59
Tabel 5.8	Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kadernya Diberikan Intervensi.....	60
Tabel 5.9	Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kadernya Diberikan Intervensi.....	60

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan pada Kader Posyandu Lansia terhadap Peran Kader Dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi.....31
- Gambar 4.1 Alur Penelitian Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan pada Kader Posyandu Lansia terhadap Peran Kader Dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi.....39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Identitas Umum Kuisisioner.....	79
Lampiran 2.	Penjelasan Kuisisioner.....	80
Lampiran 3.	<i>Informed Consent</i>	82
Lampiran 4.	Kuisisioner Peran Kader.....	83
Lampiran 5.	Kuisisioner Kepatuhan Minum Obat.....	85
Lampiran 6	Kuisisioner Pengetahuan Mengenai Hipertensi (HK-LS).....	87
Lampiran 7.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	89
Lampiran 8	Hasil Pengolahan Data.....	90
Lampiran 9	Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	109
Lampiran 10	Surat Keterangan Laik Etik.....	110
Lampiran 11	<i>Curriculum Vitae</i> Peneliti.....	111

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI KESEHATAN PADA KADER
POSYANDU LANSIA TERHADAP PERAN KADER DAN
KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN HIPERTENSI YANG
MENGIKUTI POSYANDU LANSIA**

Oleh

Dennis Eristya Natasya

NIM. 145070200111015

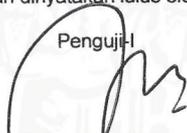
Telah diuji pada

Hari : Selasa

Tanggal : 17 April 2018

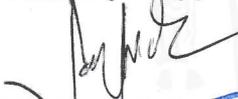
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

Pembimbing-I/ Penguji-II



dr. M. Saifur Rahman, SpJP (R), PhD
NIP. 196810311997021001

Pembimbing-II/ Penguji-III



Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.
NIK. 2010036602252001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,



Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001

ABSTRAK

Natasya, Dennis Eristya. 2018. **Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan pada Kader Posyandu Lansia Terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Mengikuti Posyandu Lansia.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Pembimbing: (1) dr. M. Saifur Rohman, SpJP(K), PhD (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Pencapaian tekanan darah target (terkontrol) penting untuk mencegah terjadinya komplikasi hipertensi. Kepatuhan minum obat merupakan faktor penting yang mempengaruhi tercapainya tekanan darah target. Pemberdayaan kader dilaporkan dapat menjadi intervensi sosial yang sangat efektif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader menurut pasien dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia. Metode yang digunakan adalah *Quasi-Eksperimental* dengan pendekatan *Pretest-Posttest with Control Group Design* menggunakan wawancara terstruktur kepada 164 pasien hipertensi di posyandu lansia Kota Malang. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum intervensi diberikan, tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada peran kader dan kepatuhan minum obat antara kelompok kontrol dan intervensi. Setelah intervensi, didapatkan peran kader yang lebih tinggi secara signifikan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p < 0.000$). Hal ini diikuti dengan skor kepatuhan minum obat yang lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol ($p < 0.000$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa edukasi kesehatan berpengaruh terhadap peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi.

Kata Kunci : Hipertensi, Edukasi Kesehatan, Peran Kader, Kepatuhan Minum Obat

ABSTRACT

Natasya, Dennis Eristya. 2018. **Effects of Health Education on Cadres of Elderly Community on the Cadre's Roles and Medication Adherence of Hypertensive Patients Engaged in Elderly Community Health Care.** Final Assignment, Nursing Program Faculty of Medicine Brawijaya University, Supervisors: (1) dr. M. Saifur Rohman, SpJP(K), PhD (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Achieving blood pressure target is important to prevent hypertension complications. Medication adherence is important factor of blood pressure target achievement. Cadre empowerment were reported to be highly effective social intervention to improve medication adherence. The purpose of this study was to identify the effect of health education on cadres of elderly community on the role of cadres according to the patient perceptive and medication adherence of hypertensive patients in the elderly community health care. The design of this research was Quasy-Experimental with Pretest-Posttest and Control Group using structured interview to 164 hypertensive patients at elderly community health care in Malang. The medication adherence were obtained through MMAS-8. The result of this study showed that at the beginning, there were no significant difference on cadre's roles and patient's adherence between control and intervention group. At the end of this study, patients in the intervention group stated higher cadre's roles compared with control group ($p < 0.000$). Moreover, higher cadre's roles was followed by higher medication adherence in the intervention group compared with control group ($p < 0.000$). Conclusively, this study suggested that health education affects the cadre's roles and medication adherence of hypertensive patients.

Keyword : Hypertension, Health Education, Role of Cadres, Medication Adherence

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu faktor penting sebagai pemicu Penyakit Tidak Menular (*Non Communicable Disease* = NCD), seperti penyakit jantung dan stroke, yang saat ini menjadi penyebab kematian nomer satu di dunia. Berdasarkan data WHO (2013), penyakit jantung iskemik dan stroke termasuk dalam peringkat satu dan dua dari 10 penyebab utama kematian di dunia, yakni menyebabkan 7 juta (11,2%) dan 6,2 juta (10,6%) orang meninggal setiap tahunnya. WHO (2011) mencatat angka kejadian hipertensi sekitar satu miliar penderita, dengan jumlah kematian tiap tahunnya sekitar 9,4 juta warga dunia. Sedangkan di wilayah Asia Tenggara, penderita hipertensi tercatat sebanyak 56.273 jiwa dengan tingkat kematian 14,70% per 100.000 penduduk.

Menurut Riskesdas (2013), prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat dari pengukuran pada umur ≥ 18 tahun mencapai 25,8%, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan. Hipertensi juga merupakan penyebab kematian ke-3 di Indonesia pada semua umur dengan proporsi kematian 6,8%. Sedangkan berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Malang (2015), hipertensi primer menjadi penyakit terbanyak kedua di Kota Malang selama tahun 2014 setelah ISPA dengan angka mencapai 58.046 kasus. Prevalensi penderita hipertensi tertinggi

berada di wilayah Puskesmas Mojolangu, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang dengan presentase penderita laki-laki dan perempuan mencapai 103,70%.

Pencapaian tekanan darah target (terkontrol) penting untuk mencegah terjadinya komplikasi hipertensi. Berdasarkan penelitian Gunawan (2001), tingkat kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi di Indonesia masih sangat rendah (38,4%). Menurut Oliveria (2005), banyak faktor yang memengaruhi pengontrolan tekanan darah pada usia lanjut, di antaranya faktor pasien, faktor obat, faktor tenaga kesehatan dan faktor sistem kesehatan. Hal ini selaras dengan (*Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses Association of Ontario, 2009*) yang menyatakan bahwa terapi antihipertensi pada penderita hipertensi non komplikasi dapat mengurangi insidensi penyakit kardiovaskuler sebanyak 25-30%. Keberhasilan terapi ini bergantung pada seberapa besar kepatuhan pasien (WHO, 2003).

Penggunaan antihipertensi saja terbukti tidak cukup untuk menghasilkan efek pengontrolan tekanan darah jangka panjang apabila tidak didukung dengan kepatuhan dalam menggunakan antihipertensi tersebut (Saepudin, 2011). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hairunisa (2014) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat kepatuhan minum obat antihipertensi dengan tekanan darah terkontrol.

Menurut *Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses Association of Ontario* (2009), organisasi berbasis komunitas dilaporkan dapat menjadi intervensi sosial yang sangat efektif untuk meningkatkan kepatuhan. Hal serupa juga dibuktikan oleh penelitian Bagong (2005) bahwa

edukasi berbasis komunitas dapat meningkatkan *self-management* pasien hipertensi. Penelitian Ursua (2014) menyatakan bahwa intervensi tenaga kesehatan yang berbasis komunitas dapat meningkatkan manajemen hipertensi dan mengurangi faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

Salah satu intervensi komunitas adalah dengan pemberdayaan kader. Kader merupakan orang terdekat yang berada di tengah-tengah masyarakat, yang diharapkan dapat memegang peranan penting khususnya setiap permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan. Sesuai dengan pendapat Camphell (2014) yang menyatakan bahwa upaya intervensi harus berfokus pada pemberdayaan masyarakat, yang mana dalam hal ini dapat melibatkan kader untuk mendorong pasien agar patuh meminum obatnya secara rutin. Penelitian lain yang mendukung yakni penelitian dari Ephraim (2014) yang menyatakan bahwa efektivitas peran kader dapat menjadi alternatif kebijakan dalam meningkatkan kontrol tekanan darah pasien hipertensi.

Dalam pelaksanaannya, seringkali kader memiliki berbagai hambatan, baik dari segi pengetahuan maupun keaktifan. Berdasarkan penelitian Iswarawanti (2010), salah satu hambatan yang dihadapi kader adalah kurangnya pelatihan penyegaran terhadap kader. Kader akan lebih merasa dihargai jika diberi pelatihan yang konsisten dan akan bangga apabila ilmu yang mereka dapatkan dari pelatihan dapat berguna bagi orang lain. Kinerja kader pasti akan terganggu apabila sumber informasi yang didapat tidak sesuai atau belum mencukupi. Hal ini dapat menyebabkan tingkat pengetahuan kader kurang yang akhirnya akan berdampak pada ketidakefektifan peran kader itu sendiri. Apabila pengetahuan yang dimiliki kader tidak sesuai, maka akan sangat mungkin pasien hipertensi yang

berada dalam wilayahnya mendapatkan informasi yang tidak sesuai pula. Pendekatan, pembinaan, dan pelatihan harus selalu dilakukan oleh institusi terkait untuk meminimalisir hal ini. Diharapkan setelah memiliki pengetahuan yang memadai, terutama mengenai terapi obat pada pasien hipertensi, kader mampu memberikan informasi yang benar mengenai terapi tersebut dan memotivasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan minum obat antihipertensi pada pasien yang akhirnya akan berdampak pada menurunnya kejadian komplikasi hipertensi.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti sangat tertarik untuk meneliti pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader menurut pasien dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh pemberian edukasi kesehatan terhadap peran kader menurut pasien dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia menurut pasien terhadap peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi peran kader posyandu lansia menurut pasien hipertensi di Kota Malang sebelum diberikan edukasi kesehatan
2. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia sebelum diberikan edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia
3. Mengidentifikasi peran kader posyandu lansia di Kota Malang setelah diberikan edukasi kesehatan
4. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia setelah diberikan edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia
5. Menganalisis pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader menurut pasien dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia

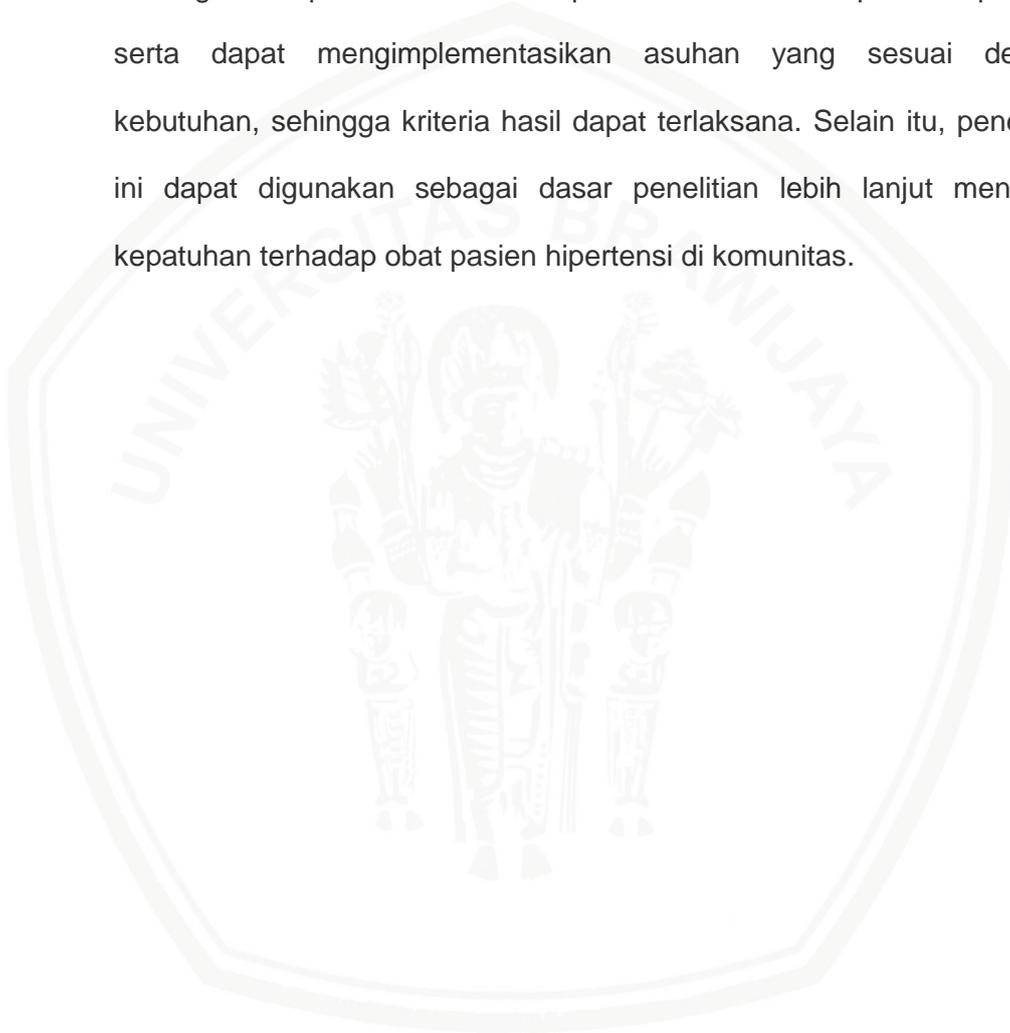
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan informasi pada kader serta masyarakat penderita hipertensi mengenai terapi obat yang benar, sehingga kader dan masyarakat mengetahui pengaruh terapi obat antihipertensi dalam proses pengobatan hipertensi serta diharapkan adanya perubahan peran kader dan perilaku dalam meminum obat, dimana obat tersebut menjadi salah satu faktor penting dalam keberhasilan terapi pengontrolan hipertensi.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan, dimana perawat diharapkan dapat meningkatkan peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi serta dapat mengimplementasikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga kriteria hasil dapat terlaksana. Selain itu, penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar penelitian lebih lanjut mengenai kepatuhan terhadap obat pasien hipertensi di komunitas.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Tekanan darah adalah tekanan pada pembuluh nadi dari peredaran darah sistemik di dalam tubuh manusia. Tekanan darah dibedakan antara tekanan darah sistolik dan diastolik. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah saat jantung menguncup, sedangkan tekanan darah diastolik adalah tekanan darah saat jantung merenggang kembali. Hal ini lah yang menyebabkan tekanan darah sistolik selalu lebih tinggi dibanding tekanan darah diastolik. (Gunawan, 2001).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan diastoliknya ≥ 90 mmHg. Hipertensi yang tidak terkontrol dengan baik akan mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Penyakit ini juga disebut “silent killer” karena penderita seringkali tidak menyadari ataupun merasakan gangguan pada tubuhnya. (Dalimartha, dkk, 2008)

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Menurut *Guide to Management of Hypertension (2008)*, hipertensi dibagi menjadi beberapa kategori, yakni:

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut *Guide to Management of Hypertension, 2008*

Kategori diagnostik	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Normal-tinggi	120 – 139	80 – 89
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140 – 159	90 – 99
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160 – 179	100 – 109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	< 90

Selain itu, komite eksekutif dari *National High Blood Pressure Education Program* (sebuah organisasi yang terdiri dari 46 profesional sukarelawan dan agen federal) mencanangkan klasifikasi JNC (*Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amerika Serikat (Mansjoer, 2001).

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi menurut JNC VII, 2003

Kategori diagnostic	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan < 80

Pre hipertensi	120 – 139	atau 80 – 89
Hipertensi stadium 1	140 – 159	atau 90 – 99
Hipertensi stadium 2	≥ 160	Atau ≥ 100

2.1.3 Faktor Risiko Hipertensi

Menurut Departemen Kesehatan RI (2013), faktor risiko hipertensi yang tidak ditangani dengan baik dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a. Umur

Umur mempengaruhi terjadinya hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar. Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan darah sistolik. Kejadian ini disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin berpengaruh pada terjadinya hipertensi. Pria berisiko 2,3 kali lebih banyak mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dibandingkan dengan perempuan, karena pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung meningkatkan tekanan darah. Namun setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada perempuan meningkat.

c. Keturunan (Genetik)

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga meningkatkan risiko hipertensi, terutama

hipertensi primer (essensial). Faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel.

2) Faktor risiko yang dapat diubah

a. Kegemukan (obesitas)

Berat badan dan indeks masa tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik dimana risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan seorang yang badanya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-30% memiliki berat badan lebih (overweight).

b. Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk melalui aliran darah dapat mengakibatkan tekanan darah tinggi. Merokok akan meningkatkan denyut jantung, sehingga kebutuhan oksigen otot-otot jantung bertambah.

c. Kurang aktivitas fisik

Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Dengan melakukan olahraga aerobik yang teratur tekanan darah dapat turun, meskipun berat badan belum turun.

d. Konsumsi garam berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan diluar sel agar tidak dikeluarkan, sehingga akan meningkatkan volume tekanan darah.

e. Dislipidemia

Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis, yang kemudian mengakibatkan peningkatan tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat.

f. Konsumsi alkohol berlebih

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan karena peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah, dan peningkatan kekentalan darah

g. Psikososial dan Stress

Stress atau ketegangan dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta kuat, sehingga tekanan darah meningkat.

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan

ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Anggraini, 2008).

Tekanan yang dibutuhkan untuk mengalirkan darah melalui sistem sirkulasi dilakukan oleh aksi memompa dari jantung (*cardiac output/CO*) dan dukungan dari arteri (*peripheral resistance/PR*). Fungsi kerja masing-masing penentu tekanan darah ini dipengaruhi oleh interaksi dari berbagai faktor yang kompleks. Hipertensi sesungguhnya merupakan abnormalitas dari faktor-faktor tersebut, yang ditandai dengan peningkatan curah jantung dan / atau ketahanan perifer. Selengkapnya dapat dilihat pada bagan.

Hipertensi dipengaruhi oleh CO dan tahanan perifer. Sementara, CO dipengaruhi oleh stroke volume dan heart rate. CO yang meningkat akan mempengaruhi tahanan perifer. Ketika CO naik, pembuluh darah akan melakukan autoregulasi dengan vasokonstriksi sehingga mencegah terjadinya hiperperfusi jaringan. Dalam pengaturan CO terutama stroke volume sangat dipengaruhi oleh RAA sistem pada ginjal.

RAA sistem merupakan system pada ginjal yang berpengaruh terhadap tekanan darah. RAA bisa aktif dimulai dari pengeluaran renin oleh sel jukstaglomerulus karena adanya penurunan laju filtrasi yang salah satunya disebabkan oleh stenosis arteri renalis.

Renin yang keluar akan mengubah angiotensinogen plasma menjadi angiotensin I, kemudian angiotensin I diubah oleh ACE menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang bermakna, yaitu berikatan dengan reseptor AT_1 akan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah yang imbasnya meningkatkan pula tahanan perifer. Selain itu, angiotensin

II akan menginduksi peningkatan aldosteron yang akan diikuti peningkatan mineralokortikoid sehingga meningkatkan reabsorpsi natrium. Natrium yang terakumulasi dalam pembuluh darah akan meningkat sehingga akan menarik air pada ruang interstisial melalui mekanisme osmolaritas, sehingga volume darah meningkat dan menyebabkan tekanan darah meningkat.

Tahanan perifer meningkat akan menyebabkan tekanan darah meningkat. Peningkatan tahanan perifer pada arteriol yang sering. Lumen mengecil setengahnya maka terjadi peningkatan tahanan perifer 16 kali lebih tinggi. Lumen mengecil salah satu penyebabnya oleh plak yang bakal jadi thrombus (Kaplan, 1998 dalam Sugiharto, 2007).

2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Tidak semua penderita hipertensi mengenali atau merasakan keluhan maupun gejala, sehingga hipertensi sering dijuluki pembunuh diam - diam (*silent killer*). Keluhan-keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain: sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit didada, mudah lelah dll (Depkes RI, 2013).

2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan penyakit hipertensi bertujuan untuk mengendalikan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit hipertensi dengan cara seminimal mungkin menurunkan gangguan terhadap kualitas hidup penderita (Depkes RI, 2006). Upaya

penatalaksanaan hipertensi pada dasarnya dapat dilakukan melalui terapi non farmakologi dan terapi farmakologi (Depkes RI, 2013).

1) Terapi non farmakologis

Dapat dilakukan dengan melakukan pengendalian faktor risiko, yakni:

a. Makan gizi seimbang

Modifikasi diet terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dianjurkan untuk makan buah dan sayur 5 porsi per-hari, karena cukup mengandung kalium yang dapat menurunkan tekanan darah sistolik (TDS) 4,4 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) 2,5 mmHg. Asupan natrium hendaknya dibatasi <100 mmol (2g)/hari setara dengan 5 g (satu sendok teh kecil) garam dapur, cara ini berhasil menurunkan TDS 3,7 mmHg dan TDD 2 mmHg. Bagi pasien hipertensi, asupan natrium dibatasi lebih rendah lagi, menjadi 1,5 g/hari atau 3,5 – 4 g garam/hari. Walaupun tidak semua pasien hipertensi sensitif terhadap natrium, namun pembatasan asupan natrium dapat membantu terapi farmakologi menurunkan tekanan darah dan menurunkan risiko penyakit kardioserebrovaskuler.

b. Mengatasi obesitas

Insiden hipertensi meningkat 54 sampai 142 % pada penderita-penderita yang gemuk. Penderita berat badan dalam waktu yang pendek dalam jumlah yang cukup besar biasanya disertai dengan penurunan tekanan darah (Suwarso, 2010). Maka dari itu, diupayakan untuk menurunkan berat badan sehingga

mencapai IMT normal 18,5-22,9, lingkar pinggang <90 cm untuk laki-laki atau <80 cm untuk perempuan

c. Melakukan olahraga teratur

Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit (sejauh 3 kilometer) lima kali per-minggu, dapat menurunkan TDS 4 mmHg dan TDD 2,5 mmHg. Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga, atau hipnosis dapat mengontrol sistem syaraf, sehingga menurunkan tekanan darah

d. Berhenti merokok

Merokok sangat besar perannya dalam meningkatkan tekanan darah, hal tersebut disebabkan oleh nikotin yang terdapat didalam rokok yang memicu hormon adrenalin yang menyebabkan tekanan darah meningkat. Tekanan darah akan turun secara perlahan dengan berhenti merokok. Selain itu merokok dapat menyebabkan obat yang dikonsumsi tidakbekerja secara optimal (Agnesia, 2012). Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok. Beberapa metode yang secara umum dicoba adalah inisiatif sendiri, menggunakan permen yang mengandung nikotin, kelompok program, dan konsultasi/konseling ke klinik berhenti merokok (Depkes RI, 2013)

e. Mengurangi konsumsi alkohol

Mengurangi alkohol pada penderita hipertensi yang biasa minum alkohol, akan menurunkan TDS rerata 3,8 mmHG. Batasi konsumsi alkohol untuk laki-laki maksimal 2 unit per hari dan

perempuan 1 unit per hari, tidak lebih dari 5 hari minum per minggu.

2) Terapi Farmakologis

a. Pola Pengobatan Hipertensi

Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal, masa kerja yang panjang sekali sehari dan dosis dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama perjalanan terapi. Pemilihan obat atau kombinasi yang cocok bergantung pada keparahan penyakit dan respon penderita terhadap obat anti hipertensi. Obat-obat yang digunakan sebagai terapi utama adalah diuretik, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitor), Angiotensin Reseptor Blocker (ARB), dan Calcium Channel Blocker (CCB). Kemudian jika tekanan darah yang diinginkan belum tercapai maka dosis obat ditingkatkan lagi, atau ganti obat lain, atau dikombinasikan dengan 2 atau 3 jenis obat dari kelas yang berbeda, biasanya diuretik dikombinasikan dengan ACE-Inhibitor, ARB, dan CCB.

b. Prinsip Pemberian Obat Anti Hipertensi

Menurut Depkes RI (2006), prinsip pemberian obat anti hipertensi sebagai berikut:

- Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan pengobatan penyebabnya.

- Pengobatan hipertensi essensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi
 - Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi
 - Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.
 - Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat antihipertensi di Puskesmas dapat diberikan disaat kontrol dengan catatan obat yang diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru.
 - Untuk penderita hipertensi yang baru didiagnosis (kunjungan pertama) maka diperlukan kontrol ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali, apabila tekanan darah sistolik >160 mmHg atau diastolik >100 mmHg sebaiknya diberikan terapi kombinasi setelah kunjungan kedua (dalam dua minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol.
- c. Jenis obat Antihipertensi

Jenis obat Antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

a) Diuretik

Pada awalnya obat jenis diuretik ini bekerja dengan menimbulkan pengurangan cairan tubuh secara keseluruhan (karena itu urin akan meningkat pada saat diuretik mulai digunakan). Selanjutnya diikuti dengan penurunan resistansi

pembuluh darah diseluruh tubuh sehingga pembuluh-pembuluh darah tersebut menjadi lebih rileks. Diuretik terdiri dari 4 subkelas yang digunakan sebagai terapi hipertensi yaitu tiazid, loop, penahan kalium dan antagonis aldosteron. Diuretik terutama golongan tiazid merupakan lini pertama terapi hipertensi. Bila dilakukan terapi kombinasi, diuretik menjadi salah satu terapi yang direkomendasikan.

b) Penghambat beta (*Beta Blocker*)

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung. Obat golongan *beta blocker* dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner, prevensi terhadap serangan infark miokard ulangan dan gagal jantung. Jenis obat ini tidak dianjurkan pada penderita asma bronkial. Pemakaian pada penderita diabetes harus hari-hari, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (dimana kadar gula darah turun menjadi sangat rendah sehingga dapat membahayakan penderitanya) (Depkes RI, 2013).

c) Golongan penghambat *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE) dan *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB)

Penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE inhibitor/ACEI) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor) terganggu. Sedangkan *angiotensin receptor blocker* (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensi II

pada reseptornya. Baik *ACEI* maupun *ARB* mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung. *ACEI* dan *ARB* diindikasikan terutama pada pasien hipertensi dengan gagal jantung, diabetes melitus, dan penyakit ginjal kronik. Secara umum, *ACEI* dan *ARB* ditoleransi dengan baik dan efek sampingnya jarang. Obat-obatan yang termasuk golongan *ACEI* adalah valsartan, lisinopril, dan ramipril (Depkes RI, 2013).

d) Golongan *Calcium Channel Blockers* (CCB)

Golongan ini menghambat masuknya kalsium kedalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. Ada dua kelompok obat *CCB*, yaitu dihidropyridin dan nondihidropyridin, keduanya efektif untuk pengobatan hipertensi pada usia lanjut. Secara keseluruhan, *CCB* diindikasikan untuk pasien yang memiliki faktor risiko tinggi penyakit koroner dan untuk pasien-pasien diabetes. (Depkes RI, 2013).

e) Golongan antihipertensi lain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer, obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Walaupun obat-obatan ini mempunyai efektifitas yang cukup tinggi dalam menurunkan tekanan darah, tidak ditemukan asosiasi antara obat-obatan tersebut

dengan reduksi angka mortalitas maupun morbiditas pasien-pasien hipertensi (Depkes RI, 2013).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah tinggi dalam jangka waktu lama akan merusak endothel arteri dan mempercepat atherosklerosis. Komplikasi dari hipertensi termasuk rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar. Hipertensi adalah faktor resiko utama untuk penyakit serebrovaskular (stroke, *transient ischemic attack*), penyakit arteri koroner (infark miokard, angina), gagal ginjal, demencia, dan atrial fibrilasi. Bila penderita hipertensi memiliki faktor-faktor resiko kardiovaskular maka akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas akibat gangguan kardiovaskularnya tersebut. Menurut Studi Framingham, pasien dengan hipertensi mempunyai peningkatan resiko yang bermakna untuk penyakit koroner, stroke, penyakit arteri perifer, gagal ginjal, dan gagal jantung (Muchid, 2006).

2.2 Konsep Kepatuhan Minum Obat

2.2.1 Definisi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah sejauh mana pasien berperilaku (minum obat, diet, modifikasi kebiasaan, atau mengunjungi klinik) sesuai dengan apa yang telah disarankan oleh pemberi pelayanan kesehatan. Kepatuhan merupakan faktor yang paling penting dalam keberhasilan terapi pengobatan (WHO,2003). Jadi, kepatuhan minum obat adalah perilaku

pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat

Menurut *Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses Association of Ontario* (2005), perilaku kepatuhan minum obat pasien dipengaruhi oleh 5 faktor berikut:

2.2.2.1 Faktor Sosial dan Ekonomi

Faktor utama yang perlu diperhatikan terkait dengan kepatuhan adalah kemiskinan, akses terhadap tenaga kesehatan dan terapi, tingkat pendidikan, serta mekanisme dukungan sosial yang efektif, keyakinan budaya mengenai sakit dan terapi. Organisasi berbasis masyarakat, pendidikan pada pasien buta huruf, penilaian kebutuhan sosial, dan kesiapan keluarga telah dilaporkan menjadi intervensi penting yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan.

2.2.2.2 Faktor Tenaga Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan

Faktor yang dimaksud meliputi ketersediaan dan kemudahan akses pelayanan kesehatan, dukungan edukasi kepada pasien, manajemen koleksi data dan informasi, serta ketersediaan dukungan komunitas bagi klien. WHO (2003) menemukan 5 penghambat utama kepatuhan yang berhubungan dengan system kesehatan dan timnya, yakni:

- 1) Kurangnya pengetahuan mengenai kepatuhan

- 2) Kurangnya instrument klinis yang dapat digunakan tenaga kesehatan untuk mengevaluasi dan mengintervensi masalah kepatuhan
- 3) Kurangnya instrument yang dapat digunakan oleh pasien untuk mengembangkan atau mengubah perilaku sehatnya
- 4) Adanya kesenjangan dalam kebijakan pelayanan pada pasien dengan kondisi kronis
- 5) Komunikasi yang belum optimal antara klien dan professional kesehatan

2.2.2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Kondisi

Faktor ini meliputi kebutuhan yang berhubungan dengan penyakit yang harus dihadapi oleh pasien. Beberapa penentu kepatuhan berhubungan dengan keparahan penyakit, tingkat ketidakmampuan (fisik, psikologis, sosial, dan vokasional), tingkat perkembangan dan keparahan penyakit, serta ketersediaan terapi yang efektif. Faktor-faktor ini akan mempengaruhi persepsi pasien mengenai pentingnya patuh terhadap terapi.

2.2.2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Terapi

Faktor yang paling mempengaruhi adalah kompleksitas regimen terapi, durasi terapi, kegagalan terapi yang lalu, frekuensi perubahan terapi, efek terapi positif yang cepat terjadi, efek samping, dan ketersediaan dukungan medis selama terapi.

Regimen dengan penggunaan obat yang terlalu lama menyebabkan kepatuhan minum obat menurun. Penelitian Lukitasari

(2011) menunjukkan bahwa semakin banyak jenis obat yang diberikan, semakin rendah pula tingkat kepatuhannya. Begitu pun sebaliknya.

2.2.2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Klien

Karakteristik yang berhubungan dengan klien dan mempengaruhi kepatuhan adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, status pernikahan, ras, agama, latar belakang etnik, dan lokasi tempat tinggal. Pengetahuan dan keyakinan klien terhadap terapi, motivasi untuk manajemen terapi tersebut, kepercayaan diri, kemampuan untuk berpartisipasi dalam perilaku manajemen penyakit, dan harapan mengenai hasil terapi, seluruhnya berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang dalam meminum obat.

Penelitian Ogedegbe, dkk (2004) menjelaskan mengenai mispersepsi mengenai hipertensi dan terapi antihipertensi dalam penelitian di populasi Afrika Amerika, antara lain:

- 1) Tidak perlu mengonsumsi obat, jika tidak terdapat gejala yang spesifik atau jika tekanan darah telah normal
- 2) Tekanan darah tinggi dapat diregulasi tubuh sendiri, sehingga tidak perlu pengobatan
- 3) Obat yang diberikan bersifat toksik dan dapat merusak ginjal, hepar, mata, atau bagian tubuh lain, dan bahkan juga dapat menyebabkan kematian
- 4) Pengobatan yang diberikan tidak bekerja dengan baik sehingga tidak perlu dikonsumsi

Faktor lain yang berpengaruh pada kepatuhan adalah sebagai berikut:

1) Umur

Menurut Hassan (2005), semakin tua seseorang, maka kepatuhan minum obat akan semakin menurun.

2) Jenis kelamin

Wanita cenderung menunjukkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan dibanding laki-laki. Hal ini terjadi jika lama pengobatan lebih dari 6 bulan. Ada penjelasan yang ditemukan. Pertama, karena prevalensi hipertensi lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan laki-laki. Kedua, perempuan lebih mungkin melaporkan gejala yang dialami daripada laki-laki. (Saczynski, 2009)

Berbeda dengan Notoatmojo (2010), yang menyatakan bahwa wanita lebih sering mengobati diri dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini yang menyebabkan kepatuhan wanita lebih tinggi jika dibandingkan dengan laki-laki.

2.2.3 Pengukuran Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat dapat diukur menggunakan berbagai metode, salah satu metode yang dapat digunakan adalah metode MMAS-8 (*Modifed Morisky Adherence Scale*) (Evadewi, 2013). Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat dengan delapan item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat,

kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky & Muntner, P, 2009).

2.3 Konsep Kader Posyandu Lansia

2.3.1 Definisi Kader Posyandu Lansia

Kader adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat, mau dan mampu bekerja bersama dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan secara sukarela dan memiliki waktu untuk melakukan kegiatan Posyandu (Depkes RI, 2006). Kader Posyandu adalah orang dewasa, baik laki-laki atau perempuan yang mau bekerja secara sukarela melakukan kegiatan-kegiatan kemasyarakatan terkait dengan kesejahteraan lanjut usia (Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lansia, 2010).

Posyandu lansia adalah suatu wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat, yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non-pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitik beratkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif. Di samping pelayanan kesehatan, di Posyandu Lanjut Usia juga dapat diberikan pelayanan sosial, agama, pendidikan, ketrampilan, olah raga dan seni budaya serta pelayanan lain yang dibutuhkan para lanjut usia dalam rangka meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Selain itu

merekadapat beraktifitas dan mengembangkan potensi diri. (Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lansia, 2010).

2.3.2 Tugas dan Peran Kader Posyandu Lansia

2.3.2.1 Sebagai Penggerak Masyarakat

Kader kesehatan sebaiknya bisa menggerakkan masyarakat di wilayahnya, misalnya para penderita hipertensi untuk hidup sehat dan melakukan perilaku yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Kader seharusnya mampu mengajak penderita tersebut untuk ikut berpartisipasi dalam setiap kegiatan posyandu lansia yang dilaksanakan. Hal ini penting, agar kegiatan yang sudah direncanakan kader dapat berjalan sesuai dengan sasaran dan tujuan. Selain itu, kader juga diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk memberikan informasi yang telah didapat pada masyarakat yang lain dan memberitahukan pentingnya kegiatan posyandu ini. Sebagai contohnya dalam hal ini adalah mengenai kepatuhan minum obat pasien hipertensi. Diharapkan kader dapat memotivasi pasien untuk tetap meminum obat antihipertensi sesuai dengan resep yang telah diberikan, agar keberhasilan terapi dapat tercapai. Hal ini sesuai dengan Yulifah (2009), yang menyatakan bahwa peran kader salah satunya adalah mampu memotivasi masyarakat mengenai kesehatan. Selain itu, kader juga harus mampu membuat pasien ini paham mengenai pentingnya posyandu, sehingga mampu menggerakkannya untuk selalu hadir dalam setiap kegiatan posyandu.

2.3.2.2 Sebagai Pemberi Promosi Kesehatan

Kader bersama perawat, petugas kesehatan lainnya, dan anggota masyarakat untuk mengorganisasi kegiatan pendidikan kesehatan. Kader mengadakan penyuluhan kesehatan pada masyarakat untuk memberikan informasi terkait kesehatan masyarakat agar mereka tahu pentingnya menjaga kesehatan diri dan pentingnya kegiatan posyandu. (PPNI, 2013). Dalam hal ini, kader memberikan penyuluhan pada kelompok khusus di masyarakat, misalnya pada penderita hipertensi tentang bagaimana cara pengontrolan hipertensi, yang meliputi kepatuhan terapi, diet, dan perubahan gaya hidup. Menurut Yulifah (2009), kader harus mampu melakukan komunikasi dan memberikan informasi kesehatan. Kader sudah seharusnya memiliki pengetahuan tentang apa yang akan disampaikan sebelum melakukan penyuluhan, sehingga informasi yang disampaikan sesuai. Misalnya, kader seharusnya sudah paham mengenai terapi obat antihipertensi, sehingga informasi yang diberikan pada pasien sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.

Kader diharapkan juga melakukan kunjungan rumah kepada masyarakat yang tidak hadir saat kegiatan Posyandu. Kunjungan oleh kader ini dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat. Selain kunjungan rumah, kader juga dapat menambahkan kegiatan tambahan seperti senam lansia, pengajian, membuat kerajinan, maupun silaturahmi dengan masyarakat di wilayahnya. Kader juga berperan melakukan evaluasi bulanan dan merencanakan kegiatan Posyandu yang sudah berjalan sesuai dengan acuan dalam melakukan kegiatan selanjutnya, serta memperbaiki kekurangan yang masih ada pada kegiatan

sebelumnya (Depkes RI, 2003). Hal ini selaras dengan Yulifah (2009) bahwa peran kader adalah melakukan pemantauan penyakit, melakukan kunjungan rumah, dan mengadakan pertemuan kelompok. Dalam hal ini, kader sudah seharusnya selalu memantau bagaimana perkembangan pasien hipertensi di wilayahnya. Salah satunya adalah dengan memantau kepatuhan mereka dalam meminum obat antihipertensi. Sehingga diharapkan hipertensi mereka dapat terkontrol dengan baik.

2.3.2.3 Sebagai Perujuk ke Puskesmas

Kader juga dapat membantu masyarakat untuk datang ke pusat layanan kesehatan untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi (WHO, 2005). Dalam hal ini, kader dapat mengarahkan ataupun mengingatkan penderita hipertensi untuk melakukan kontrol rutin ke puskesmas terdekat. Hal ini diharapkan dapat membantu penderita untuk mengontrol penyakitnya, sehingga tidak timbul masalah lebih lanjut.

2.3.2.4 Sebagai Pendokumentasi Kegiatan Posyandu

Setiap hari kader menuliskan dalam buku catatan atau pada formulir tentang apa saja yang terjadi. Keterangan ini nantinya dapat membantu dalam pengawasan kesehatan dan pengambilan keputusan untuk langkah-langkah selanjutnya. Catatan ini harus tersimpan dengan aman di Pos Kesehatan. Catatan ini akan diberitahukan pada anggota masyarakat dan petugas kesehatan yang nantinya dapat digunakan sebagai bahan dalam mengambil keputusan dan menentukan tindakan (WHO, 1995). Hal ini juga selaras dengan Yulifah (2009), yang

menyatakan bahwa salah satu peran kader adalah melakukan pencatatan. Kader seharusnya memiliki catatan perkembangan setiap masyarakat yang menderita suatu penyakit, misalnya hipertensi. Menurut Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lansia (2010), kader diwajibkan mencatat tinggi badan, berat badan, dan tekanan darah pasien dalam KMS atau buku pencatatan lainnya.

2.4 Pengaruh Edukasi Kesehatan pada Kader Posyandu lansia terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi

Penderita hipertensi harus melakukan pengobatan dalam jangka waktu panjang atau bahkan seumur hidup, sehingga dibutuhkan kepatuhan dalam minum obat antihipertensi agar penatalaksanaan terapinya dapat berjalan secara optimal (Nirmala, 2003). Berdasarkan penjelasan di atas, kader diasumsikan dapat berperan dalam membantu pasien hipertensi untuk patuh minum obat. Hal ini karena kader telah mendapatkan pelatihan tentang hipertensi dan mendapatkan informasi mengenai peran-peran seorang kader dan terapi antihipertensi. Kader berperan sebagai penggerak dan pemberi informasi pada masyarakat, di mana kader seharusnya dapat menyampaikan kepada penderita bahwa obat antihipertensi sangatlah penting dan mampu memotivasi penderita untuk selalu patuh meminum obat agar hipertensi dapat terkontrol dengan baik. Kader seharusnya memiliki catatan perkembangan tekanan darah penderita hipertensi, sehingga apabila tekanan darah tersebut tetap konstan tinggi, kader dapat menanyakan penyebab tekanan darah tersebut tidak terkontrol, salah satunya dengan mengingatkan penderita agar tidak lupa meminum obat antihipertensi yang telah

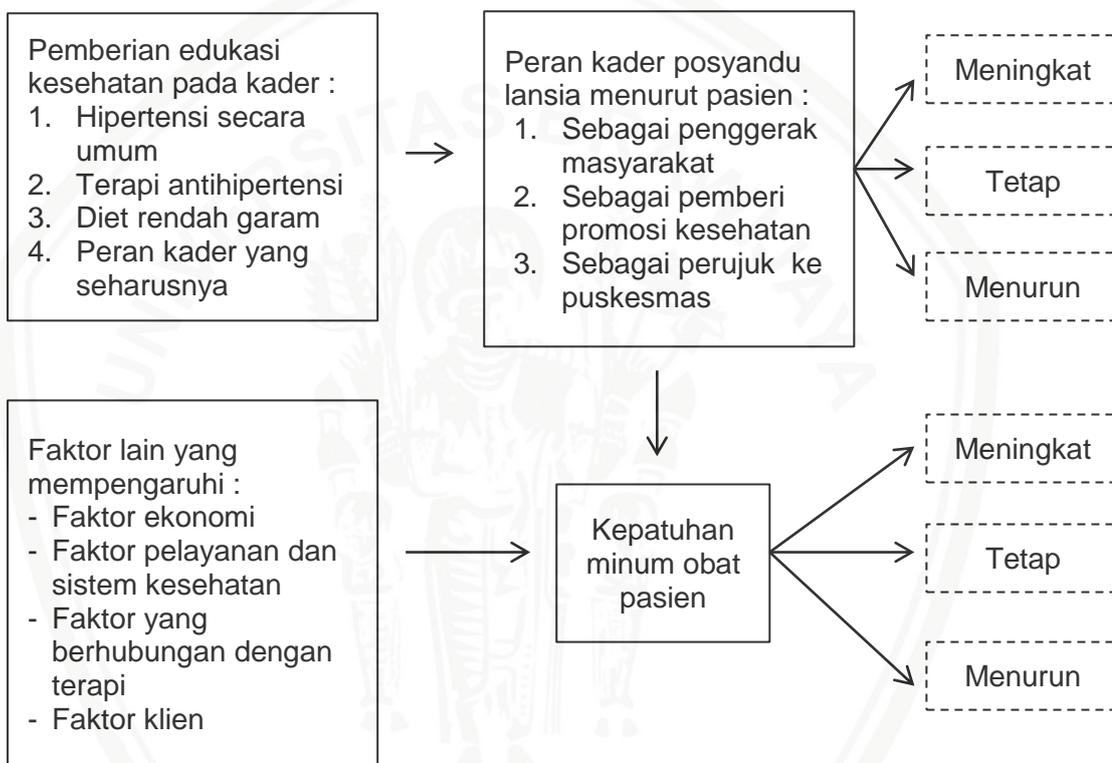
diresepkan. Kader juga berperan sebagai pemberi pertolongan dasar. Dalam hal ini, kader seharusnya dapat membantu mengingatkan penderita hipertensi di wilayahnya untuk kontrol rutin ke puskesmas, sehingga dapat mengetahui perkembangan terapi penderita hipertensi tersebut.



BAB III
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka konsep pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi

Keterangan :

= variabel yang diukur

= variabel yang tidak diukur

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep Penelitian

Peneliti menilai kepatuhan minum obat pasien hipertensi dan peran kader menurut pasien di wilayahnya sebelum kader tersebut diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti. Kemudian peneliti memberikan intervensi berupa edukasi pada kader mengenai hipertensi secara umum, terapi antihipertensi, diet rendah garam, dan peran yang seharusnya dilakukan oleh seorang kader. Peneliti memberikan *flipchart* pada kader sebagai media yang akan digunakan untuk pemberian edukasi terhadap pasien hipertensi di wilayahnya saat posyandu lansia.

Setelah batas waktu yang ditentukan, peneliti akan kembali mengambil data setelah pemberian intervensi. Edukasi peneliti pada kader akan diteliti pengaruhnya menurut pasien apakah meningkat, tetap, atau menurun, jika dibandingkan dengan sebelum kader di wilayahnya diberikan intervensi oleh peneliti. Perubahan peran kader ini juga akan diteliti pengaruhnya terhadap kepatuhan minum obat pasien.

Selain itu, peneliti juga menilai faktor selain kader yang dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien, meliputi faktor ekonomi, faktor pelayanan dan sistem kesehatan, faktor yang berhubungan dengan terapi, dan faktor yang berhubungan dengan klien, karena kader bukan merupakan faktor satu-satunya yang mempengaruhi kepatuhan seseorang.

3.3 Hipotesis Penelitian

H : Pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia berpengaruh pada peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini adalah *Quasi-Eksperimental* dengan pendekatan *Pretest-Posttest with Control Group Design*. Peneliti membagi responden menjadi 2 kelompok penelitian, yakni kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah kelompok penderita hipertensi yang kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok penderita hipertensi yang kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi kesehatan. Kemudian dilakukan *pretest* (01) pada kedua kelompok tersebut, dan diikuti pemberian edukasi kesehatan (X) pada kelompok intervensi. Setelah beberapa waktu, dilakukan *posttest* (02) pada kedua kelompok tersebut. Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012) :

	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
R (Kel. Eksperimen)	01	X	02
R (Kel. Kontrol)	01		02

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi yang aktif mengikuti kegiatan posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Arjuno, Puskesmas Kendalsari, Puskesmas Pandanwangi, Puskesmas Janti, dan Puskesmas Ciptomulyo.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012).

Kriteria inklusi :

- 1) Berjenis kelamin laki-laki atau perempuan
- 2) Berusia minimal 46 tahun atau tergolong dalam kategori lanjut usia awal (pra lansia) (Depkes RI, 2009)
- 3) Berada di wilayah kerja Puskesmas Kendalsari, dan Puskesmas Arjuno, Puskesmas Pandanwangi, Puskesmas Janti, dan Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang
- 4) Aktif hadir dalam kegiatan posyandu lansia di wilayahnya, minimal 3 – 5 kali dalam 6 bulan terakhir atau sanggup hadir pada posyandu lansia bulan berikutnya saat peneliti mengambil data post
- 5) Pernah atau sedang memiliki tekanan darah minimal 140/90 mmHg pada 2x kunjungan di posyandu lansia
- 6) Pernah atau sedang meminum obat antihipertensi atau pernah memiliki tekanan darah minimal 140/90 mmHg pada 2x kunjungan di posyandu lansia, namun tidak mengonsumsi obat antihipertensi
- 7) Mampu berkomunikasi dengan baik sehingga dapat dimengerti oleh peneliti

Kriteria eksklusi :

- 1) Tidak kooperatif
- 2) Tidak membawa kartu identitas responden

4.2.3 Jumlah Sampel

Penetapan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2010) :

$$n = \frac{[(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \cdot S_d]^2}{d^2}$$

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

Z_{α} = kesalahan tipe I (5%) = 1,96

Z_{β} = kesalahan tipe II (20%) = 0,84

S_d = simpang baku dari rerata selisih (0,9)

d = selisih rerata kedua kelompok yang bermakna (0,52)

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel pasien hipertensi pada penelitian ini adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{[(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \cdot S_d]^2}{d^2} \\ &= \frac{[(1,96 + 0,84) \cdot 0,9^2]}{(0,52)^2} \\ &= 23,51 \\ &= 24 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil penghitungan di atas, peneliti menetapkan sampel kelompok intervensi sebanyak 100 responden dan kelompok kontrol sebanyak 100 responden untuk menghindari responden yang *drop out* dan agar didapatkan hasil analisa yang signifikan. Namun, pada saat

pengambilan data post, hanya didapatkan 82 responden kelompok intervensi dan 82 responden kelompok kontrol, karena 36 responden tidak datang ke posyandu lansia bulan berikutnya. Sehingga, didapatkan sampel 164 responden.

4.2.4 Teknik Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling*. Teknik ini merupakan teknik pemilihan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang disusun oleh peneliti.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen atau bebas dalam penelitian ini adalah pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian telah dilakukan di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Kendalsari, dan Puskesmas Arjuno, Puskesmas Pandanwangi, Puskesmas Janti, dan Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2017 – Februari 2018

4.4.3 Instrumen Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisoner, dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Kuisoner A (Identitas umum)

Pada poin ini dicantumkan beberapa data dasar responden, yakni nomor responden, inisial nama, usia, jenis kelamin, jumlah obat hipertensi yang dikonsumsi, tekanan darah, memiliki diabetes mellitus, pengingat minum obat, memakai herbal, tahu menderita hipertensi, dan memiliki riwayat orang tua yang menderita hipertensi.

b. Kuisoner B (Peran kader posyandu lansia)

Kuisoner yang digunakan untuk mengukur peran kader posyandu lansia berisi tentang partisipasi penderita hipertensi di posyandu lansia, dan bagaimana kinerja kader selama ini, dengan total 7 item pertanyaan tertutup. Kuisoner akan diisi oleh peneliti dengan melakukan wawancara kepada responden sesuai dengan jawaban yang telah disediakan dan dianggap benar bagi responden.

c. Kuisoner C (Kepatuhan Minum Obat)

Kuisoner yang digunakan untuk mengukur kepatuhan minum obat adalah kuisoner MMAS-8 (*Morinsky Medication Adherence Scale*) yang diadaptasi dari Morisky (2008), serta sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuisoner MMAS ini mengandung 8 item pertanyaan tertutup. Kuisoner akan diisi oleh peneliti dengan melakukan

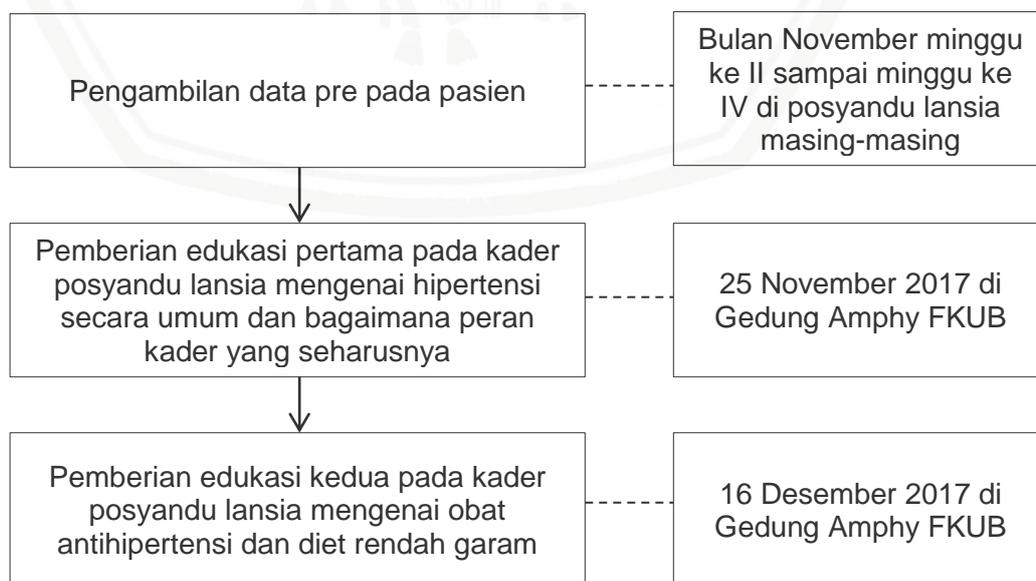
wawancara kepada responden sesuai dengan jawaban yang telah disediakan dan dianggap benar bagi responden.

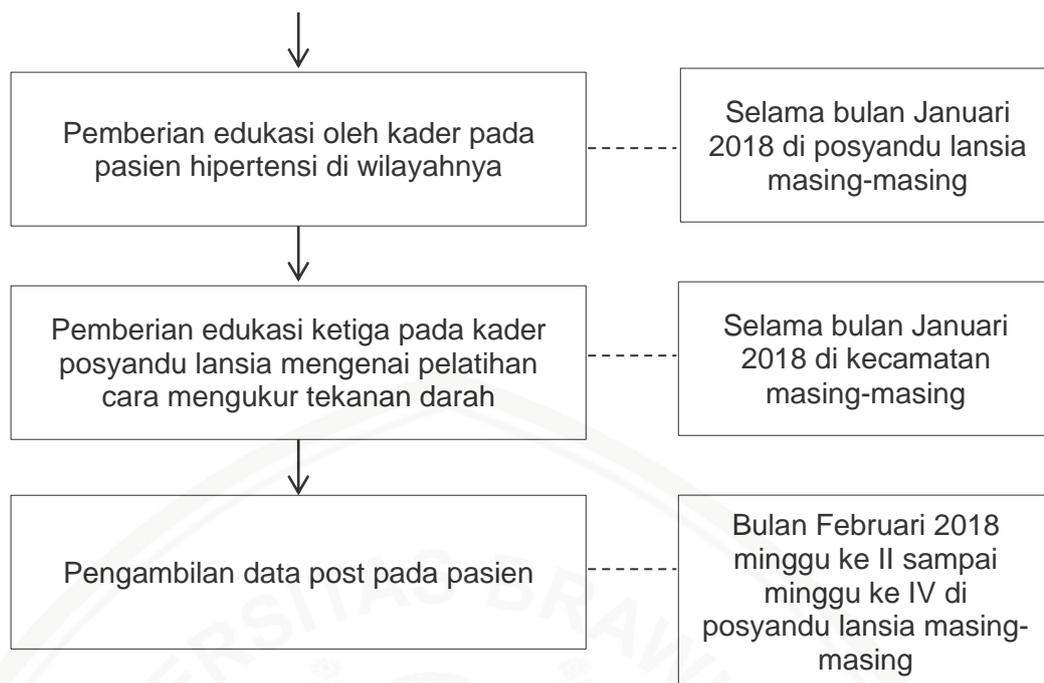
Pada kuisisioner ini peneliti juga menambahkan 4 item pertanyaan mengenai beberapa faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan responden. Faktor ini didapat saat proses wawancara pengambilan data post dengan responden.

d. Kuisisioner D (Pengetahuan mengenai Hipertensi)

Kuisisioner ini merupakan kuisisioner tambahan untuk menilai tingkat pengetahuan responden mengenai hipertensi dengan menggunakan skor *Hypertension Knowledge-Level Scale*. Kuisisioner ini berisi 22 item pertanyaan tertutup mengenai definisi, komplikasi, pengobatan medis, pemenuhan obat, gaya hidup, dan diet hipertensi. Peneliti menambahkan kuisisioner ini bertujuan untuk menilai apakah kader meneruskan edukasi yang telah didapat pada responden. Kuisisioner ini juga digunakan sebagai pedoman saat mewawancarai responden.

4.5 Alur Penelitian





Gambar 4.1 Alur penelitian pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia	Pelatihan mengenai hipertensi yang diberikan pada kader posyandu lansia yang aktif di seluruh Kota Malang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensi secara umum beserta komplikasinya 2. Bagaimana peran kader posyandu lansia 3. Obat antihipertensi 4. Diet rendah garam pada pasien hipertensi 5. Cara mengukur tekanan darah dengan benar 	Kuisisioner pengetahuan kader	-	-
Variabel dependen: Peran kader posyandu lansia	Seperangkat perilaku atau aktivitas yang	Peran sebagai : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai penggerak masyarakat 	Wawancara terstruktur yang terdiri	Ordinal	Skor 3 – 7 = peran tinggi Skor 1 – 2 = peran rendah

	<p>dilakukan oleh kader posyandu lansia yang mengikuti pelatihan hipertensi dalam upaya peningkatan kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi, menurut pasien hipertensi yang menjadi responden</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Sebagai pemberi promosi kesehatan 3. Sebagai perujuk ke puskesmas 	<p>dari 7 pertanyaan</p>		
<p>Kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu</p>	<p>Perilaku pasien hipertensi (yang termasuk dalam kriteria inklusi) dalam mengonsumsi obat antihipertensi sesuai dengan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadang-kadang lupa minum obat atau tidak 2. Selama 2 minggu terakhir pernah tidak minum obat selain alasan lupa atau tidak 3. Pernah berhenti meminum 	<p>Wawancara terstruktur dengan menggunakan kuisisioner MMAS-8</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Skor 6 – 8 = kepatuhan tinggi Skor 0 – 5 = kepatuhan rendah</p>

lansia	anjuran tenaga kesehatan.	obat tanpa sepengetahuan dokter karena takut keadaan menjadi lebih buruk atau tidak 4. Ketika bepergian apakah pernah lupa membawa obat 5. Apakah meminum obat kemaren 6. Apabila merasa gejala teratasi, apakah berhenti meminum obat 7. Apakah merasa terganggu harus meminum obat setiap hari 8. Seberapa sering merasa kesulitan atau lupa meminum obat			
--------	---------------------------	--	--	--	--

4.7 Uji Validitas dan Reabilitas

Kuisisioner MMAS-8 yang digunakan peneliti untuk mengukur kepatuhan minum obat pasien telah diuji validitas dan reabilitas oleh penelitian sebelumnya, yakni oleh Donald E. Morisky, dkk pada tahun 2009. Sedangkan, penyusunan kuisisioner untuk peran kader posyandu lansia disusun sendiri oleh peneliti, sehingga sebelum digunakan instrumen ini terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya.

4.7.1. Uji Validitas

Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang ingin diukur atau dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang variabel yang dimaksud.

Pengujian validitas dapat dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing faktor atau variabel dengan total faktor atau variabel tersebut dengan menggunakan korelasi (r) *product moment*.

Kriteria pengujian untuk menerima atau menolak hipotesis adanya pernyataan yang valid atau tidak dapat dilakukan dengan:

H_0 : $r = 0$, tidak terdapat data yang valid pada tingkat kesalahan (α) 5%.

H_1 : $r \neq 0$, terdapat data yang valid pada tingkat kesalahan (α) 5%.

Hipotesa nol (H_0) diterima apabila r hitung $<$ r tabel, demikian sebaliknya hipotesa alternatif (H_1) diterima apabila r hitung $>$ r tabel.

Pengujian validitas yang dilakukan dengan melalui program SPSS ver. 21.0 dengan menggunakan korelasi *product moment* menghasilkan

nilai masing-masing item pernyataan dengan skor item pertanyaan secara keseluruhan dan untuk lebih jelasnya disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.2 Uji Validitas Variabel

Item	r Hitung	Sig.	r Tabel	Keterangan
X1	0.653	0.029	0.602	Valid
X2	0.917	0.000	0.602	Valid
X3	0.801	0.003	0.602	Valid
X4	0.961	0.000	0.602	Valid
X5	0.961	0.000	0.602	Valid
X6	0.627	0.039	0.602	Valid
X7	0.653	0.029	0.602	Valid

Sumber: Data Primer Diolah

Dari Tabel 4.2 di atas dapat dilihat bahwa nilai sig. r item pertanyaan lebih kecil dari 0.05 ($\alpha = 0.05$) yang berarti tiap-tiap indikator variabel adalah valid, sehingga dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator pertanyaan peran kader tersebut dapat digunakan untuk mengukur variabel penelitian

4.7.2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas menunjukkan tingkat kemantapan, keajegan dan ketepatan suatu alat ukur atau uji yang digunakan untuk mengetahui sejauh mana pengukuran relatif konsisten apabila dilakukan pengukuran ulang. Uji ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana jawaban

seseorang konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Arikunto menjelaskan tentang reliabilitas sebagai berikut :

“Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik “

Teknik pengujian reliabilitas adalah dengan menggunakan nilai koefisien reliabilitas alpha. Kriteria pengambilan keputusannya adalah apabila nilai dari koefisien reliabilitas alpha lebih besar dari 0,6 maka variabel tersebut sudah reliabel (handal).

Tabel 4.3 Uji Reabilitas Variabel

No.	Variabel	Koefisien Reliabilitas	Keterangan
1	X1	0,898	Reliabel

Sumber: Data Primer Diolah

Dari Tabel 4.3 diketahui bahwa nilai dari *alpha cronbach* untuk semua variabel lebih besar dari 0,6. Dari ketentuan yang telah disebutkan sebelumnya maka semua variabel pertanyaan peran kader yang digunakan untuk penelitian sudah reliabel.

4.8 Teknik Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data

4.8.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini merupakan bagian dari pengabdian masyarakat yang diadakan oleh bagian Kardiologi Rumah Sakit Saiful Anwar dalam rangka pembentukan jejaring kader hipertensi di Kota Malang. Proses pengumpulan data dalam penelitian ini didahului dengan peneliti memohon

izin dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk membuat surat tembusan kepada Bakesbangpol dan Dinas Kesehatan Kota Malang agar peneliti dan tim dapat melakukan pengabdian masyarakat di Kota Malang. Setelah itu, peneliti memohon surat izin dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk melakukan uji validitas. Setelah mendapatkan izin, peneliti hadir pada beberapa posyandu lansia untuk mengambil data uji validitas. Apabila kuisisioner sudah valid, peneliti menghubungi masing-masing penanggung jawab posyandu lansia dari kelima puskesmas yang telah ditentukan. Peneliti meminta data kader teraktif yang akan dikirimkan untuk mendapatkan edukasi kesehatan dalam pertemuan pembentukan jejaring kader hipertensi. Peneliti juga meminta data kader yang kurang aktif untuk dijadikan kelompok kontrol.

Langkah selanjutnya adalah merencanakan pertemuan pembentukan jejaring kader hipertensi untuk pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia. Sebelum pertemuan seluruh kader, peneliti akan menghubungi kader dan mengambil data pre (wawancara terstruktur dengan menggunakan kuisisioner peran kader, MMAS-8, 4 item pertanyaan faktor tambahan, dan HK-LS) pada penderita hipertensi saat pelaksanaan posyandu lansia. Bersamaan dengan itu, peneliti akan membagikan kartu identitas pada responden.

Setelah pertemuan seluruh kader untuk pemberian edukasi kesehatan dilaksanakan, peneliti akan kembali hadir saat kegiatan rutin posyandu lansia bulan berikutnya untuk pengambilan data post. Responden harus menunjukkan kartu identitas yang telah diberikan saat pertemuan

sebelumnya, sehingga dapat dipastikan oleh peneliti bahwa responden tetap sama.

Seluruh jawaban kuisisioner akan ditabulasikan dan dianalisis sehingga diperoleh pengaruh antara pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi.

4.8.2 Teknik Pengolahan Data

Data yang terkumpul dari kuisisioner yang telah diisi kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut: (Notoatmodjo, 2012)

a. *Editing*

Secara umum *editing* merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner). Hal yang harus dicek adalah kelengkapan isi dari keseluruhan pertanyaan pada kuisisioner dan memastikan jawaban dapat terbaca. Peneliti memastikan kelengkapan pengisian kuisisioner pada saat itu juga, sehingga meminimalisir kuisisioner yang tidak lengkap.

b. *Coding*

Setelah semua kuisisioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean (*coding*), yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Hal ini dilakukan untuk mempermudah proses tabulasi dan analisa data.

a) Variabel peran kader posyandu lansia

Pemberian kode pada kuisisioner :

Ya = 1

Tidak = 0

Dari hasil keseluruhan, dikategorikan sebagai berikut :

Skor 3 – 7 = peran tinggi

Skor 1 – 2 = peran rendah

b) Variabel kepatuhan minum obat

Pemberian kode dengan MMAS-8 :

Ya = 1

Tidak = 0

Dari hasil keseluruhan, dikategorikan sebagai berikut :

Skor 6 – 8 = kepatuhan tinggi

Skor 0 – 5 = kepatuhan rendah

Selain variabel, *coding* juga dilakukan pada beberapa item identitas umum, kecuali nama dan alamat.

c. Data Entry

Seluruh data dalam bentuk kode akan dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer. *Software* yang digunakan peneliti adalah *SPSS 23 for Windows*.

d. Cleaning

Apabila semua data dari responden selesai dimasukkan, peneliti akan mengecek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode dan kelengkapan yang kemudian akan dilakukan pembetulan atau koreksi. Hal ini dapat dilihat dari distribusi frekuensi saat analisis data.

4.8.3 Analisis Data

Peneliti menggunakan analisis bivariat pada semua variabel untuk mengetahui hubungan antara 2 variabel. Hal ini bertujuan agar peneliti dapat langsung membandingkan hasil pada responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Aplikasi yang digunakan adalah *SPSS 23 for Windows*.

Uji yang digunakan adalah uji *Independent T-Test*, *Chi-Square*, dan *McNemar*. Uji *Independent T-Test* digunakan untuk menyajikan data yang tidak saling berhubungan dalam bentuk rata-rata, seperti usia, jumlah obat yang dikonsumsi, dan tekanan darah. Uji *Chi-Square* digunakan untuk menyajikan data pada kedua kelompok yang tidak saling berhubungan dalam bentuk presentase, seperti jenis kelamin, memiliki DM, pengingat minum obat, memakai herbal, tahu menderita hipertensi, riwayat orang tua menderita hipertensi, skor HK-LS, faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan, dan untuk membandingkan tingkat kepatuhan antar kedua kelompok sebelum dan sesudah diberikan intervensi oleh peneliti. Sedangkan untuk membandingkan data peran kader dan kepatuhan minum obat sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok yang saling berkaitan, peneliti menggunakan uji *McNemar*.

4.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti tetap mengutamakan unsur etika dan menjamin hak-hak dari responden dalam suatu penelitian, dengan cara :

1. *Respect for Person* (Menghormati harkat dan martabat manusia)

Subjek penelitian memiliki hak untuk menentukan apakah bersedia menjadi responden atau tidak (*Autonomy*). Apabila bersedia, responden

menandatangani *informed consent*. *Informed consent* yaitu surat persetujuan yang ditujukan kepada responden, setelah peneliti menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Responden juga berhak mendapatkan informasi terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan keuntungan yang mungkin diperoleh. Pada penelitian ini, seluruh responden hanya dimintai inisial nama untuk menjaga kerahasiaan identitas responden (*Anonimity*)

2. *Beneficence* (Bermanfaat)

Dalam penelitian ini, responden akan diberikan beberapa pertanyaan oleh peneliti sesuai dengan yang tertulis dalam kuisisioner. Penelitian ini memberikan manfaat bagi responden, yakni dapat membantu agar pasien lebih patuh meminum obat antihipertensi.

3. *Non-Maleficence* (Tidak Merugikan)

Penelitian ini tidak menimbulkan penderitaan kepada responden. Waktu yang dibutuhkan peneliti untuk melakukan wawancara hanya sekitar 5 menit. Terganggunya aktifitas responden telah diminalisir positif dengan hanya memulai penelitian pada responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian dan penjelasan kontrak waktu sebelum dilakukan wawancara.

4. *Justice* (Adil)

Pada penelitian ini responden diperlakukan secara adil sejak sebelum, selama, hingga sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa membedakan ras, usia, dan status ekonomi. Penelitian ini diselenggarakan tanpa adanya diskriminasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5. 1. Karakteristik Pasien

Tabel 5.1 Karakteristik Pasien

Variabel	Kontrol	Intervensi	p
Usia*	60.54 ± 8.74	61.42 ± 9.84	0.547
Jenis Kelamin (L)*	15 (18.3)	13 (15.9)	0.836
Jumlah Obat yang Dikonsumsi*	1.29 ± 1.22	1.00 ± 0.68	0.061
TDS Pre*	149.94 ± 11.57	154.60 ± 20.11	0.071
TDD Pre*	91.46 ± 4.81	92.66 ± 11.01	0.370
TDS Post*	152.50 ± 12.58	153.23 ± 19.91	0.779
TDD Post*	92.38 ± 6.63	90.04 ± 11.48	0.112
DM#			
Ya	5 (6.1)	6 (7.3)	0.350
Tidak	75 (91.5)	76 (92.7)	
Tidak Tahu	2 (2.4)	0 (0.0)	
Pengingat Minum Obat#			
Sendiri	22 (26.8)	38 (46.3)	0.033
Orang Lain	37 (45.1)	26 (31.7)	
Tidak Ada	23 (28.0)	18 (22.0)	
Memakai Herbal (Ya)#	25 (30.5)	18 (22.0)	0.287
Tahu Menderita HT (Ya)#	60 (73.2)	68 (84.0)	0.138
Riwayat Orang Tua HT (Ya)#	25 (30.5)	60 (73.2)	0.000

Keterangan : Data dipresentasikan dalam rata-rata ± SD atau n (%). *: data dianalisis dengan *independen t-test*; #: data dianalisis dengan *chi-square*

Penelitian telah dilakukan kepada 164 orang penderita hipertensi yang terdiri dari 82 orang kelompok intervensi yang kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan dan 82 orang kelompok kontrol yang kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi kesehatan. Hasil analisis pada data dasar seluruh responden menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan dalam hal usia, jenis kelamin, jumlah obat yang dikonsumsi, tekanan darah sistolik dan diastolik pre, tekanan darah sistolik dan diastolik post, memiliki diabetes mellitus, memakai herbal, serta tahu menderita hipertensi. Kedua kelompok berbeda signifikan dalam hal pengingat minum obat ($p < 0.033$). Selain itu, riwayat hipertensi dari orang tua secara signifikan lebih banyak didapatkan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p < 0.000$).

5. 2. Pengetahuan Pasien Mengenai Definisi dan Komplikasi Hipertensi

Tabel 5.2 Skor Pengetahuan Pasien Mengenai Definisi dan Komplikasi Hipertensi

Variabel	Kontrol	Intervensi	p
Definisi (Benar)			
1. Peningkatan tekanan darah diastolik mengindikasikan hipertensi	49 (59.8)	65 (79.3)	0.011
2. Tingginya tekanan darah diastolik atau sistolik mengindikasikan hipertensi	69 (84.1)	82 (100)	0.001
Komplikasi (Benar)			
1. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan kematian dini jika tidak diobati	25 (30.5)	72 (87.8)	0.000

2. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan penyakit jantung, seperti serangan jantung jika tidak diobati	25 (30.5)	71 (86.6)	0.000
3. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan stroke, jika tidak diobati	30 (36.6)	77 (93.9)	0.000
4. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan gagal ginjal, jika tidak diobati	11 (13.4)	70 (85.4)	0.000
5. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan gangguan penglihatan, jika tidak diobati	2 (2.4)	64 (78.0)	0.000

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chi-square*

Pada penelitian ini, peneliti mengukur pengetahuan responden mengenai hipertensi pada saat pengambilan data post. Hal ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan kedua kelompok responden setelah diberikan edukasi oleh kader. Dilihat dari tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa kelompok intervensi lebih memahami secara signifikan bahwa hipertensi diindikasikan dengan peningkatan tekanan darah sistolik maupun diastolik ($p < 0.001$ dan $p < 0.011$). Sedangkan untuk variabel komplikasi, kelompok intervensi juga lebih mengetahui efek jangka panjang hipertensi jika tidak diobati dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p < 0.000$).

5. 3. Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi

Tabel 5.3 Skor Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi

Variabel	Kontrol	Intervensi	P
Pengobatan Medis (Benar)			
1. Obat hipertensi harus diminum setiap hari	35 (42.7)	75 (91.5)	0.000
2. Seseorang dengan hipertensi harus minum obat hanya ketika merasakan sakit	22 (26.8)	81 (98.8)	0.000
3. Seseorang dengan hipertensi harus minum obat seumur hidup	20 (24.4)	62 (75.6)	0.000
4. Seseorang dengan hipertensi harus minum obat sesuai dengan caranya masing-masing yang dapat membuat mereka merasa lebih baik	19 (23.2)	62 (75.6)	0.000
Pemenuhan Obat (Benar)			
1. Jika obat hipertensi dapat mengontrol tekanan darah, maka tidak perlu mengubah gaya hidup	54 (65.9)	82 (100)	0.000
2. Hipertensi adalah akibat dari penuaan, maka pengobatan tidak perlu dilakukan	50 (61)	60 (78)	0.027
3. Jika seseorang hipertensi sudah mengubah gaya hidupnya, maka tidak perlu pengobatan	23 (28)	63 (76.8)	0.000
4. Sesorang dengan hipertensi dapat mengonsumsi asin selama meminum obat secara rutin	11 (13.4)	82 (100)	0.000

Gaya Hidup (Benar)			
1. Seseorang dengan hipertensi dapat minum minuman beralkohol	82 (100)	82 (100)	
2. Seseorang dengan hipertensi tidak boleh merokok	82 (100)	82 (100)	
3. Seseorang dengan hipertensi harus mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran secara rutin	82 (100)	82 (100)	
4. Untuk seseorang dengan hipertensi, cara yang memasak terbaik adalah dengan digoreng	53 (64.6)	68 (82.9)	0.013
5. Untuk seseorang dengan hipertensi, cara memasak yang terbaik adalah dengan direbus	69 (84.1)	75 (91.5)	0.233
Diet (Benar)			
1. Jenis daging yang terbaik untuk seseorang dengan hipertensi adalah daging putih	68 (82.9)	75 (91.5)	0.161
2. Jenis daging yang terbaik untuk seseorang dengan hipertensi adalah daging merah	65 (79.3)	75 (91.5)	0.047

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chi-square*

Tabel 5.3 menjelaskan perbedaan pengetahuan responden kedua kelompok mengenai terapi hipertensi. Terapi yang dimaksud terdiri dari empat variabel, yakni pengobatan medis, pemenuhan obat, gaya hidup, dan diet. Pada variabel pengobatan medis, kelompok intervensi secara signifikan lebih mengetahui bahwa obat hipertensi harus diminum secara rutin, teratur, dan sesuai anjuran tenaga kesehatan, dengan keseluruhan $p < 0.000$

Variabel pemenuhan obat dibagi menjadi empat subvariabel (pertanyaan) yang menyatakan bahwa obat hipertensi dan gaya hidup harus dilakukan secara seimbang serta hipertensi merupakan akibat penuaan, sehingga tidak perlu pengobatan. Dari keempat subvariabel ini, kelompok intervensi memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibanding kelompok kontrol.

Pada variabel gaya hidup, terdapat tiga subvariabel yang tidak dapat dianalisis karena didapatkan hasil yang sama (100%) pada kedua kelompok. Hal ini menandakan bahwa seluruh responden mengetahui bahwa seorang hipertensi tidak boleh meminum alkohol, tidak boleh merokok, dan dianjurkan rutin mengonsumsi sayur serta buah. Pada subvariabel cara memasak digoreng terdapat perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dengan $p < 0.013$. Sedangkan pada subvariabel cara memasak direbus tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar kedua kelompok ($p > 0.05$)

Pada variabel diet, terdapat dua subvariabel mengenai jenis daging yang baik untuk penderita hipertensi, yakni daging putih dan daging merah. Terdapat perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok pada subvariabel daging merah ($p < 0.047$). Berbeda dengan subvariabel daging putih, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antar kedua kelompok ($p > 0.05$)

5. 4. Analisis Proporsi Pasien Berdasarkan Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terapi Obat Hipertensi

Tabel 5.4 Proporsi Pasien Berdasarkan Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terapi Obat Hipertensi

Variabel	Kontrol	Intervensi	P
Takut Membahayakan Ginjal (Ya)	33 (40.2)	9 (11.0)	0.000

Mampu Ekonomi (Ya)	82 (100)	82 (100)	
Ada yang Mengantar (Ya)	82 (100)	78 (95.1)	0.129
Dianjurkan Tenaga Kesehatan Berhenti (Ya)	2 (2.4)	0 (0.0)	0.497
Merasa Tidak Sakit (Ya)	20 (24.4)	12 (14.6)	0.168

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chi-square*

Peneliti juga meneliti beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang patuh terhadap terapi hipertensi. Dalam hasil analisis tersebut, pasien pada kelompok kontrol lebih takut jika obat antihipertensi akan membahayakan ginjal dibanding dengan kelompok intervensi. Jika dilihat dari segi ekonomi, seluruh responden mampu membeli obat antihipertensi, sehingga tidak dapat dianalisis nilai p. Sedangkan dalam hal ada yang mengantar, dianjurkan tenaga kesehatan berhenti meminum obat, dan merasa tidak sakit, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p > 0.05$).

5. 5. Peran Kader Menurut Pasien Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Diberikan Intervensi

Tabel 5.5 Proporsi Peran Kader Menurut Pasien Sebelum dan Setelah Diberikan Intervensi

Peran Kader	Pre	Post	P
Rendah	65 (79.27)	2 (2.44)	0.000
Tinggi	17 (20.73)	80 (97.56)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *McNemar*

Pada tabel 5.5, peneliti menyajikan data perbedaan peran kader menurut responden kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan edukasi pada

kader. Ditemukan bahwa peran kader meningkat secara signifikan setelah diberikan edukasi, dengan tingkat signifikansi $p < 0.000$

5. 6. Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Tidak Diberi Intervensi (Kelompok Kontrol)

Tabel 5.6 Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Tidak Diberi Intervensi

Kepatuhan Minum Obat	Pre	Post	P
Rendah	61 (74.39)	60 (73.17)	1.000
Tinggi	21 (25.61)	22 (26.83)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *McNemar*

Peneliti membandingkan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol pre dan post. Peneliti mengambil data post, satu bulan setelah pengambilan data pre, tanpa memberikan edukasi pada kader kelompok ini. Didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kepatuhan minum obat pasien tersebut ($p > 0.05$)

5. 7. Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Diberi Intervensi (Kelompok Intervensi)

Tabel 5.7 Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi yang Kadernya Diberi Intervensi

Kepatuhan Minum Obat	Pre	Post	p
Rendah	60 (73.17)	24 (29.27)	0.000
Tinggi	22 (26.83)	58 (70.73)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *McNemar*

Setelah sebelumnya peneliti membandingkan data pre dan post pada kelompok kontrol, peneliti melakukan hal yang sama pada kelompok intervensi dan disajikan pada tabel 5.7. Namun perbedaannya, peneliti memberikan edukasi pada kader kelompok intervensi. Hasilnya, kepatuhan minum obat kelompok ini meningkat secara signifikan setelah kadernya diberikan edukasi oleh peneliti ($p < 0.000$)

5. 8. Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kadernya Diberikan Intervensi

Tabel 5.8 Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kadernya Diberikan Intervensi

Kepatuhan Minum Obat	Kontrol	Intervensi	P
Rendah	61 (74.4)	60 (73.2)	1.000
Tinggi	21 (25.6)	22 (26.8)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chi-square*

Selain membandingkan data sebelum dan setelah pemberian edukasi pada masing-masing kelompok, peneliti juga membandingkan data antar kedua kelompok sebelum pemberian edukasi. Tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dengan $p > 0.05$.

5. 9. Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kadernya Diberikan Intervensi

Tabel 5.9 Proporsi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kadernya Diberikan Intervensi

Kepatuhan Minum Obat	Kontrol	Intervensi	P
Rendah	60 (73.2)	24 (29.3)	0.000
Tinggi	22 (26.8)	58 (70.7)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chi-square*

Setelah diberikan edukasi pada kader di wilayahnya, kepatuhan minum obat pasien kelompok intervensi meningkat secara signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang kadernya tidak diberi edukasi, dengan tingkat signifikansi $p < 0.000$.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Subjek Penelitian

Penelitian telah dilakukan pada 164 responden penderita hipertensi yang terdiri dari 82 orang kelompok intervensi dan 82 orang kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah kelompok yang kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok yang kadernya tidak diberikan edukasi.

Berdasarkan tabel 5.1, diketahui pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki rata-rata usia yang relatif sama yaitu pada rentang 60-61 tahun. Menurut Rahajeng (2009), risiko hipertensi meningkat secara bermakna sejalan dengan bertambahnya usia. Selaras dengan penelitian Hasurungan (2002), pada usia 60-64 tahun terjadi peningkatan risiko hipertensi sebesar 2.18 kali. Sedangkan menurut Hardywinoto (2010) menyatakan bahwa lansia dengan umur rata-rata 60 tahun sangat butuh sarana pelayanan kesehatan terkait penurunan berbagai fungsi dan kelemahan.

Bedasarkan jenis kelamin seluruh responden penelitian, hanya 18.3% pada kelompok kontrol dan 15.9% pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin laki-laki. Sehingga dapat disimpulkan bahwa >80% responden didominasi perempuan. Menurut Anggraini (2015), hal ini menunjukkan bahwa perempuan memiliki perhatian lebih terhadap kesehatan mereka dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan lebih aktif mencari informasi terkait status kesehatan mereka. Pernyataan ini juga didukung oleh

penelitian Meijer (2009) bahwa perempuan memiliki gaya hidup yang lebih berorientasi sosial daripada laki-laki serta lebih terfokus dalam membangun hubungan sosial dan lebih banyak terlibat secara emosional kepada orang lain. Hal inilah yang menyebabkan perempuan lebih sering mengunjungi dan memanfaatkan posyandu lansia.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tekanan darah sistolik dan diastolik, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar kedua kelompok, baik sebelum diberikan edukasi ataupun setelah diberikan. Peneliti hanya mengukur tekanan darah responden 1x saat mendatangi posyandu lansia dan tidak dilakukan pemantauan secara ketat. Hal ini dikarenakan tekanan darah seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor, sehingga pemberian edukasi tidak berperan secara langsung untuk mengontrol tekanan darah seseorang.

Dari segi pengingat minum obat, responden kelompok intervensi lebih sadar secara mandiri untuk meminum obat tanpa diingatkan oleh orang lain. Sementara itu pada kelompok kontrol, mayoritas harus diingatkan oleh orang lain untuk meminum obat. Hal ini menandakan, ketergantungan kelompok kontrol pada orang lain, yang dalam penelitian ini adalah keluarga, lebih tinggi dibandingkan kelompok intervensi. Kelompok kontrol membutuhkan dukungan keluarga lebih jika dibandingkan dengan kelompok intervensi.

Sedangkan dari segi penggunaan herbal, kelompok kontrol lebih banyak 7.5% menggunakan dibandingkan dengan kelompok intervensi. Penelitian yang dilakukan Gohar (2008), menemukan 12.7% dari 196 responden menggunakan herbal. Hal ini dapat dikarenakan tidak puasny seseorang

terhadap terapi obat antihipertensi atau tidak berhasilnya obat yang pernah dikonsumsi. Kemungkinan lain adalah karena penderita hipertensi takut kandungan kimia dalam obat-obatan yang dikonsumsi dapat menimbulkan efek samping yang berbahaya. Sebab lain yang mungkin melatarbelakangi adalah karena penggunaan herbal dapat menghemat biaya.

Dari total 164 responden, 26.83% responden pada kelompok kontrol dan 17.07% responden pada kelompok intervensi belum mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi. Hal ini berkaitan dengan data Riskesdas (2013) dari perkiraan prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuisioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4%. Selaras dengan Rahajeng (2009), terdapat 76% kasus hipertensi di masyarakat yang belum terdiagnosis.

Berdasarkan hasil penelitian seluruh responden didapatkan proporsi pasien 73.17% terdiagnosa hipertensi dikarenakan riwayat dari orangtua pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 30.49%. Hal ini berkaitan dengan penelitian Putri (2013) bahwa sekitar 46.77% prevalensi hipertensi di Indonesia dikarenakan riwayat dari orangtua.

6.2 Peran Kader Menurut Pasien Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi Kesehatan pada Kader Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Responden dari kelompok intervensi yang berpendapat bahwa kader di wilayahnya memiliki peran tinggi sebelum diberikan edukasi oleh peneliti hanya sejumlah 20.73%. Sedangkan, setelah diberikan edukasi, responden

yang menyatakan kader di wilayahnya berperan tinggi, meningkat menjadi 97.56%. Penentuan tinggi dan rendahnya peran ini diukur berdasarkan peran kader yang mengajak dan menganjurkan datang ke posyandu lansia, menginformasikan bahwa obat antihipertensi harus diminum rutin dan teratur, menginformasikan bahwa obat dapat berbeda-beda tergantung penyebab, menginformasikan bahwa obat tersebut tidak membahayakan ginjal, menginformasikan efek jangka panjang jika tidak meminum obat, serta menganjurkan kontrol ke puskesmas jika obat habis.

Menurut Jaskiewicz (2012), agar kader tetap mampu produktif, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, salah satunya adalah kompetensi kader tersebut. Kompetensi yang dimaksud adalah pengetahuan dan keterampilan kader yang diperoleh melalui pelatihan, pemantauan, dan tindak lanjut dari tenaga kesehatan. Persepsi masyarakat tentang pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan kader dalam membantu kebutuhan kesehatan mereka sangat penting dan berpengaruh terhadap kepedulian dan penerimaan layanan kader oleh masyarakat itu sendiri.

Penelitian ini sangat mendukung teori di atas, karena adanya pemberian edukasi kesehatan berulang, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader mengenai hipertensi. Pengetahuan yang dimaksud di sini adalah mengenai pengobatan hipertensi. Sedangkan keterampilan adalah pelatihan cara mengukur tekanan darah. Sehingga didapatkan peran kader yang meningkat, setelah kader diberikan edukasi oleh peneliti. Kader dapat menginformasikan sekaligus mendorong pasien hipertensi untuk lebih rutin meminum obat dan mendapatkan rasa hormat yang lebih

dari penderita hipertensi di wilayahnya karena mampu mengukur tekanan darah dengan baik.

6.3 Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Sebelum dan Sesudah Kadernya Diberikan Edukasi Kesehatan

Kepatuhan minum obat pasien hipertensi sebelum kader di wilayahnya diberikan edukasi didapatkan tidak ada beda signifikan pada kelompok kontrol dan intervensi. Kemudian, setelah kader di wilayah kelompok intervensi diberikan edukasi, didapatkan kepatuhan yang lebih tinggi pada responden kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol dengan $p < 0.000$ pada tabel 5.9. Hal ini membuktikan bahwa edukasi yang diberikan peneliti pada kader memberikan hasil yang positif terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi di wilayah kelompok intervensi.

Peneliti juga membandingkan kepatuhan minum obat pada masing-masing kelompok, sebelum dan sesudah kader di wilayahnya diberikan edukasi untuk memperkuat hipotesa peneliti. Kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol tidak didapatkan perbedaan yang signifikan pada saat pengambilan data pre dan post karena kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi oleh peneliti. Sedangkan, kepatuhan minum obat pada responden kelompok intervensi meningkat secara signifikan setelah kader di wilayahnya diberikan edukasi. Sehingga, hal ini memperkuat hipotesa peneliti bahwa edukasi yang diberikan peneliti pada kader dapat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap obat antihipertensi.

Ho, *et al* (2014) meneliti beberapa intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan minum obat dan mencegah serangan berulang pada pasien

Infark Miokard Akut (IMA) pada 253 pasien. Dari penelitian ini didapatkan bahwa edukasi kepada pasien menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan kepatuhan terhadap regimen obat. Joplin *et al* (2015), mengumpulkan beberapa penelitian yang membahas tentang kepatuhan minum obat pada pasien *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang telah dipublikasikan di PsycINFO, Medline, Cochrane, PubMed, dan ProQuest dari bulan Januari 2000 sampai Oktober 2014. Dari beberapa penelitian tersebut didapatkan bahwa intervensi berupa edukasi mengenai penyakit dan perawatannya dapat meningkatkan sikap dan perilaku positif yang mungkin berhubungan dengan pengurangan nyeri dan kecacatan. Pada ulasan ini, dari 100 pasien dengan RA didapatkan hubungan antara edukasi pasien dengan peningkatan kepatuhan minum obat.

Penelitian-penelitian di atas memang tidak membahas mengenai hipertensi seperti penelitian ini, namun IMA, RA, dan hipertensi adalah penyakit yang sama-sama mengharuskan penderitanya patuh meminum obat dalam jangka panjang, bahkan seumur hidup. Sehingga penelitian ini mendukung pernyataan peneliti bahwa edukasi yang diberikan pada pasien dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap obat.

Edukasi memang menjadi faktor yang dapat mempengaruhi seseorang patuh meminum obat. Namun, bukan berarti edukasi menjadi satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan tersebut. Pada tabel 5.4, peneliti juga menganalisis beberapa faktor yang mungkin juga mempengaruhi kepatuhan responden dalam penelitian ini. Peneliti menyusun faktor-faktor ini berdasarkan laporan responden selama pengambilan data dan disesuaikan dengan teori *Nursing Best Practice*

Guideline Ontario (2005), yang mana menyatakan bahwa kepatuhan seseorang dipengaruhi oleh lima faktor, yakni faktor yang berhubungan dengan kondisi, faktor sosial ekonomi, faktor yang berhubungan dengan pasien, faktor yang berhubungan dengan sistem kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan terapi. Peneliti menanyakan alasan lain yang mengakibatkan responden tidak patuh, selain lupa. Kemudian peneliti menanyakan alasan tersebut kepada responden lain.

Faktor pertama adalah faktor yang berhubungan dengan terapi. Terdapat beberapa responden yang mengatakan bahwa mereka tidak patuh terhadap pengobatan karena takut akan membahayakan ginjal sebagai efek samping dari pengobatan antihipertensi yang mereka terima. Berdasarkan tabel 5.4, proporsi kelompok kontrol lebih tinggi yang menyatakan tidak patuh karena takut akan efek samping ini dibandingkan dengan kelompok intervensi. Hal ini disebabkan kurangnya edukasi terkait efek pengobatan pada kelompok kontrol. Al-Ramahi (2015) melakukan penelitian terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada 500 pasien hipertensi di Palestina. Ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketakutan akan efek samping terhadap kepatuhan minum obat. Namun, pada kelompok intervensi masih ditemukan 11% responden yang tetap takut meskipun telah mendapatkan edukasi oleh kader.

Faktor sosial dan ekonomi juga turut berkontribusi pada kepatuhan seseorang. Namun, dalam penelitian ini seluruh responden pada kedua kelompok menyatakan mampu dalam segi ekonomi untuk membeli obat antihipertensi. Sehingga, peneliti tidak dapat membuktikan hubungan antara faktor ekonomi dengan kepatuhan minum obat. Dari segi dukungan

sosial, seluruh responden pada kelompok kontrol menyatakan bahwa ada orang lain yang mengantarkan ke tenaga medis terdekat jika obat habis. Sedangkan terdapat 4.9% responden dari kelompok intervensi yang menyatakan bahwa tidak ada yang mengantar untuk kembali kontrol dan mendapatkan obat. Hal ini menandakan ketidakpatuhan kelompok kontrol tidak dipengaruhi faktor dukungan sosial, melainkan faktor-faktor yang lain.

Faktor selanjutnya adalah faktor yang berhubungan dengan sistem kesehatan. Terdapat 2.4% responden pada kelompok kontrol yang menyatakan tidak lagi meminum obatnya karena pernah dianjurkan tenaga kesehatan untuk berhenti meminum obatnya. *British Hypertension Society Guidelines* (2004) menyatakan bahwa seseorang dengan tekanan darah sistolik ≤ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg tidak perlu meminum obat dan hanya perlu dikaji ulang pada tahun berikutnya. Dalam panduan ini juga dicantumkan bahwa target tekanan darah sistolik dan diastolik pada seseorang dengan hipertensi tanpa diabetes adalah <140 mmHg dan <85 mmHg serta tidak dijelaskan bahwa obat anti hipertensi harus diminum seumur hidup. Mungkin hal ini yang menyebabkan dokter menginstruksikan penderita hipertensi untuk berhenti meminum obatnya jika target tekanan darah tersebut telah tercapai. Sedangkan, responden kelompok intervensi menyatakan tidak pernah dianjurkan untuk berhenti. Hasil ini mendukung teori dari *Nursing Best Practice Guideline Ontario* yang menyatakan bahwa sistem dan tenaga kesehatan juga mempengaruhi kepatuhan seseorang. Hal lain yang mungkin mempengaruhi kepatuhan seseorang dari segi sistem kesehatan adalah adanya peraturan yang melarang posyandu untuk memberikan obat karena

posyandu merupakan pelayanan kesehatan yang berfokus upaya promotif dan preventif (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010). Hal ini menyebabkan kepatuhan lansia penderita hipertensi menurun karena akses untuk mendapatkan obat anti hipertensi semakin jauh,

Faktor yang terakhir adalah faktor yang berhubungan dengan pasien. Proporsi responden yang merasa dirinya tidak sakit dan baik-baik saja lebih tinggi pada kelompok kontrol daripada kelompok intervensi. Hal ini membuktikan bahwa persepsi seseorang terhadap dirinya juga mempengaruhi kepatuhan.

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti menyimpulkan terdapat empat faktor lain yang mungkin mempengaruhi kepatuhan responden terhadap obat antihipertensi selain adanya kader, yakni faktor persepsi terhadap efek samping, faktor dukungan sosial, faktor sistem dan tenaga kesehatan, serta faktor persepsi pasien merasa tidak sakit.

6.4 Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan Terhadap Peran Kader Menurut Pasien dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi

Peneliti memberikan edukasi pada kader kelompok intervensi, kemudian kader meneruskan edukasi tersebut pada responden. Edukasi ini kemudian meningkatkan pengetahuan pada responden, dibuktikan dengan perolehan skor pengetahuan mengenai definisi dan komplikasi hipertensi pada tabel 5.2, kelompok intervensi lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. Ketika seseorang telah memahami definisi suatu penyakit dan akibat jangka panjang jika tidak meminum obat, maka hal itu akan mendorong seseorang untuk merubah sikap dan perilaku mereka untuk mengontrol penyakit

tersebut, salah satunya dengan patuh meminum obat. Dibuktikan dengan didapatkannya kepatuhan yang meningkat pada kelompok intervensi saat pengambilan data post dibandingkan dengan pre. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak didapatkan perbedaan yang signifikan saat pengambilan data pre dan post karena kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi oleh peneliti, sehingga responden pada kelompok ini tidak mendapatkan informasi yang cukup mengenai hipertensi dan pengobatannya.

Penelitian ini selaras dengan penelitian Kendarti (2009) yang menyimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hal yang dominan dalam pembentukan tindakan seseorang. Dari penelitian tersebut terbukti bahwa tindakan yang didasari oleh pengetahuan akan bertahan lebih lama jika dibandingkan dengan tindakan yang tidak didasari pengetahuan. Hasil tersebut juga didukung oleh teori Green dalam Notoatmodjo (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi dalam pembentukan perilaku.

Dalam penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa kader juga memiliki peran yang berpengaruh pada kepatuhan seseorang, meskipun bukan merupakan satu-satunya faktor yang berpengaruh. Allen (2016) melakukan penelitian mengenai pengaruh tenaga kesehatan komunitas dengan manajemen diri dan kepatuhan pengobatan hipertensi di Amerika yang melibatkan 265 tenaga kesehatan komunitas. Tenaga kesehatan komunitas yang dimaksud di sini sama halnya dengan kader kesehatan jika di Indonesia. Didapatkan bahwa tenaga kesehatan komunitas ini berperan penting dalam meningkatkan pencegahan hipertensi dan manajemen diri

kepatuhan minum obat pasien hipertensi. Hal ini dikarenakan tenaga kesehatan komunitas bekerja bersama dengan pasien, sehingga lebih fleksibel dan bekerja berdasarkan kebutuhan pasien.

6.5 Implikasi Keperawatan

Keperawatan memiliki berbagai spesialisasi bidang, mulai dari keperawatan medikal bedah, keperawatan kegawatdaruratan, hingga keperawatan komunitas. Jika dilihat dari penggolongannya, penelitian ini lebih berimplikasi secara langsung dengan bidang keperawatan komunitas karena berhubungan dengan golongan masyarakat tertentu dengan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan perawatan kuratif dan rehabilitatif.

Strategi intervensi yang dapat diterapkan sebagai perawat komunitas salah satunya sebagai pendidik atau edukator adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada kader kesehatan untuk merubah perilaku kesehatan masyarakat dengan risiko tinggi, terutama hipertensi. Sesuai dengan penelitian ini, selain memberikan edukasi langsung pada suatu kelompok masyarakat tertentu, perawat diharapkan mampu memberdayakan kader sebagai upaya meningkatkan jangkauan kesehatan masyarakat. Diharapkan perawat dapat memandirikan kader dengan memberikan edukasi berbasis komunitas secara berkesinambungan dan pemantauan berulang agar dapat membantu mengontrol kesehatan masyarakat, terutama kepatuhan minum obat pasien hipertensi.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti sadar menemukan keterbatasan-keterbatasan, di antaranya yaitu:

1. Perhitungan pengetahuan responden tentang hipertensi berdasarkan skala HK-LS hanya dilakukan pada saat pengambilan data post. Sehingga tidak dapat diketahui bagaimana pengetahuan responden sebelum kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan dan apakah ada kenaikan atau penurunan antara sebelum dan sesudah kader di wilayahnya diberikan edukasi.
2. Pengurangan responden terjadi antara setelah pengambilan data pre dan saat pengambilan data post. Pada awal pengambilan data pre berjumlah 200 responden yang kemudian tidak datang di posyandu bulan berikutnya, sehingga data yang terkumpul pada pengambilan post hanya 164 responden. Hal ini disebabkan kurangnya komitmen antara peneliti dan responden terkait
3. Proses edukasi kesehatan kepada kader hanya dilakukan 3 kali dan kurangnya tindak lanjut dalam edukasi berkala pada kader di Kota Malang
4. Adanya kemungkinan bias karena peneliti hanya meng kategorikan kepatuhan responden berdasarkan kuisisioner tanpa observasi secara langsung, seperti metode *pill count*

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Peran kader menurut pasien pada kelompok intervensi meningkat secara signifikan setelah diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti
2. Terdapat perbedaan yang signifikan pada skor pengetahuan mengenai definisi, komplikasi, pengobatan medis, serta pemenuhan obat hipertensi pasien kelompok kontrol dan kelompok intervensi
3. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti
4. Terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti
5. Terdapat pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader menurut pasien dan kepatuhan minum obat pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia

7.2 Saran

Disarankan kepada institusi kesehatan terkait untuk melakukan pelatihan dan pembimbingan secara berulang pada kader, khususnya kader lansia, terkait dengan pengontrolan penyakit kronis, seperti hipertensi. Pelatihan ini

bertujuan untuk me-*refresh* kembali pengetahuan kader, sehingga dapat membantu tenaga kesehatan untuk mengedukasi pasien terkait pengontrolan masalah kesehatan yang dimiliki, seperti kepatuhan minum obat antihipertensi.

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan tidak hanya menggunakan kuisioner untuk menilai kepatuhan seseorang, tetapi juga dilakukan observasi secara langsung oleh peneliti, seperti menggunakan metode *pill count*. Hal ini akan meminimalisir bias karena tidak hanya berdasarkan pengakuan dari responden.



DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Caitlin G; Brownstein, J. Nell; Satsangi, Anamika; Escoffery, Cam.. Community Health Workers as Allies in Hypertension Self-Management and Medication Adherence in the United States, 2014. *Centers for Disease Control and Prevention*, 2016, 13(E179).
- Al-Ramahi, Rowa'. Adherence to Medications and Associated Factors: A Cross Sectional Study Among Palestinian Hypertensive Patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 2015, 5(2).
- Anggraini, Dita; Zulpahiyana; Mulyanti. Faktor Dominan Lansia Aktif Mengikuti Kegiatan Posyandu di Dusun Ngentak. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 2015, 3(3)
- Arif Mansjoer. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I : Nefrologi dan Hipertensi*. Jakarta: Media.
- Bagong, S. 2005. *Pendidikan Berbasis Komunitas: Prasyarat yang dibutuhkan edukasi*. Volume 1. No. 1. Jakarta: Prenada Media Group.
- Campbell, E. S. Empowerment as a Management Strategy in Hypertensive African American Women. *European Journal of Research in Social Science*, 2014, 2(1).
- Chatziefstratiou, Anastasia A; Giakoumidakis, Konstantinos; Fotos, Nikolaos V; Baltopoulos, George; Brokalaki-Pananoudaki, Hero. Translation and Validation of The Greek Version of The Hypertension Knowledge-Level Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 2015, 24: 3417– 3424
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Buletin Lansia*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
2013. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Ephraim PL; Hill-Briggs F; Roter DL; Bone LR; Wolff JL; Lewis-Boyer L. Improving Urban African Americans' Blood Pressure Control through Multi-Level Interventions in the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Study: A Randomized Clinical Trial. 2014, 38 (2): 370-382.
- Flynn, SJ; Amelling JM; Hill-Briggs F; Wolff JL; Bone LR. Facilitators and Barriers to Hypertension Self-Management in Urban African American: Perspectives of Patients and Family Members. 2013, 7:741-749.
- Gohar, Faekah; Greenfield, Sheila M; Beevers, D Gareth; Lip, Gregory YH; Jolly, Kate. Self-Care and Adherence to Medication: A Survey in The

Hypertension Outpatient Clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2008, 8(4).

Gunawan. 2001. *Hipertensi: Tekanan darah tinggi*. Yogyakarta: Kanisius.

Hairunisa. 2014. *Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat dan Diet dengan Tekanan Darah Terkontrol pada Penderita Hipertensi Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas I Kecamatan Pontianak Barat*. Pontianak.

Hasurungan, J.A. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia di Kota Depok* (Tesis). Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Ho, Michael; Lambert-Kerzner, Anne; Carey, Evan P; Fahdi, Ibrahim E; Bryson, Chris L; Melnyk, S Dee; Bosworth, Hayden B; Radcliff, Tiffany; Davis, Ryan; Mun, Howard; Weaver, Jennifer; Barnett, Casey; Baron, Anna; Giacco; Eric J Del. Multifaceted Intervention to Improve Medication Adherence and Secondary Prevention Measures After Acute Coronary Syndrome Hospital Discharge. *JAMA Internal Medicine*, 2014, 174(2).

Iswarawanti, Dwi Nastiti. Kader Posyandu: Peranan dan Tantangan Pemberdayaannya dalam Usaha Peningkatan Gizi Anak di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2010, 13 (4).

Jaskiewicz, Wanda & Tulenko, Kate. Increasing Community Health Worker Productivity and Effectiveness: A Review of The Influence of The Work Environment. *Human Resources For Health*, 2012, 10(38)

Joplin, Samantha; Zwan, Rick van der; Joshua, Fredrick; Wong, Peter K K. Medication Adherence in Patientes with Rheumatoid Arthritis: The Effect of Patient Education, Health Literacy, and Musculoskeletal Ultrasound. *BioMed Research International*, 2015, 2015.

Kendarti, F.S. 2009. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Anak Kelas IV, V, VI di SDN 01 Pagi Johar Baru Jakarta Pusat. Depok: Laporan Penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia

Komisi Nasional Lanjut Usia. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.

Morisky, Donald. E & Munter, P. New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Senior with Hypertention. *American Jurnal Of Managed Care*, 2009, 15 (1).

Morisky, Donald. E; Ang, Alfonso; Krousel-Wood, Marie; Ward, Harry J. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2009, 10 (5): 348 - 354

- Muchid, Abdul. 2006. *Buku Saku Hipertensi: Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Depkes RI Ditjen Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Registered Nurses Association of Ontario. 2009. *Nursing Management of Hypertension*. Ontario: Heart and Stroke Foundation of Ontario.
- Oliveria, Susan A; Chen, Roland S; McCarthy, Bruce D; Davis, Catherine C; Hill, Martha N. 2005. *Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in A Hypertensive Population*. J Gen Intern Med.
- Saepudin; Padmasari, Siwi; Hidayanti, Puri; Ningsih, Endang S. Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Hipertensi di Puskesmas. *Jurnal Farmasi Indonesia*, 2011, 6(4).
- Sastroasmoro, Sudigdo & Ismael, Sofyan. 2010. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ketiga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suwarso, W. 2010. *Analisis faktor yang Berhubungan dengan Ketidakpatuhan Pasien Penderita Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di RSUD H. Adam Malik*. Universitas Sumatera Utara. Medan
- Ursua, Rhodora A; Aguilar, David E; Wyatt, Laura C; Katigbak, Carina; Islam, Nadia S; Tandon, S Darius; Nur, Potri Ranka Manis Queano; Devanter, Nancy Van; Rey, Mariano J; Trinh-Shevrin, Chau. *A Community Health Worker Intervention to Improve Management of Hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey: A Pilot Study*, 2014, 24(1).
- Williams, Bryan. British Hypertension Society Guidelines for Hypertension Management 2004 (BHS-IV): Summary. *BMJ Education and Debate*, 2004, 328